



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA “MORELOS” DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**

TÍTULO:

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A
AUTOLESIONES CON FINES NO SUICIDAS EN
PACIENTES DE 18 A 30 AÑOS CON DEPRESIÓN
MAYOR SEGÚN CRITERIOS DE LA CIE-10 DE UN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL IMSS**

T E S I S

PARA OBTENER EL:

GRADO DE ESPECIALISTA

EN:

PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DR. EDUARDO ROMÁN APARICIO

TUTOR TEÓRICO: DR. MIGUEL PALOMAR BAENA

**COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA “MORELOS” DE
LA CIUDAD DE MÉXICO**

**TUTOR METODOLÓGICO: DRA. SILVIA ARACELY
TAFOYA RAMOS**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
UNAM**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO,
OCTUBRE 2021**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres Eduardo y Micaela y a mi hermano Joan Aarón.

Con especial dedicatoria a mi abuela Amparo Mota Rodríguez (+), quien no pudo ver concluida esta etapa de mi vida, pero se que continúa conmigo.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Eduardo Román Ramos y Micaela Aparicio y Mota, y a mi hermano Joan Aarón Román Aparicio por su amor, cariño, comprensión y confianza, por no dejarme caer y por estar a mi lado siempre que los he necesitado en los momentos más importantes de mi vida y por enseñarme que el trabajo y el esfuerzo es lo que me llevará a triunfar en la vida.

A los miembros de mi familia que han apoyado durante estos años de formación académica.

A mis compañeros y amigos que me apoyaron y brindaron su amistad durante esta etapa.

A mi novia, Lizeth Guadalupe Solano Castillo, por compartir este tiempo tan importante conmigo y por su apoyo, ayuda, comprensión, cariño, amor, amistad, enseñanzas y experiencias compartidas.

A mis maestros y adscritos, los cuales me enseñaron, me ayudaron y me guiaron para aprender el conocimiento que en un futuro llegaré a ejercer y aplicar en la práctica de esta especialidad, y el cual también espero enseñar así como ellos pudieron enseñarme.

A la Dra. Silvia Aracely Tafoya Ramos y al Dr. Miguel Palomar Baena por haber aceptado dirigir mi trabajo de tesis, por su disciplina, tiempo y dedicación para este trabajo sin lo cual no hubiera sido posible su realización.

Especial agradecimiento a las personas que me han apoyado en el ejercicio de la medicina hasta el día de hoy: familia López Patiño (Elisa Sarahí, Rubén Enrique y Profesora Sara Jaqueline Patiño Ortiz, familia Sainz Alarcón, familia Dajer Tapia, Clínica San Martín de Porres, Dr. Rubén Rivera, Dr. Ildefonso Cabañas, Simón Coronado).

Índice

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEORICO	5
ANTECEDENTES	8
Prevalencia de las autolesiones sin fines suicidas.....	8
Autolesiones y depresión	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
PREGUNTA DE INVESTIGACION	13
OBJETIVOS	13
General	13
Específicos.....	13
VARIABLES	15
MATERIAL Y MÉTODOS	17
Tipo de Estudio	17
Población de estudio.....	17
Muestra	17
Selección de la muestra.....	17
Tamaño de la muestra.....	17
Criterios de selección.....	17
Instrumentos	18
Procedimiento	20
Consideraciones éticas	20
RESULTADOS	21
DISCUSION	27
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS	30
ANEXOS	36

Anexo 1. Carta de consentimiento informado	36
Anexo 2. Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI	39
Anexo 3. Functional Assesment of Self-Mutilation (FASM).....	41
Anexo 4. Hoja de recolección de datos.....	44

FRECUENCIA DE AUTOLESIONES CON FINES NO SUICIDAS EN PACIENTES DE 18 A 30 AÑOS CON DEPRESIÓN MAYOR SEGÚN CRITERIOS DE LA CIE-10 DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL IMSS

RESUMEN

Antecedentes: El trastorno de depresión mayor tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (casi un 17%) entre todos los trastornos psiquiátricos; dos tercios de todos los pacientes con depresión contemplan el suicidio, y entre el 10% y el 15% lo cometen. La posibilidad de un mal pronóstico aumenta en presencia de un trastorno distímico asociado, el abuso de alcohol y de otras sustancias, síntomas de un trastorno de ansiedad, y antecedentes de más de un episodio de depresión previo. Una conducta presente en la depresión mayor son las autolesiones no suicidas, las cuales también pueden ser predictoras de futuros intentos suicidas. Actualmente no se cuenta con suficientes estudios en población mexicana con respecto a depresión y autolesiones.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de autolesiones con fines no suicidas y sus factores asociados en pacientes con depresión mayor de 18 a 30 años en un centro de atención psiquiátrica de la Ciudad de México.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico en el que se incluyeron pacientes de 18-30 años con diagnóstico de depresión mayor de acuerdo con criterios de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades en su edición 10) en el Hospital de Psiquiatría "Morelos" del IMSS de la Ciudad de México. Una vez que los pacientes aceptaron su participación (mediante consentimiento informado), se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional-MINI para confirmar el diagnóstico de depresión mayor y posteriormente se evaluó la frecuencia de la realización de autolesiones mediante la escala *Functional Assessment of Self Mutilation* (FASM) validada en español.

Resultados: Participaron 70 pacientes reclutados tanto de hospitalización como de consulta externa, en su mayoría mujeres (83%), con un rango de edad entre 18 y de 30 años. En cuanto a las autolesiones, el 97% de los pacientes presentó al menos una conducta autolesiva, con un rango de 1 a 12 conductas. Las autolesiones más frecuentes fueron cortes o frotamientos de piel (80%), morderse a sí mismo (74%),

jalar o arrancar su cabello (59%). Las principales razones por las que los pacientes realizaban autolesiones, fue para sentirse relajados, seguida de aliviar la sensación de vacío crónico, sentir dolor, castigarse a sí mismos y detener los malos sentimientos.

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que las personas con trastorno depresivo presentan una alta frecuencia de autolesiones sin fines suicidas, en la edad comprendida entre 18 a 30 años.

Palabras clave: Depresión; autolesiones sin fines suicidas

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha aumentado la práctica de autolesiones con fines no suicidas, principalmente con fines ansiolíticos, la cual también influye en la salud física no psiquiátrica, al aumentar los riesgos de daño a otras estructuras anatómicas o infecciones, que podrían complicar la atención médico-psiquiátrica, al requerir ser valorados por otras especialidades (1).

Las autolesiones van estrechamente relacionadas con trastornos afectivos, siendo una conducta derivada de los mismos, así como factor de riesgo para desarrollo de otros trastornos psiquiátricos (2). De esta forma, Nock y colaboradores en 2006 encontraron que hasta un 70% de los adolescentes tienen antecedentes de intentos de suicidio en su vida y se ha encontrado que las autolesiones sin fines suicidas son un fuerte predictor de la conducta suicida posterior (3).

La prevalencia de autolesiones no suicidas en adultos jóvenes mexicanos se encontró en aproximadamente 18% de la población; específicamente, en la población entre 19 y 25 años, se ha observado que puede llegar a causar disfunción o discapacidad hasta en el 33% de ellos, lo cual convierte esta práctica en un problema de salud pública que va en ascenso desde hace 15 años, de acuerdo con estadísticas de los Centros de Control y Prevención (4). En el DSM 5 se abordan las autolesiones no suicidas en el apartado de Afecciones que necesitan más estudio, lo cual habla de la importancia de atención y necesidad de información sobre este tipo de conductas debido a su aumento de prevalencia en la población (en el DSM-IV no se toman en cuenta como un apartado, y en la CIE-10 se incluye solamente en los apartados Z (5). De acuerdo con la literatura existente, las lesiones con fines no suicidas pueden ser un factor de riesgo importante para futuros intentos suicidas y suicidios consumados.

Debido a la alta coocurrencia de autolesiones sin fines suicidas y el comportamiento suicida, una mejor comprensión de este tipo de autolesiones también podría proporcionar información útil para la prevención del suicidio (4). Se espera que el presente estudio ofrezca más información sobre las características de las autolesiones sin fines suicidas en pacientes con depresión mayor, en el contexto cultural de nuestro país, así como información acerca de los pacientes que pueden tener otros factores

de riesgo asociados. A nivel clínico, dado que la realización de autolesiones forma parte de los criterios de internamiento en hospitales psiquiátricos, conocer su prevalencia, los tipos de autolesiones más frecuentes y los factores que se asocian éstas en pacientes mexicanos, permitirá dirigir la atención a estos aspectos y con ello poder brindar un mejor tratamiento.

Derivado de lo anterior, este estudio buscó evaluar la frecuencia y características de las autolesiones con fines no suicidas, así como sus factores asociados en pacientes con depresión mayor de 18 a 30 años, en el Hospital de Psiquiatría "Morelos" de la Ciudad de México, durante el periodo de octubre del 2020 a marzo del 2021.

MARCO TEORICO

La depresión (del latín *depressus*, “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente (6). En los episodios depresivos típicos, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido; en la mayoría de las encuestas, el trastorno de depresión mayor tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (casi un 17%) entre todos los trastornos psiquiátricos; otros autores señalan una prevalencia de depresión mayor del 5 al 17% a lo largo de la vida (1). Una observación casi universal, independiente del país o la cultura, es que la prevalencia del trastorno de depresión mayor es el doble en las mujeres que en los varones. Para explicar esta diferencia se han propuesto una serie de razones, como las diferentes hormonas implicadas, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y varones, y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida (7). De acuerdo con Tuisku y colaboradores en 2014, el trastorno de depresión mayor puede comenzar en la infancia o a una edad avanzada (8). Dos tercios de todos los pacientes con depresión contemplan el suicidio, y entre el 10% y el 15% lo cometen. Los casos hospitalizados por un intento de suicidio o una ideación suicida tienen un riesgo mayor a lo largo de la vida de tener éxito que los que nunca han sido hospitalizados por una ideación suicida (9).

Estudios previos se han centrado en identificar los indicadores de buen y mal pronóstico en la evolución de un trastorno de depresión mayor. De acuerdo con

Kaplan, los episodios leves, la ausencia de síntomas psicóticos y una estancia hospitalaria breve son indicadores de buen pronóstico; los indicadores psicosociales de una evolución favorable son los antecedentes de amistades sólidas durante la adolescencia, el funcionamiento familiar estable y el funcionamiento social homogéneo en los 5 años anteriores a la enfermedad; además de que otros signos de buen pronóstico son la ausencia de un trastorno psiquiátrico asociado y de un trastorno de personalidad, no más de una hospitalización previa por el trastorno de depresión mayor, y una edad avanzada en el momento del inicio. Por el contrario, de acuerdo con este mismo autor, la posibilidad de un mal pronóstico aumenta en presencia de un trastorno distímico asociado, el abuso de alcohol y de otras sustancias, síntomas de un trastorno de ansiedad, y antecedentes de más de un episodio de depresión previo; además de que los varones tienen más probabilidades que las mujeres de tener una evolución crónica deteriorante (1).

Una conducta presente en la depresión mayor son las autolesiones no suicidas, las cuales se han definido como daño corporal deliberado y directo sin intención suicida, que incluye comportamientos como cortarse, quemarse, morderse y rascarse la piel para fines no sancionados socialmente. De acuerdo con este autor, la autolesión no suicida se aplica principalmente para convertir estados de ánimo dolorosos intensivos que incluyen dolor, culpa, retrocesos y despersonalización, en dolor físico; aunque señala que otras razones incluyen el auto castigo, llamar la atención, imponer la culpa y adaptarse a amigos (10).

Se ha reportado que las personas que realizan autolesiones sin fines suicidas son un grupo heterogéneo, con una serie de posibles factores que conducen a la participación y el mantenimiento de tales actos (11). Se considera que los primeros eventos adversos de la vida son posibles contribuyentes clave para la participación en autolesiones sin fines suicidas, incluidos: abuso sexual infantil, negligencia emocional de los padres, intimidación o tener un compañero que también participa en autolesiones sin fines suicidas (12). Además, la evidencia empírica ha demostrado que las autolesiones sin fines suicidas son llevadas a cabo por algunos para aliviar las emociones negativas (como la baja autoestima) y puede usarse en tiempos difíciles en

la vida de una persona (8). Lo más habitual es que la autolesión no suicida comience en la adolescencia temprana, y lo habitual es que los ingresos hospitalarios por autolesión no suicida alcanzan un pico a los 20-29 años, con una posterior reducción (5).

Se ha sugerido que fenómenos relacionados con las autolesiones comparten una característica común: Todos representan intentos de modificar la experiencia afectiva, cognitiva o social, causan daño corporal y están asociados con otras formas de trastornos mentales (p.ej., trastornos depresivos, ansiosos, externalizantes) (13).

Otra investigación indica que las autolesiones coexisten con otros trastornos y que la prevalencia dentro de la población psiquiátrica es mayor que la prevalencia general, señalando además que las personas que participan en conductas de autolesiones sin fines suicidas tienen muchas más probabilidades de ser diagnosticado con depresión mayor y distimia (14).

En este sentido, la presencia de depresión mayor es un factor de riesgo mayor para las autolesiones sin fines suicidas. El hecho de que la depresión sea un factor de riesgo importante para las autolesiones puede no sorprender dado que la depresión a menudo incluye síntomas como desesperanza, afecto negativo o pensamientos recurrentes de muerte y suicidio (5). La depresión y los comportamientos autolesivos pueden estar influenciados en parte por factores ambientales, como eventos vitales estresantes, sin embargo, los factores genéticos también contribuyen en gran medida tanto a los comportamientos autolesivos como a la depresión (15).

Se deben considerar varios diagnósticos diferenciales en cualquier paciente con autolesiones sin fines suicidas durante la evaluación clínica aparte de los trastornos depresivos, como trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, consumo de sustancias, trastornos del espectro autista y discapacidad intelectual, duelo, reacción de duelo, trastornos de la conducta alimentaria o lesiones y sobredosis accidentales genuinas (16).

ANTECEDENTES

Prevalencia de las autolesiones sin fines suicidas

La autolesión no suicida se caracteriza por la destrucción directa y deliberada de tejido corporal en ausencia de intención de morir con estimaciones de prevalencia de 4–45% en muestras comunitarias de adolescentes y adultos en Estados Unidos (10); este comportamiento también parece ser desproporcionadamente alto entre los estudiantes universitarios quienes informan el inicio de las autolesiones sin fines suicidas entre las edades de 17 y 24 años, claramente durante los años universitarios (17). La autolesión intencional contraviene el impulso fundamental de la autoconservación (18). Sin embargo, los comportamientos suicidas y no suicidas de autolesión (es decir, con y sin la intención directa de morir, respectivamente) son comunes en la población mundial. Casi 1 de cada 10 adultos ha pensado alguna vez en quitarse la vida, más de 1 de cada 20 se ha involucrado en autolesiones no suicidas y más de 1 de cada 40 ha intentado suicidarse (10). Además, las autolesiones sin fines suicidas son la octava causa principal de muerte en los Estados Unidos (19). Recientemente, tanto el trastorno de conducta suicida como el trastorno de autolesiones sin fines suicidas se incluyeron por primera vez en el DSM 5 como condiciones separadas para su posterior estudio (5).

Según un metaanálisis de las tasas de prevalencia de autolesiones sin fines suicidas de varios países desarrollados y de muestras escolares, universitarias y comunitarias, la tasa de prevalencia de por vida fue del 17.2% (8.0–26.3) para los adolescentes, del 13.4% (4.5–22.3) para adultos jóvenes, y 5.5% (1.7–16.3) para adultos (20). Las tasas de prevalencia de autolesiones no suicidas en varones y mujeres son de alrededor de 3:1 a 4:1, de acuerdo con datos de la *American Psychiatry Association* en 2013.

Albores-Gallo y colaboradores en 2014 realizaron un estudio sobre en una muestra comunitaria de jóvenes de 11 a 17 años en la Ciudad de México. La tasa de prevalencia en esta muestra fue del 5.6% con los criterios propuestos por el DSM 5 y del 17.1% con una pregunta amplia sobre si los participantes alguna vez se habían autolesionado sin intención suicida (21). En otro estudio realizado también en la Ciudad de México con estudiantes de 12 a 17 años, el 27.9% de la muestra informó autolesiones (22).

Finalmente, entre estudiantes universitarios en la Ciudad de México, Castro-Silva y colaboradores estimaron una prevalencia de por vida del 45.1% y una prevalencia de 12 meses del 6,1%. Este último estudio sugiere que, si bien los comportamientos de autolesiones sin fines suicidas generalmente comienzan en la adolescencia, continúan persistiendo hasta la edad adulta temprana (23).

Autolesiones y depresión

Varios estudios indican que estar deprimido aumenta drásticamente el riesgo de participar en actos no suicidas. Un metaanálisis de los trastornos psiquiátricos en pacientes adultos que se presentaron en el hospital después de sufrir algún tipo de autolesión sin fines suicidas mostró que alrededor del 50% de las personas también sufrían depresión (24). El hecho de que la depresión sea un factor de riesgo importante para las autolesiones puede no sorprender dado que la depresión a menudo incluye síntomas como desesperanza, afecto negativo o pensamientos recurrentes de muerte y suicidio (5). La depresión y los comportamientos autolesivos pueden estar influenciados en parte por factores ambientales, como eventos vitales estresantes (por ejemplo, abuso / agresión, problemas interpersonales o dificultades laborales. Como las autolesiones sin fines suicidas parecen ser comunes y están asociado con la angustia y la psicopatología comórbida en adultos jóvenes, existe un creciente interés en la conceptualización de los factores de riesgo y mantenimiento para este comportamiento en esta población. Si bien la mayor parte de la investigación sobre autolesiones no suicidas y depresión proviene de Estados Unidos, Europa y, en menor medida, Asia (25), en países de América Latina en general y en México en particular, la literatura es casi inexistente (26). Solo recientemente unos pocos estudios han comenzado a abordar este tema. Aunque la investigación sugiere que los aumentos en el estado de afecto negativo ocurren justo antes de los episodios de autolesiones sin fines suicidas (27), las personas que participan en conductas autolesivas también experimentan niveles más altos de estado de ánimo negativo general (10).

Los síntomas depresivos son elevados entre los autolesionadores en comparación con los no autolesionadores, y los autolesionadores repetitivos informan síntomas depresivos más graves que las personas que informan autolesiones no suicidas menos

frecuentes. Además, en un estudio multinacional que examinó autolesiones sin fines suicidas en adolescentes y una variedad de factores psicosociales, solo los síntomas depresivos se asociaron con una mayor probabilidad de participación en autolesiones sin fines suicidas en todos los países evaluados (28). Se han realizado estudios en adolescentes, encontrando que aproximadamente el 50% de quienes se realizaban autolesiones, presentaban puntuaciones por encima del umbral clínico de síntomas depresivos; también eran significativamente más propensos a exhibir un mayor número de tipos de autolesiones que los pacientes no depresivos (29). La relación entre autolesiones sin fines suicidas y depresión demostrada en investigaciones anteriores se alinea con las teorías existentes de que las autolesiones no suicidas funcionan como una forma de alterar el estado de ánimo. Sin embargo, los factores que impulsan la relación entre depresión y autolesiones no suicidas siguen sin estar claros.

Al ser la depresión mayor y las autolesiones sin fines suicidas problemas de salud más comunes, así como el no contar con suficiente literatura enfocada en adultos y población mexicana, se plantea el hecho de realizar una investigación enfocada en obtener más datos acerca de la comorbilidad entre pacientes con depresión mayor y autolesiones sin fines suicidas, así como el tipo de autolesiones y si se encuentra alguna tendencia con respecto al sexo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se establece que las autolesiones sin fines suicidas –que incluyen comportamientos como cortes, quemaduras, mordeduras y escoriaciones– están asociadas con una gran variedad de trastornos psiquiátricos (30). Las conductas autolesivas sin fines suicidas pueden parecer similares clínicamente a los intentos genuinos por morir, en la medida que implican agresión directa al sí mismo y en que están presentes en una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, a diferencia de los intentos suicidas, el impacto de estas conductas es inmediato y de corta duración, y la conducta puede ser repetida muchas veces hasta obtener el efecto deseado. La conducta no es vislumbrada como una forma de terminar con la vida, ni de “realizar una pausa y desaparecer”, sino como una forma de mantener controladas las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias, para luego continuar con los objetivos trazados para la propia biografía. Teóricamente, las conductas autolesivas pueden diferenciarse de los intentos suicidas en tres aspectos básicos: intención, repetición y letalidad. Las conductas autolesivas tienden a presentarse repetitivamente, a diferencia de los intentos suicidas que son ocasionales. Las conductas autolesivas tienden a usar métodos de daño de baja letalidad, en comparación con la mayor letalidad del intento por morir. Pese a las claras diferencias teóricas descritas, en la práctica clínica se observa que estas conductas pueden presentarse conjuntamente en sujetos vulnerables (8). Existe suficiente evidencia para afirmar que el antecedente de conductas autolesivas es uno de los más potentes predictores de suicidio consumado. Haw y colaboradores en 2001, calcularon que, durante un año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es 60 veces mayor que en la población general (31). Aunque las autolesiones predicen intentos suicidas futuros, los intentos suicidas no predicen futuras autolesiones (32). Si bien los comportamientos relacionados con las autolesiones sin fines suicidas generalmente comienzan en la adolescencia, pueden persistir hasta la edad adulta temprana, por lo que es importante comprender las autolesiones no suicidas en adultos jóvenes de la población general (33). También se deben tomar en cuenta diferencias en los tipos de métodos utilizados debido a diferencias en los factores de riesgo, relacionadas a los

significados culturales asignados, así como diferencias en la prevalencia a causa de las diferencias en sanciones culturales. Que este acto sea deliberado hace referencia a que no se trata de algo accidental, sino que es intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo. El concepto excluye los rituales y prácticas culturales. Las autolesiones culturalmente determinadas son repetidas por muchas generaciones de una cultura particular; en general son de la misma naturaleza, enmarcadas en un contexto de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros y muchas veces con un claro significado simbólico (30).

Varios estudios indican que estar deprimido aumenta drásticamente el riesgo de participar en actos no suicidas; un metaanálisis realizado en Australia acerca de los trastornos psiquiátricos en pacientes que se presentaron en el hospital después de sufrir algún tipo de autolesión, mostró que aproximadamente el 50% de las personas también sufrían depresión (6). El hecho de que la depresión sea un factor de riesgo importante para las autolesiones puede no sorprender dado que la depresión a menudo incluye síntomas como desesperanza, afecto negativo o pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. La depresión y los comportamientos autolesivos pueden estar influenciados en parte por factores ambientales, como eventos vitales estresantes, pero también, los factores genéticos contribuyen en gran medida tanto a los comportamientos autolesivos como a la depresión (7).

A la fecha, poco se sabe de estos comportamientos en países en vías de desarrollo como México; debido a la frecuente comorbilidad de autolesiones con fines no suicidas y trastornos depresivos, una mejor comprensión de este tema también podría proporcionar información útil para la prevención del suicidio; en países latinoamericanos en general la literatura acerca del tema es casi inexistente (4).

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la frecuencia de las autolesiones con fines no suicidas y sus factores asociados en pacientes con depresión mayor según criterios de la CIE-10, de 18 a 30 años en un centro de atención psiquiátrica en la Ciudad de México, durante el periodo de octubre del 2020 a marzo del 2021?

OBJETIVOS

General

- Conocer la frecuencia y características de las autolesiones con fines no suicidas, así como sus factores asociados en pacientes con depresión mayor de 18 a 30 años, en el Hospital de Psiquiatría “Morelos” de la Ciudad de México, durante el periodo de octubre del 2020 a marzo del 2021.

Específicos

- Describir la frecuencia en la forma de autolesionarse, la frecuencia de realización, así como las razones por la que se realiza la conducta, en pacientes con depresión mayor
- Conocer si el antecedente de intención suicida se asocia con las formas, la frecuencia de realización y las razones para hacerlo, en pacientes con depresión mayor
- Determinar si existen diferencias por sexo en las formas, la frecuencia de realización y las razones para hacerlo, en pacientes con depresión mayor
- Identificar si la severidad de la depresión se asocia con las formas, la frecuencia de realización y las razones para hacerlo, en pacientes con depresión mayor
- Definir si el tiempo de evolución de la depresión se asocia con las formas, la frecuencia de realización y las razones para hacerlo, en pacientes con depresión mayor

- Identificar si el nivel de escolaridad se asocia con las formas, la frecuencia de realización y las razones para hacerlo, en pacientes con depresión mayor

HIPOTESIS

- La frecuencia de autolesiones con fines no suicidas en pacientes que cursan con depresión mayor es similar a la reportada en la literatura médica.
- Los factores más asociados a la realización de autolesiones sin fines suicidas en pacientes con depresión mayor son para alivio de emociones negativas, con predominio en personas de sexo femenino, predominando las conductas tipo *cutting* y en personas con baja escolaridad
- El tipo de autolesiones sin fines suicidas más realizadas por los pacientes son los cortes en la piel
- La realización de las autolesiones sin fines suicidas es más frecuente en el sexo femenino
- No existe diferencias de tipo de autolesiones sin fines suicidas entre ambos sexos
- Una mayor severidad de la depresión se asocia a una mayor prevalencia de autolesiones sin fines suicidas
- Un mayor tiempo de evolución de la depresión se asocia a una mayor prevalencia de autolesiones sin fines suicidas
- Un menor nivel de escolaridad no se asocia a aumento de la prevalencia de autolesiones sin fines suicidas

VARIABLES

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y Nivel de medición	Fuente de información	Indicador
Formas de autolesionarse sin fin suicida	Daño corporal deliberado y directo sin intención suicida, para fines no sancionados socialmente	Daño corporal deliberado y directo sin intención suicida relacionados con síntomas depresivos	Cualitativa nominal	Directa. Mediante instrumento de recolección de datos	Los 12 tipos de autolesiones contenidas en el FASM: presencia/ausencia
Frecuencia de autolesiones sin fines suicidas	Número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier evento periódico	Número de repeticiones en los últimos 12 meses, realizadas de forma intencional y autodirigida que ocasionan daños corporales de baja letalidad realizados para disminuir el estrés	Cuantitativa ordinal	Directa. Mediante instrumento de recolección de datos	Numérico (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, ...)
Razones para realizar autolesiones		Indica en qué medida fue una razón (de una lista de 22 razones) para realizar las autolesiones	Cualitativa ordinal	Directa. Mediante instrumento de recolección de datos	Las 22 razones expuestas en la FASM calificadas de: 0 Nunca 1 Raramente 2 Algunas 3 A menudo
Calificación global de las autolesiones		Calificación total de la escala FASM	Cuantitativa intervalar	Directa. Mediante instrumento de recolección de datos	De 0 a 69
Depresión (severidad)	Numero de síntomas necesarios para clasificar la gravedad del episodio depresivo	Numero de síntomas necesarios para clasificar la gravedad del episodio depresivo	Cualitativa ordinal	Indirecta. Mediante revisión de expediente clínico	Leve Moderada Grave

Tiempo de evolución de la depresión	Periodo de tiempo en el cual están presentes los síntomas de la depresión	Categorización del tiempo en meses señalado por el participante	Cuantitativa discreta	Indirecta. Mediante revisión de expediente clínico	Meses
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Cuantitativa Discreta.	Directa. Mediante instrumento de recolección de datos	Años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Condición orgánica, masculina o femenina, de las personas.	Cualitativa, nominal	Directa. Mediante instrumento de recolección de datos	Hombre Mujer
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Conjunto de cursos que se ha estudiado hasta la actualidad.	Cualitativa ordinal	Indirecta. Mediante revisión de expediente clínico	Sin escolaridad Primaria Secundaria Preparatoria/ Carrera técnica/Bachillerato Licenciatura Posgrado

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Observacional, transversal, analítico.

Población de estudio

Pacientes derechohabientes del IMSS del Hospital de Psiquiatría “Morelos” de la Ciudad de México”

Muestra

Pacientes en el rango de edad de 18 a 30 años derechohabientes del IMSS ingresados y atendidos de manera ambulatoria en el Hospital de Psiquiatría “Morelos” de la Ciudad de México”, durante el periodo de octubre del 2020 a marzo del 2021 seleccionados en forma no probabilística hasta completar un mínimo de 70 participantes (de acuerdo con un cálculo establecido).

Selección de la muestra

Selección no aleatoria, mediante un muestreo por cuota

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó con el programa EPIDAT 4.2 con la fórmula para intervalos de confianza de una proporción, considerando una población de 100 pacientes. La proporción esperada de autolesiones con fines no suicidas en adolescentes se estimó en 18%, de acuerdo con lo reportado en población mexicana por Benjet en 2017, con un nivel de confianza de 95% y una precisión del 5%, que señaló una muestra mínima de $n = 70$ participantes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Derechohabientes del IMSS de ambos sexos
- Edad entre 18 a 30 años

- Pacientes con antecedente de episodio depresivo mayor actual o recurrente, corroborado mediante la entrevista MINI

Criterios de exclusión

- Pacientes que cursen con un episodio psicótico al momento de la aplicación del instrumento
- Antecedente de trastorno bipolar tipo 1 o 2

Criterios de eliminación

- Que no respondan en forma íntegra los instrumentos de evaluación
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado

Instrumentos

- Hoja de recolección de datos: Se elaboró un documento para recolectar los datos sociodemográficos de los participantes (sexo, edad, escolaridad, estado civil) así como para recabar la información de su expediente clínico [tiempo de evolución, otros diagnósticos relevantes (ansiedad, trastornos de personalidad) y antecedentes de intento de suicidio.
- Functional Assessment of Self Mutilation (FASM) validado en español: Este instrumento fue diseñado por Lloyd y colaboradores en 1997 para evaluar la frecuencia, las funciones y otras características de las conductas de autoautolesiones, incluido el grado de dolor físico, la cantidad de tiempo que pensaron en participar en la realización de autolesiones y el uso de alcohol o drogas durante la autolesión (34). La versión en inglés del FASM se tradujo al español en 2015 en la Universidad de Deusto (35). El FASM tiene tres partes: la primera parte, se pregunta acerca de 12 formas diferentes de autolesiones sin fines suicidas. Según Lloyd y colaboradores (1997), los comportamientos anteriores pueden clasificarse en dos factores: autolesiones moderadas/severas, que incluyen elementos considerados clínicamente más graves (cortar/tallarse, quemarse, tatuarse, rasparse y escoriarse la piel) y leves, que consisten en comportamientos menos severos (golpearse a sí mismo, tirarse del cabello, morderse, insertar objetos

debajo de las uñas o la piel, y hurgando en una herida). En la segunda parte del FASM (seis ítems), se pregunta acerca de "Si se obtuvo tratamiento médico" como un sustituto de la gravedad de la lesión y la duración de tiempo en que mantienen el comportamiento, a qué edad iniciaron con las autolesiones, si se realizaron bajo la influencia de drogas o alcohol, el grado de dolor físico experimentado durante las autolesiones, y si alguno de estos comportamientos fue un intento suicida. En la tercera parte (22 ítems), se evalúan las funciones de las autolesiones, preguntando si han realizado algún comportamiento autolesivo durante el último año y se pregunta con qué frecuencia participan en autolesiones para cada una de las 22 razones diferentes, calificadas de acuerdo con una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 3 (a menudo). La calificación de la escala total se obtiene de la suma de los ítems resueltos, relacionados con la frecuencia de la realización de autolesiones y ofrece información sobre el grado de severidad de las autolesiones, así como si los pacientes clasifican o no como autolesionadores.

- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*International Neuropsychiatric Interview, MINI*): 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 Su versión original fue realizada por D. Sheehan y colaboradores en 1992 en University of South Florida, Tampa (36). 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, con un tiempo más breve de administración (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados (37, 38). Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. Validación en español por Bobes y Gibert en 1992 (37) y en México por Heinze, Sheehan y Cortés en el 2000 (38).

Procedimiento

El proyecto se sometió a revisión al comité de investigación del Hospital de Especialidades de CMN La Raza, con número de registro R-2020-3501-199.

Una vez aprobado el estudio, el investigador principal entrevistó a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, determinados de acuerdo con la información de su expediente clínico y los datos obtenidos mediante la entrevista con el paciente, así como la recolección de datos mediante los instrumentos correspondientes. La encuesta se realizó en el Hospital de Psiquiatría "Morelos" de la Ciudad de México, previa firma del consentimiento informado, en el periodo de octubre del 2020 a marzo del 2021.

Consideraciones éticas

Este trabajo de investigación se llevará a cabo de acuerdo con el marco jurídico de la Ley General en Salud que clasifica la investigación como **riesgo mínimo**, porque se trata de un estudio observacional.

También, el estudio se apegó a los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki (39) y ratificados en Río de Janeiro (40).

El protocolo fue sometido a evaluación y aprobación al Comité Local de Bioética e Investigación. Se hizo uso correcto de los datos y se mantuvo absoluta confidencialidad de los mismos.

Análisis estadístico

La descripción de las formas de autolesionarse (como cortar / tallarse, quemarse, tatuarse, raspase, etc.), en el último año, se realizó mediante frecuencias y porcentajes. El número de veces en que realizó cada forma autolesión sin fin suicida fue reportado a través de la mediana (Me) y los percentiles 25 y 75 (P25 y P75). El grado en que calificaron la razón por la que ejecutó cada forma de autolesión sin fin suicida se reportó con la mediana y los percentiles 25 y 75.

Para determinar la influencia de las características del participantes -sexo, nivel de escolaridad, severidad de la depresión y nivel de tiempo de evolución-, sobre la calificación global de la escala FASM (suma de la forma de autolesión, la frecuencia de realización), se utilizó la prueba U de Mann Whitney para el caso de dos grupos y prueba de Kruskal-Wallis para el caso de más de dos grupos. Una $p < .05$ se consideró como significativa.

RESULTADOS

Participaron 70 pacientes, en su mayoría mujeres, solteros, con escolaridad elevada (71% licenciatura o superior), reclutados tanto de hospitalización como de consulta externa, con un rango de edad entre 18 y de 30 años. Respecto a las características clínicas, el 80% de los pacientes del estudio contaba con criterios para episodio depresivo actual; de estos el 9% presentó síntomas de depresión leve, el 61% depresión moderada y el 30% depresión grave. El promedio de evolución de la depresión, en meses, fue de 56.86 ± 64.88 meses (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los participantes del estudio.

Característica del participante	Valor
Edad actual (años)^a	22.96±3.82
Edad de inicio autolesiones (años)^a	14.68±4.23
Sexo^b	
Hombre	12 (17%)
Mujer	58 (83%)
Escolaridad^b	
Secundaria	2 (3%)
Bachillerato o equivalente	18 (26%)
Licenciatura o superior	50 (71%)
Estado Civil^b	
Soltero	63 (90%)
Casado/Unión Libre	7 (10%)
Ocupacion^b	
Estudiante	48 (69%)
Hogar	2 (3%)
Empleado/a	12 (19%)
Otro	5 (7%)
Desempleado/a	2 (3%)
Episodio depresivo mayor actual^b	
No	15 (21%)
Si	55 (79%)

Característica del participante	Valor
Episodio depresivo mayor recidivante (severidad)^b	
Leve	6 (9%)
Moderado	43 (61%)
Severo	21 (30%)
Evolución de la depresión (meses)^a	56.86±64.88
Tipo de atención^b	
Ambulatoria	28 (40%)
Hospitalización	42 (60%)

^a Datos presentados en media ± desviación estándar

^b Datos presentados en frecuencia (porcentaje)

En cuanto a las autolesiones, el 97% de los pacientes presentó al menos una conducta autolesiva, con un rango de 1 a 12 conductas. El 74% de los pacientes refiere no haber estado bajo influjo de sustancias al realizarse autolesiones. Con respecto al tiempo en el que los pacientes pensaron en realizar sus autolesiones, la mayoría (42%) lo planeó “pocos minutos antes de realizarlo”. El puntaje promedio en la escala FASM fue de 19.38±9.78 (Tabla 2).

Tabla 2. Características de las autolesiones en los participantes del estudio.

Autolesiones	Valor
Presencia de por lo menos una conducta autolesiva	
No	2 (3%)
Si	68 (97%)
Estaba bajo influjo de drogas o alcohol^b	
No	46 (74%)
Si	16 (26%)
Grado en que experimentó dolor^b	
Nada	26 (37%)
Poco	16 (23%)
Moderado	15 (21%)
Mucho	5 (7%)
Tiempo que pensó en hacer las autolesiones^b	
Nada	14 (23%)
Pocos minutos	26 (42%)
> 1 h pero < 24 h	6 (10%)
> 1 día pero < 1 semana	7 (11%)
> 1 semana	9 (14%)
Calificación global de autolesiones (FASM total)^a	19.38±9.78

^a Datos presentados en media ± desviación estándar

^b Datos presentados en frecuencia (porcentaje)

Las autolesiones más frecuentes fueron cortes o frotamientos de piel (80%), morderse a sí mismo (74%), jalar o arrancar su cabello (59%), y la menos frecuente fue insertar objetos bajo sus uñas o piel (9%). No se observaron diferencias por sexo, a excepción de jalarse o arrancarse el pelo que fue más frecuente entre las mujeres.

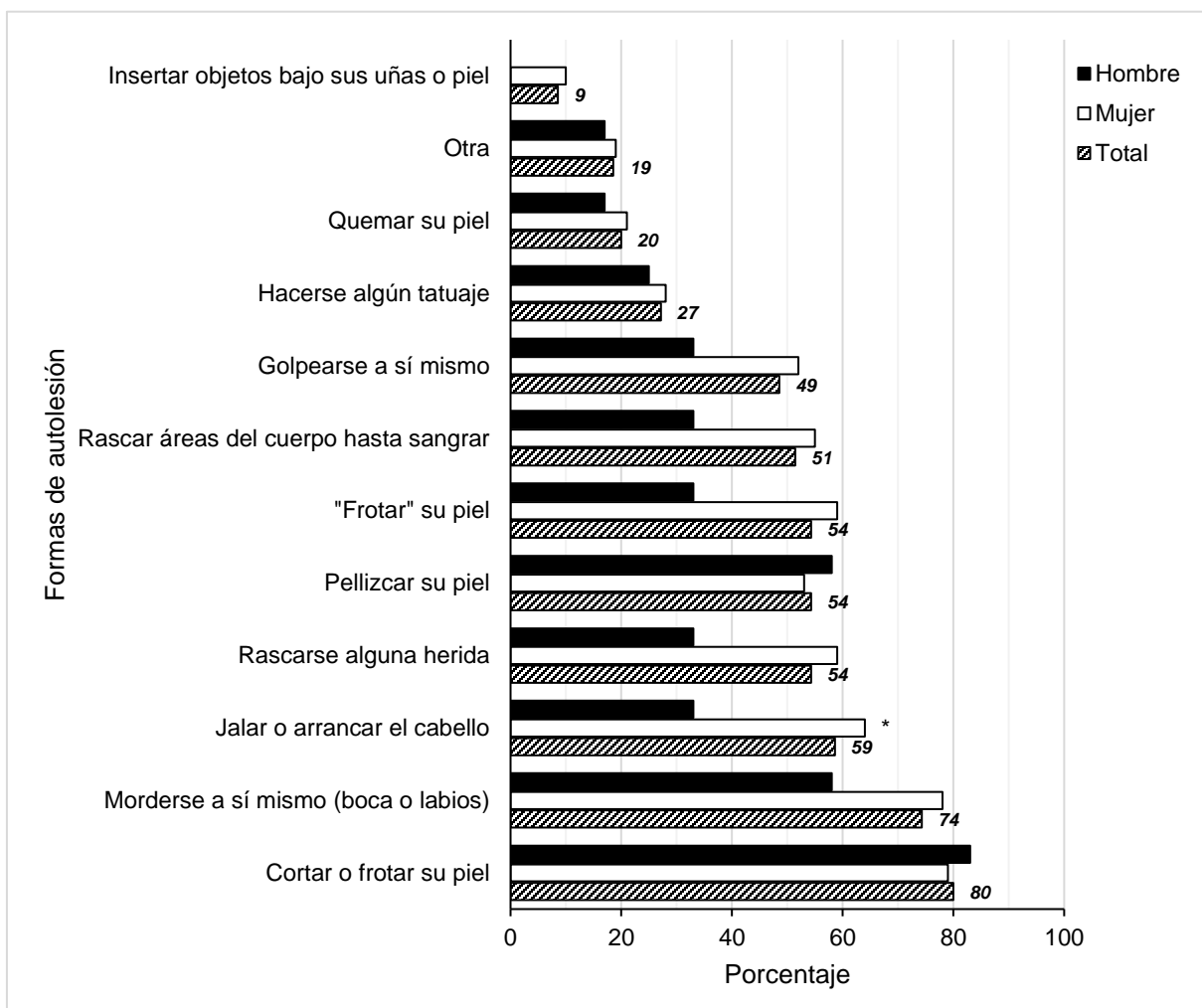


Figura 1. Frecuencia de realización de cada forma de autolesión entre los participantes comparada por sexo.

* $p < .05$

Con respecto a las veces en que realizaron la autolesión durante el último año, la más repetida tuvo una mediana de 4.5 veces para quienes realizaban cortes en la piel, de

2 veces para quienes se arrancaban o jalaban el cabello, de 1 vez para quienes se rascaban alguna herida, de 5 veces para quienes se mordían a sí mismos, de 1 vez para quienes pellizcaban su piel y de 1 vez para quienes “frotaban” su piel, de acuerdo con lo presentado en la Tabla 3.

Tabla 3. Número de veces en que realizaron cada tipo de autolesión en el último año.

Forma de autolesión	Número de veces [Me (P25, P75)]
Cortar o frotar su piel	4.5 (1.0, 10.0)
Golpearte a propósito a ti mismo	0.0 (0.0, 10.0)
Jalado o arrancado su cabello	2.0 (0.0, 5.3)
Hacerse algun tatuaje	0.0 (0.0, 1.0)
Rascado alguna herida	1.0 (0.0, 10.0)
Quemado tu piel	0.0 (0.0, 0.0)
Insertar objetos bajo las uñas o piel	0.0 (0.0, 0.0)
Morderte a ti mismo	5.0 (1.0, 10.0)
Rascar áreas de tu cuerpo hasta el punto de sangrar	0.0 (0.0, 7.8)
Pellizcar tu piel	1.0 (0.0, 7.8)
“Frotar” tu piel	1.0 (0.0, 10.0)
Otra	0.0 (0.0, 0.0)

Me= Media, P= Percentil

Las principales razones por las que los pacientes realizaban autolesiones, las cuales son ilustradas en la Tabla 4, fue para sentirse relajados, seguida de aliviar la sensación de vacío crónico, sentir dolor, castigarse a sí mismos y detener los malos sentimientos.

Tabla 4. Razones para autolesionarse en los últimos 12 meses.

Razones	Grado en qué lo realizó [Me (P25, P75)]
Para evitar la escuela, el trabajo u otras actividades	0.00 (0.0, 0.0)
Para aliviar la sensación de "entumecimiento" o vacío	2.0 (2.0, 3.0)
Llamar la atención	0.0 (0.0, 0.0)
Sentir algo, aunque sea dolor	2.0 (0.0, 3.0)
Para evitar tener que hacer algo desagradable que no quiere hacer	0.0 (0.0, 1.0)
Tomar el control de una situación	1.0 (0.0, 2.0)
Tratar de obtener una reacción de alguien, incluso si es una reacción negativa	0.0 (0.0, 1.5)
Recibir más atención de tus padres o amigos	0.0 (0.0, 0.0)
Evitar estar con gente	0.0 (0.0, 3.0)
Castigarse a ti mismo	2.0 (2.0, 3.0)
Conseguir que otras personas actúen de manera diferente o cambien	0.0 (0.0, 2.0)
Ser como alguien a quien respeta	0.0 (0.0, 0.0)
Para evitar el castigo o pagar las consecuencias	0.0 (0.0, 1.0)
Para detener los malos sentimientos	2.0 (1.0, 3.0)
Para que los demás sepan lo desesperado que estabas	0.0 (0.0, 2.0)
Sentirse más parte de un grupo	0.0 (0.0, 0.0)
Para que tus padres te comprendan o te noten	0.0 (0.0, 1.0)
Para tener algo que hacer cuando está solo	0.0 (0.0, 1.0)
Para tener algo que hacer cuando está con otros	0.0 (0.0, 0.0)
Para conseguir ayuda	1.0 (0.0, 2.0)
Hacer enojar a los demás	0.0 (0.0, 0.0)
Sentirse relajado	3.0 (1.0, 3.0)
Otra	0.0 (0.0, 0.0)

Me= Media, P= Percentil

Finalmente, se evaluaron las características de los pacientes con respecto a las autolesiones realizadas. Por un lado, se observó que las características del paciente no se asociaron con la presencia de al menos una conducta autolesiva. Por otro lado, al evaluar la calificación global de las autolesiones (FASM total) se observó que los hombres, las personas casadas, la gente con escolaridad secundaria, con una evolución en la depresión de entre 5 a 10 años, con intención suicida y quienes que

se encontraban hospitalizadas, tuvieron promedios de puntaje mayores en la escala FASM, de acuerdo con lo ilustrado en la tabla 5. Es de llamar la atención que se encuentran diferencias significativas en el estado civil ocupación, intención suicida y la condición hospitalaria.

Tabla 5. Efecto de las características del paciente sobre la presencia y calificación global de las autolesiones (FASM total).

Característica	Al menos una conducta autolesiva ^a		X ²	p	Calificación global de las autolesiones (FASM) ^b M±DE	Z o X ²	P
	No	Si					
Sexo							
Mujer	2 (100)	16 (82)	0.42	.517	18.98±10.15	-0.87	.385
Hombre	0 (0)	12 (17)					
Estado civil							
Soltero	2 (100)	61 (90)	0.23	.635	20.13±09.87	-2.01	.043
Casado/Unión libre	0 (0)	7 (10)					
Escolaridad							
Primaria	---	---	3.50	.061	---	0.37	.831
Secundaria	0 (0)	2 (3)					
Bachillerato/Carrera Técnica	2 (100)	16 (23)					
Licenciatura o superior	0 (0)	50 (73)					
Ocupación							
Estudiante	1 (50)	47 (69)	0.11	.738	16.39±09.39	15.58	.004
Hogar	0 (0)	2 (3)					
Empleado/a	1 (50)	12 (18)					
Otro	0 (0)	5 (7)					
Desempleado/a	0 (0)	2 (3)					
Episodio depresivo actual							
No	1 (50)	14 (21)	0.98	.321	15.23±06.97	-1.53	.125
Si	1 (50)	54 (79)					
Evolución de la depresión							
Menos de año	2 (100)	19 (28)	2.57	.109	19.59±12.78	4.34	.227
Entre 1 y 5 años	0 (0)	32 (47)					
Entre 5 y 10 años	0 (0)	9 (13)					
Más de 10 años	0 (0)	8 (12)					
Intención suicida							
No	2 (100)	34 (50)	1.92	.166	14.39±09.00	-3.57	.0001
Si	0 (0)	34 (50)					
Condición hospitalaria							
Externo	0 (0)	28 (41)	1.35	.245	15.79±08.35	-2.46	.014
Interno	2 (100)	40 (59)					

^a Las comparaciones de la frecuencia de la presencia de al menos una conducta autolesiva, entre los grupos, se realizaron mediante la prueba de chi-cuadrada.

^b Las comparaciones del FASM total se realizaron con la prueba U de Mann Whitney para el caso de dos grupos y con la prueba de Kruskal-Wallis para tres o más grupos.

DISCUSION

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de autolesiones y sus factores asociados en pacientes con trastornos depresivos, encontrándose una alta frecuencia de autolesiones en pacientes con depresión, con una mayor frecuencia de conductas de corte o frotación, morderse y jalar o cortar el pelo; generalmente realizados para relajarse. Son pocos los estudios que abordan las autolesiones sin fines suicidas en depresión en la edad adulta y, dado que éstas pueden anteceder a las autolesiones con fines suicidas, este estudio puede servir como inicio de futuros estudios en este rango de edad, dado que se considera como la edad más productiva en la población mexicana.

En este estudio, se encontró una alta frecuencia de autolesiones (97%) entre los pacientes con depresión, sea actual o recidivante. A este respecto, otros estudios han reportado que la mayoría de los pacientes que realizan autolesiones presentan alguna comorbilidad psiquiátrica, principalmente depresión (41). Al distinguir entre pacientes con y sin intención suicida, se encontraron diferencias significativas, similar a lo referido por Zielinski y colaboradores en 2016, comentando que las autolesiones son predictores sensibles de intentos suicidas, pero no son específicos de estos mismos (42).

También se observó que el 80% se encontraba con un episodio depresivo actual, siendo los episodios moderados los más frecuentes y predominando en el sexo femenino; resultados similares se han reportado en diversos estudios (4, 30, 33). No se observaron diferencias en la medida global de autolesiones (FASM total) entre los grupos con o sin criterios para depresión actual, por lo que se asume que la presencia de autolesiones puede ser independiente de la presencia de algún episodio depresivo actual.

En el presente estudio se observó que los factores mayormente asociados a la realización de autolesiones sin fines suicidas en pacientes con depresión mayor fueron con fines autopunitivos (castigarse a sí mismos), así como para detener los malos pensamientos, predominando las autolesiones como pellizcos y frotamientos de piel, coincidiendo con lo reportado por Benjet y colaboradores en 2017 (4). Dado que en

este estudio fueron más comunes las personas con escolaridad de nivel licenciatura o mayor y no se encontraron diferencias por nivel de escolaridad, se considera que esta variable debe ser nuevamente analizada en muestras con mayor variabilidad. De esta forma, los hallazgos de este estudio fueron contrarios a lo reportado en la literatura que señala que la realización de autolesiones con o sin fines suicidas es mayor durante la adolescencia, en la edad académica de la secundaria (de acuerdo con el sistema educativo de México) (2).

Tampoco se encontraron diferencias en la forma y calificación global de las autolesiones sin fines suicidas entre ambos sexos, a excepción de jalarse o arrancarse el pelo, que fue mayor entre las mujeres. Los hallazgos van en contra de lo mencionado en la literatura, donde sí se reportan diferencias en los tipos de autolesiones (4), siendo el método de autolesión mediante rascado y frotado de piel menos frecuente en la población del presente estudio. En el presente estudio se observó que una mayor severidad de la depresión, así como un mayor tiempo de evolución de los síntomas depresivos, se asocian a una mayor prevalencia de autolesiones sin fines suicidas, contradiciendo lo escrito por Johnstone y colaboradores en 2015, donde se menciona que hay una ausencia de asociación directa entre estos factores (9).

La edad promedio de inicio de las autolesiones sin fines suicidas (14.68 ± 4.23) se encuentra en la adolescencia, lo que coincide con la literatura y compone una conducta predictora de futuros intentos suicidas, de acuerdo con lo descrito por Johnstone y colaboradores en 2015 (9).

Esta investigación se fortalece en tener una muestra de pacientes en edad productiva, con respecto a estudios anteriores que se realizan principalmente en adolescentes, buscando ampliarse a pacientes con otras comorbilidades psiquiátricas y conocer con mayor profundidad a la población estudiada de los derechohabientes que acuden por atención al Hospital de Psiquiatría "Morelos" de la CDMX del Instituto Mexicano del Seguro Social. La principal limitación es que se trata de un estudio observacional transversal que no permite establecer asociaciones causales, y una muestra elegida de manera no aleatoria, lo que limita la generalización. Sin embargo, puede ser el

antecedente de la realización de estudios más especializados y profundos acerca del tema, enfocados a rangos de edad mayores.

CONCLUSIONES

La forma de autolesionarse (sin intención suicida) realizada por la población de estudio difiere respecto a las referidas en la literatura internacional, destacándose mayormente autolesiones que no utilizan objetos externos (como jalar su cabello o morderse). La mayoría de la población que realizó las autolesiones sin fines suicidas no fue bajo influjo de sustancias y hubo poca planeación previa del acto. Las principales razones por las que los pacientes realizaban autolesiones fueron para sentirse relajados, seguida de aliviar la sensación de vacío crónico, sentir dolor y castigarse a sí mismos.

Las personas casadas, la gente con escolaridad secundaria, con antecedente de intención suicida y las personas que se encontraban hospitalizadas, fueron las que tuvieron mayores promedios en la escala FASM.

Los hallazgos sugieren que las personas con trastorno depresivo presentan una alta frecuencia de autolesiones sin fines suicidas, en la edad comprendida entre 18 a 30 años. Estas características obligan al médico a evaluar de manera más precisa los diagnósticos psiquiátricos presentes, los antecedentes epidemiológicos del caso y el contexto en el que aparece, debido a que las autolesiones sin fines suicidas son un predictor importante para futuros intentos suicidas y un síntoma que también requiere ser considerado en el tratamiento. El abordaje del paciente, de su conducta y de su ambiente, permitirá planear un óptimo manejo terapéutico multidisciplinario. Estos resultados pueden contribuir a replantear las estrategias de prevención y tratamiento, y se espera que se incorporen a futuras investigaciones sobre intervenciones para autolesiones sin fines suicidas.

REFERENCIAS

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz, P. Kaplan & Sadock: Sinopsis de psiquiatría. Onceava ed.: Wolters Kluwer; 2015.
2. Castellivi P, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with metaanalysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017 Junio;(215): p. 37-48.
3. Nock MK, Joiner T, Gordon K, Lloyd-Richardson E, Prinstein M. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*. 2006 Agosto; 1(144): p. 65-72.
4. Benjet C, et al. Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: Prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders*. 2017;(215): p. 1-8.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
6. Uribe-Restrepo, et al. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2013 Enero; 43(1).
7. Maciejewski DF, et al. The Association of Genetic Predisposition to Depressive Symptoms with Non-suicidal and Suicidal Self-Injuries. *Behavior Genetics*. 2017;(47): p. 3-10.
8. Tuisku V, Kiviruusu O, Pelkonen M, Karlsson L, Strandholm T, Marttunen M. Depressed adolescents as young adults – Predictors of suicide attempt and non-

- suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Enero; 9(313): p. 152-154.
9. Johnstone JM, Carter JD, Luty SE, Mulder JT, Frampton C, Joyce PR. Childhood predictors of lifetime suicide attempts and non-suicidal self-injury in depressed adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016 Febrero; 2(50): p. 135-144.
 10. Nock M. Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010 Abril; 6: p. 339-363.
 11. Garisch J, Wilson S. Prevalence, correlates, and prospective predictors of nonsuicidal self-injury among New Zealand adolescents: cross-sectional and longitudinal survey. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*. 2015; 9(1): p. 1-11.
 12. Kara K, et al. Non-suicidal self-injurious behavior in forensic child and adolescent populations: Clinical features and relationship with depression. *Neurosciences*. 2015; 20(1): p. 31-36.
 13. Ataria Y. *Body Disownership in Complex Posttraumatic Stress Disorder*. Primera ed. Nueva York: Palgrave Macmillan; 2018.
 14. Dombrowski S. *Assessing and Treating Low Incidence/High Severity Psychological Disorders of Childhood*. Primera ed. New York: Springer Verlag; 2011.
 15. Peters EM, John Ann, Baetz M, Balbuena L. Examining the role of borderline personality traits in the relationship between major depression and nonsuicidal self-injury. *Comprehensive Psychiatry*. 2018;(86): p. 96-101.
 16. Subhan I. *Deliberate Self-Harm*. Primera ed. New Dehli: Springer; 2016.

17. Duffy ME, Twenge JM, Joiner TE. Trends in mood and anxiety symptoms and suicide-related outcomes among US undergraduates, 2007-2018: Evidence from two national surveys. *Journal of adolescent health*. 2019; 65: p. 590-598.
18. Peterson CM, Davis-Becker K, Fischer S. Interactive role of depression, distress tolerance and negative urgency on non-suicidal self-injury. *Personality and Mental Health*. 2014; 8: p. 151-160.
19. Rockett IRH, Caine E. Self-injury Is the Eighth Leading Cause of Death in the United States: It Is Time to Pay Attention. *JAMA Psychiatry*. 2015 Noviembre; 72(11).
20. Swannell SN, Martin G, Page A, Hasking P, St John N. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behavior*. 2014 Junio; 44(3).
21. Albores-Gallo L, Mendez-Santos JL, Garcia-Luna X, Delgadillo-Gonzalez Y, Chavez-Flores CI, Martinez OL. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2014; 42(4).
22. Mayer Villa PA, Morales-Gordillo N, Victoria-Figueroa G, Ulloa Flores RE. Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*. 2016 Mayo; 58(3).
23. Castro Silva E, Benjet C, Juarez Garcia F, Jurado Cardenas S, Gomez-Marqueo M, Valencia Cruz A. Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental*. 2017 Septiembre; 40(5).


24. Howton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2013 Mayo; 147(1).
25. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener P. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012; 6.
26. Thyssen L, Van Camp I. Non-Suicidal Self-Injury in Latin America. 2014. *Salud Mental*; 37: p. 153-157.
27. Armev M, Crowther J, Miller IW. Changes in ecological momentary assessment reported affect associated with episodes of nonsuicidal self-injury. *Behavior Therapy*. 2011 Diciembre; 42(4).
28. Giletta M, Scholte RHJ, Engels RCM, Ciariano S, Prinstein MJ. Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*. 2012 Mayo; 197(1): p. 66-72.
29. Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. Non-suicidal self-injury in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012; 6(12).
30. Forrester RL, Slater H, Jomar K, Mitzman S, Taylor PJ. Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 221: p. 172-183.
31. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2001 Enero; 178(1): p. 48-54.

32. Villarroel J, Jerez S, Montenegro M, Montes C, Igor M, Silva H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2013; 51(1): p. 38-45.
33. Liu R, Trout Z, Hernandez E, Cheek C, Gerlus N. A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. *Neuroscience Biobehavior Review*. 2017 Diciembre; 83: p. 440-450.
34. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community simple of. In *Society for Behavioral Medicine*; 197; Nueva Orleans, LA.
35. Calvete E, Orue I, Aizpuru L, Brotherton H. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*. 2015 Marzo; 27(3): p. 223-228.
36. Sheehan D, Janavs J, Baker R, Harnett-Sheehan K, Knapp E, Sheehan M. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. Primera ed. Tampa: University of South Florida; 1992.
37. Bobes J, Ferrando L, Gibert J. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. Primera ed. Madrid: Instituto IAP; 1992.
38. Heinze G, Soto OS. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. Primera ed. Tampa: University of South Florida; 1997.
39. Asociacion Mundial Medica. Declaración de Helsinki de la AMM. In *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*; 1964; Helsinki.
40. Asociacion Mundial Medica. PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS. In ; 2013; Rio de Janeiro.

41. Hack J, Martin G. Expressed Emotion, Shame, and Non-Suicidal Self-Injury. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15(890).
42. Zielinski MJ, et al. A Short-Term Longitudinal Examination of the Relations between Depression, Anhedonia, and Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Adults with a History of Self-Injury. *A Short-Term Longitudinal Examination of the Relations between Depression, Anhedonia, and Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Adults with a History of Self-Injury, Comprehensive Psychiatry*. 2016.
43. Sheehan DV, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*. 1997; 12(5): p. 232-241.
44. Lecubrier Y, et al. La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI). Una entrevista diagnóstica estructurada breve: fiabilidad y validez según la CIDI. *European Psychiatry (Ed. Española)*. 1998 Febrero; 5(1): p. 13-21.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	" Prevalencia de autolesiones con fines no suicidas en pacientes de 18 a 30 años con depresión mayor en el Hospital de Psiquiatría "Morelos" de la Ciudad de México"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se va a estudiar si la depresión mayor se relaciona con la realización de autolesiones sin fines suicidas.
Procedimientos:	Su participación consistirá en contestar dos cuestionarios. Estos cuestionarios ayudaran a evaluar la relación entre depresión mayor y autolesiones. Usted se llevará aproximadamente para contestar cada cuestionario un tiempo de 10-15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	El paciente no experimentará alguna molestia al contestar el cuestionario. Algunas preguntas podrían generar inconformidad al paciente.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio que obtendrá usted al participar en el estudio es conocer más acerca de su padecimiento y poder realizar un mejor manejo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No se entregarán resultados verbalmente o por escrito, pero en caso de presentar autolesiones graves que pongan en riesgo su vida, se le informara para intensificar su tratamiento para evitar riesgos en su salud.

Participación o retiro: Usted conserva su derecho a participar o retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee o considere conveniente, sin repercusión alguna sobre la atención médica.

Privacidad y confidencialidad: Todos los datos obtenidos en el estudio serán guardados en la más estricta privacidad y manejados en forma totalmente confidencial y solo para fines del estudio presente.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Que usted conozca el riesgo de realización de autolesiones sin fines suicidas y que pueda recibir un tratamiento oportuno y adecuado a su problemática.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Miguel Palomar Baena Coordinador de educación e investigación en salud del Hospital de Psiquiatría "Morelos" de la Ciudad de México

Colaboradores:

Dr. Eduardo Román Aparicio Médico Residente del Tercer año de la especialidad de Psiquiatría. Teléfono: 7821041907. Correo electrónico: dr.romanaparicio@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico Nacional del IMSS ubicado en Seris y Zaachila s/n. Col. La Raza, Azcapotzalco, CP 02990, Ciudad de México.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 2. Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI

A. Episodio depresivo mayor

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR 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? SÍ 2	NO
	→
¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2? SÍ	NO

A3 En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo?
SÍ 3

(p. ej., variaciones en el último mes de ± 5) de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)?

CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, SÍ 4

se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?

c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto SÍ 5

o tenía dificultades para permanecer tranquilo?

d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?
SÍ 6

e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?
SÍ 7

f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?
SÍ 8

g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?
SÍ 9

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

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

→

A4 a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió
SÍ 10

NO

deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas
de los que acabamos de hablar?

b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta
SÍ 11

NO

de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?
DEPRESIVO

EPISODIO

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)
RECIVDIVANTE

MAYOR

Anexo 3. Functional Assesment of Self-Mutilation (FASM)

A. En el último año, ¿ha realizado alguno de los siguientes comportamientos para lastimarse deliberadamente (marque todas las que correspondan):

	No	Si	¿Cuántas veces?	¿Ha recibido tratamiento médico?
1. cortar o frotar tu piel				
2. golpearte a propósito a ti mismo				
3. jalado o arrancado tu cabello				
4. te hiciste algún tatuaje				
5. rascado alguna herida				
6. quemado tu piel (por ejemplo				
Con un cigarro, cerillo o algún otro				
objeto caliente)				
7. insertar objetos bajo tus uñas o piel				
8. morderte a ti mismo				
(por ejemplo boca o labios)				
9. rascar áreas de su cuerpo				
hasta el punto de sangrar				
10. pellizcar su piel				
11. "frotar" su piel				
12. otro: _____				

B. Si no fue en el último año, ¿ALGUNA VEZ realizó alguno de los actos anteriores?

_____ Si

_____ No

En caso afirmativo a cualquiera de los comportamientos anteriores en el último año, complete las preguntas (C-H) a continuación:

C. Mientras realizaba cualquiera de los actos anteriores, ¿estaba tratando de suicidarse?

_____ Yes

_____ No

D. ¿Cuánto tiempo pensó en hacer los actos anteriores antes de hacerlo realmente?

_____ ninguna

_____ "pocos minutos"

_____ menos de 60 minutos

_____ más de 1 hora pero menos de 24 horas

_____ más de 1 día, pero menos de una semana

_____ más de una semana

E. ¿Realizó alguno de los comportamientos anteriores mientras tomaba drogas o alcohol?

_____ Si

_____ No

F. ¿Experimentó dolor durante esta autolesión?

_____ mucho dolor

_____ dolor moderado

_____ poco dolor

_____ nada de dolor

G. ¿Qué edad tenía cuando se lastimó de esta manera por primera vez? _____

H. ¿Se ha hecho daño por alguna de las razones que se mencionan a continuación? (marque todas las razones que apliquen):

0 Nunca	1 Raramente	2 Algunas	3 A menudo
Razones: Frecuencia			
1. para evitar la escuela, el trabajo u otras actividades			
2. para aliviar la sensación de "entumecimiento" o vacío			
3. llamar la atención			

4. sentir algo, aunque sea dolor
5. para evitar tener que hacer algo desagradable que no quiere hacer
6. tomar el control de una situación
7. tratar de obtener una reacción de alguien, incluso si es una reacción negativa
8. recibir más atención de tus padres o amigos
9. evitar estar con gente
10. castigarse a ti mismo
11. conseguir que otras personas actúen de manera diferente o cambien
12. ser como alguien a quien respeta
13. para evitar el castigo o pagar las consecuencias
14. para detener los malos sentimientos
15. para que los demás sepan lo desesperado que estabas
16. sentirse más parte de un grupo
17. para que tus padres te comprendan o te noten
18. para tener algo que hacer cuando está solo
19. para tener algo que hacer cuando está con otros
20. para conseguir ayuda
21. hacer enojar a los demás
22. sentirse relajado
23. otro:

¡Gracias por sus respuestas!

Anexo 4. Hoja de recolección de datos

"PREVALENCIA DE AUTOLESIONES CON FINES NO SUICIDAS EN PACIENTES DE 18 A 30 AÑOS CON DEPRESIÓN MAYOR EN EL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "MORELOS" DE LA CIUDAD DE MEXICO"

DATOS DE PACIENTE

Edad: _____ años

Sexo:

() Masculino

() Femenino

Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

MINI

_____ Episodio depresivo mayor

_____ Episodio depresivo mayor actual

_____ Episodio depresivo mayor recidivante

() Leve () Moderado () Severo

Tiempo de evolución de la depresión mayor _____

FASM

Primera parte

_____ Autolesiones moderadas/severas

_____ Autolesiones leves

_____ ¿Alguna vez realizo alguno de los actos anteriores en el último año?

Segunda parte (Contestada solamente si realizo alguno de los comportamientos autolesivos en el último año)

_____ Mientras realizaba cualquiera de los actos anteriores, ¿estaba tratando de suicidarse?

_____ ¿Cuánto tiempo pensó en hacer los actos anteriores antes de hacerlo realmente?

_____ ¿Realizó alguno de los comportamientos anteriores mientras tomaba drogas o alcohol?

_____ ¿Experimentó dolor durante esta autolesión?

_____ ¿Qué edad tenía cuando se lastimó de esta manera por primera vez?

Tercera parte

_____ puntos