

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



TESIS:

Estudio comparativo de los diagnósticos, funciones ejecutivas, métodos y razones para autolesionarse de adolescentes con y sin conducta suicida

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

Elsa Elena Vega Escobedo

Asesora Metodológica:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Ulloa'.

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores

Asesora Teórica:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Nogales'.

Dra. Alejandrina Inés Nogales Imaca

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2022



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: Elsa Elena Vega Escobedo

Correo electrónico: elsaevega@gmail.com

Nombre del Asesor (a) Metodológico: Dra. Rosa Elena Ulloa

Correo electrónico: eulloa@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Nombre del Asesor (a) Teórico: Dra. Alejandrina Inés Nogales Imaca

Correo electrónico: dranogales@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

RESUMEN

Las autolesiones no suicidas (NSSI) se definen como la directa y deliberada destrucción del propio tejido corporal en ausencia de la intención de morir. 15-20% de adolescentes reportan haber presentado al menos un episodio de NSSI en su vida. El objetivo de este estudio fue determinar si existen diferencias entre los métodos de autolesión, diagnósticos comórbidos, motivos y funciones ejecutivas entre adolescentes con y sin conducta suicida. Se reclutaron a 69 adolescentes de 12 a 17 años de ambos sexos y se evaluaron con ISAS y NIH Toolbox cognitive battery. Se comparó a los que no presentaron conducta suicida con los que sí, obteniendo 29 pacientes con conducta suicida con mayor comorbilidad con depresión y trastorno de ansiedad generalizada, sin diferencia estadísticamente significativa. Los pacientes con conducta suicida refirieron morderse, clavarse agujas e interferir con curación de heridas más frecuentemente que los pacientes sin conducta suicida, diferencias no estadísticamente significativas. No se encontraron diferencias en edad de inicio o número de métodos para autolesionarse. Ninguna de las pruebas cognitivas mostró tener una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con y sin conducta suicida. Sobre motivos para autolesionarse, se identifica el ítem calmado como único que presenta mayor número de pacientes sin conducta suicida comparado con los que tienen conducta suicida. Se concluye que los adolescentes con NSSI, con y sin conducta suicida, no difieren en diagnósticos, funciones cognitivas, métodos y motivos para autolesionarse por lo que podría tomar como una entidad conjunta y como riesgo suicida en esta población.

Términos MeSH: NSSI, conducta suicida, adolescentes.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| Autolesiones como precursoras de la conducta suicida | 8 |
| NSSI y funciones ejecutivas | 9 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 11 |
| JUSTIFICACIÓN | 11 |
| HIPÓTESIS | 12 |
| OBJETIVOS | 12 |
| GENERAL | 12 |
| ESPECÍFICOS | 12 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 12 |
| TIPO DE DISEÑO | 12 |
| MUESTRA | 13 |
| Tabla 1 – Descripción de variables | 13 |
| PROCEDIMIENTO | 15 |
| Tabla 2 – Cronograma de actividades | 16 |
| INSTRUMENTOS | 16 |
| ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 18 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 18 |
| RESULTADOS | 19 |
| Tabla 3 - Comparación de la frecuencia de uso de métodos de autolesión en pacientes con y sin conducta suicida. | 19 |

| | |
|---|----|
| Tabla 4 - Medias y desviación estándar del grado de relevancia de las funciones de las autolesiones encontrados en pacientes con y sin conducta suicida, según el instrumento ISAS. | 20 |
| Tabla 5 – Pruebas del NIH Toolbox cognitive battery realizadas a pacientes con y sin conducta suicida | 21 |
| DISCUSIÓN | 21 |
| CONCLUSIONES | 23 |
| LIMITACIONES Y CONSIDERACIONES FUTURAS | 23 |
| REFERENCIAS | 24 |
| ANEXOS | 29 |
| Anexo 1 - Carta de aprobación de proyecto general, por el Comité Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” | 29 |
| Anexo 2 - Carta de aprobación para el proyecto actual, por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” | 30 |
| Anexo 3 - Inventario de creencias acerca de autolesiones (ISAS) | 31 |
| Anexo 4 - estructurada M.I.N.I. | 33 |
| Anexo 5 - NIH Toolbox cognitive battery | 34 |
| Anexo 6 - Carta de aprobación del proyecto general por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” | 35 |
| Anexo 7 - Carta de aprobación del proyecto actual por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” | 36 |

INTRODUCCIÓN

El interés científico y social acerca del tema de las autolesiones se ha incrementado de manera significativa en los últimos años. Uno de los obstáculos más grandes en el estudio de las conductas autolesivas es que los investigadores y clínicos utilizan generalmente términos vagos e inconsistentes para los diferentes fenómenos que se consideran como autolesiones, incluso sin utilizar un término constante o unificado, por lo que su identificación suele estar sesgada e incluye en muchas ocasiones a los intentos suicidas sin hacer diferencia entre estas dos conductas. La clasificación de la OMS (CIE 10) incluye a la historia de lesión autoinfligida intencionalmente en el capítulo 21 denominado “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”. Los estudios de campo para la validación del diagnóstico en el DSM 5 mostraron que éste tenía muy baja confiabilidad temporal ($\kappa < 0.20$), por lo que en esta clasificación se encuentra dentro de las condiciones que necesitan más estudio. Estudios posteriores de pacientes adolescentes y adultos, hospitalizados y con manejo externo, mostraron que las autolesiones repetidas presentan una alta prevalencia y co ocurren con una gran variedad de diagnósticos, por lo que el grupo de estudio de trastornos de la infancia y del humor para el DSM-5 propuso que se incluyera como categoría diagnóstica. Sin embargo, es importante destacar que se ha observado que la mayoría de los adolescentes que se involucran en autolesiones no suicidas tienden a presentar de manera longitudinal mayor riesgo a realizar intentos suicidas, sin encontrarse algún factor predisponente consistente en los individuos de esta población. Es por ello por lo que se pretende identificar algún factor que propicie la aparición de intentos suicidas en la población adolescente con antecedentes de autolesiones no suicidas, partiendo de características clínicas y realizando evaluaciones relacionadas con los motivos y las características de las autolesiones en un primer momento y cuando ya se cuenta con un antecedente de intento suicida, para diferenciar este comportamiento.

MARCO TEÓRICO

Las autolesiones no suicidas (NSSI, por sus siglas en inglés) se definen como la directa y deliberada destrucción del propio tejido corporal en ausencia de la intención de morir ¹. Este fenómeno se ha estudiado en adolescentes de población abierta y población clínica, grupo en el cual se ha encontrado una prevalencia agregada a lo largo de la vida de 22.1% en un metaanálisis de artículos publicados entre 1989 y 2018 sobre NSSI, ideación e intentos suicidas ².

Entre un 15% a un 20% de adolescentes reportan haber presentado al menos un episodio de NSSI a lo largo de su vida, con una mayor proporción de reportes provenientes de mujeres. Estas diferencias entre los sexos son importantes a considerar particularmente debido a que las NSSI son precursoras de conductas suicidas en mujeres, mientras que en hombres suelen reportarse en menor medida a pesar de tener reportes de intentos suicidas con mayor proporción ³.

Se ha encontrado que las NSSI aparecen en diversos diagnósticos, siendo los más frecuentemente reportados los trastornos depresivos (41.6%), trastornos de ansiedad (15.7%), trastornos de conducta (62.9%) ⁴, TDAH comórbido con trastornos afectivos o de conducta (67.30%) ⁵ y trastornos de personalidad (67.3%) ^{4,6}. En el DSM-5 se propuso una categoría diagnóstica llamada Autolesiones no suicidas (NSSI), la cual contempla que el individuo debe infligir intencionalmente lesiones en la superficie corporal que produzcan sangrado, hematoma o dolor, teniendo como expectativa que la lesión sólo producirá un daño físico leve o moderado, sin tener intención suicida. Este diagnóstico entró en las categorías que requieren mayor investigación, ya que los estudios de validez no fueron confirmatorios ⁷.

Los criterios diagnósticos para las NSSI en el DSM 5 son los siguientes:

- A. En el último año, el individuo se ha involucrado, al menos 5 días en conductas autoinfligidas que producen daño a la superficie corporal de tal manera que haya sangrado, lesión o dolor, con la expectativa de que la lesión lleve solo a un daño físico leve o moderado.
- B. El individuo se involucra en las conductas autolesivas con una o más de las siguientes expectativas:

- a. Obtener alivio de un sentimiento negativo o estado cognitivo.
 - b. Resolver una dificultad interpersonal.
 - c. Inducir un estado de ánimo positivo.
- C. La autolesión intencional se asocia con al menos uno de los siguiente:
- a. Dificultades interpersonales, sentimientos o pensamientos negativos como depresión, ansiedad, tensión, enojo, autocrítica, estrés generalizado que ocurren en el periodo inmediato previo al acto autolesivo
 - b. Previo al acto hay un periodo de preocupación con la conducta intencionada que es difícil de controlar.
 - c. El pensar acerca de autolesiones ocurre frecuentemente aun cuando no se está actuando.
- D. La conducta no es sancionada socialmente y no se restringe a quitarse una costra o a morderse las uñas
- E. La conducta o sus consecuencias causan estrés clínicamente significativo o interferencia con el área interpersonal, académica o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- F. Las conductas no ocurren de manera exclusiva durante episodios psicóticos, delirium, intoxicaciones o abstinencia por sustancias. En los sujetos con un trastorno del neurodesarrollo no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. La conducta no se explica por otro trastorno mental o condición médica.

Autolesiones como precursoras de la conducta suicida

En una búsqueda bibliográfica realizada por Hamza y colaboradores ⁸ se encontró que las NSSI son un fuerte predictor de pensamientos y comportamientos suicidas, aun cuando se controlaron variables como edad, género, etnia, nivel socioeconómico ⁹⁻¹¹, depresión, desesperanza, funcionamiento familiar, características de trastornos de personalidad como el límite, trastorno de estrés postraumático y antecedente de abuso infantil ^{9,12-14}. De manera integradora, propone un modelo que intenta explicar la relación entre las NSSI y la conducta suicida, tomando la teoría de la compuerta (niveles de angustia interpersonal elevados), la teoría de la tercera variable (factores de riesgo

compartidos entre NSSI y conducta suicida) y la teoría de la capacidad adquirida de Joiner para el paso de las NSSI a la conducta suicida propiamente dicha ¹².

Los factores asociados a la transición de NSSI a intento suicida son poco claros. En un estudio comparativo en adolescentes con depresión y con NSSI con y sin conducta suicida, encontraron que la severidad de la depresión estaba asociada con una alta probabilidad de tener ideación suicida y de tener al menos un intento suicida. Los participantes que presentaron intento suicida usaron más variedad de métodos de NSSI, como cortarse o quemarse ³. En este mismo estudio, los adolescentes con NSSI e intento suicida presentaron mayores puntajes en las escalas de severidad de trastornos psiquiátricos (particularmente depresión y trastorno de estrés postraumático), más conductas de riesgo y mayores niveles de impulsividad, rasgo que se relaciona directamente con el riesgo suicida¹⁵. En varios estudios, también se encontró que un mayor número de incidentes de NSSI predecían intentos suicidas de aparición más frecuente ^{3,16-19}. Aunque los estudios revisados ofrecen evidencia convincente de que la NSSI y el comportamiento suicida están fuertemente vinculados en muestras de adolescentes y adultos, solo tres de los estudios revisados fueron de naturaleza longitudinal, con seguimientos de 12 semanas a 6 meses ^{9,13,20}.

NSSI y funciones ejecutivas

El término función ejecutiva se refiere a una amplia categoría de procesos cognitivos que están involucrados en la autorregulación del pensamiento y el comportamiento, y que hacen posible que pensemos antes de actuar, que permanezcamos centrados en una tarea, evitar distracciones y adaptarse a nuevas situaciones al cambiar de estrategia. Varias formas de psicopatología (por ejemplo, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo; TDAH, trastorno de conducta, adicciones, esquizofrenia) están asociadas con el deterioro del funcionamiento ejecutivo ²¹. Según el modelo de tres componentes ^{22,23}, las funciones ejecutivas que se han visto relacionadas a NSSI se definen a continuación:

- 1) Memoria de trabajo: La capacidad de tener en mente información para un propósito particular, procesarla y actualizarla.

2) Inhibición: La capacidad de controlar, suprimir y anular comportamientos y respuestas en patrón automático.

3) Flexibilidad cognitiva: La capacidad para cambiar la perspectiva o atención de una tarea a otra y cambiar de forma adaptativa de una estrategia a otra según la demanda.

Una razón para sospechar de la asociación entre disfunción ejecutiva y NSSI es que la prevalencia de autolesiones no suicidas tiende a alcanzar su punto máximo entre los 14 y los 16 años, y a disminuir a la edad de 18 años ¹⁶. Un posible factor que contribuye a la disminución de la prevalencia de las autolesiones durante estos años podría ser el desarrollo neurocognitivo que madura generando un mejor funcionamiento ejecutivo^{16,21,24}.

En un estudio comparativo entre un grupo de individuos con padecimientos psiquiátricos y NSSI, otro grupo sin autolesiones pero con algún padecimiento psiquiátrico y un grupo control, Nilsson y colaboradores encontraron que quienes participan de NSSI tienen mayor déficit en la flexibilidad cognitiva e inhibición en comparación con los otros dos grupos²⁵, a diferencia de lo que encuentran Fikke y colaboradores ²⁶, en donde es la memoria de trabajo la más afectada en personas con NSSI, sin embargo, en este último sólo se comparó frente a un grupo control sano. Este mismo autor encontró que existe una relación entre la gravedad de la NSSI directamente proporcional a las alteraciones en las funciones ejecutivas, especialmente memoria de trabajo.

Existen razones potenciales por las que la flexibilidad cognitiva podría estar relacionada con NSSI. Una mayor flexibilidad cognitiva puede ser útil para que las personas desvíen el enfoque de los estímulos emocionales desencadenantes y, por lo tanto, eviten lastimarse. De manera similar, una mayor flexibilidad cognitiva podría afectar la probabilidad de que un individuo use estrategias de regulación emocional más efectivas y cambie a diferentes estrategias cognitivas y conductuales en lugar de lesionarse cuando se encuentre en un estado emocional en el que aumente el riesgo de presentar NSSI, siendo además un factor subyacente que contribuya a mejorar las habilidades de resolución de problemas, lo que podría ayudar al individuo a evitar más situaciones emocionalmente desencadenantes^{27,28}.

Se especula que las NSSI se relacionan con déficits ejecutivos y atencionales, particularmente aquellos ligados a la autorregulación emocional, ya que es difícil inhibir conductas maladaptativas²⁸. Parece haber una relación entre el funcionamiento ejecutivo y el comportamiento suicida, que es la forma más grave de autolesión^{26,27}.

Fernández-Sevillano et al.^{29,30} en un estudio de seguimiento durante 6 meses en una población con una media de edad de 18 años y antecedentes de ideación e intentos suicidas, consideraron a la flexibilidad cognitiva como predictor de la persistencia de ideación y conducta suicidas, contemplando esta alteración ejecutiva como un factor que aumenta el riesgo de aparición de NSSI.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se tiene conocimiento sobre la asociación de las NSSI con la conducta suicida y con alteraciones en las funciones ejecutivas, en especial memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva e inhibición. También se conoce que existen diferencias entre la población que se autolesiona y tiene conducta suicida y la población adolescente que sólo tiene NSSI en relación con métodos y razones para lesionarse. Sin embargo, se desconoce si las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo están relacionadas con la conducta suicida en esta población. Dentro de las características intra/interpersonales están los métodos utilizados y las razones para lesionarse, las funciones ejecutivas, en especial la memoria de trabajo y los diagnósticos psiquiátricos; sin embargo, estas últimas dos características se encuentran en sujetos que no presentan autolesiones,

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe alguna diferencia significativa entre los adolescentes que se lesionan y los que no, en relación con los diagnósticos que presentan y las funciones ejecutivas, sus motivaciones y los métodos que usan?

JUSTIFICACIÓN

Existe poca investigación que abarque formas y los motivos de las autolesiones no suicidas en población adolescente^{2,4,9,10}. Incluso no se ha identificado como un parámetro

fuera de la conducta suicida, a pesar de que, por definición no lo sea ^{14,16,18, 19}. Suele estudiarse en conjunto con terminología poco específica. Aún menos se ha escrito sobre las autolesiones y su conexión con funciones ejecutivas y los diagnósticos psiquiátricos^{20, 21,22}.

HIPÓTESIS

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los diagnósticos, funciones ejecutivas, métodos de autolesión y razones para autolesionarse entre los adolescentes que se autolesionan contra los que no se autolesionan.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar si existen diferencias entre los métodos de autolesión, diagnósticos comórbidos, motivos y funciones ejecutivas entre adolescentes con y sin autolesiones.

ESPECÍFICOS

- Identificar adolescentes con y sin autolesiones
- Conocer los motivos para la realización de autolesiones
- Registrar los diagnósticos comórbidos presentes en la muestra de adolescentes con y sin autolesiones
- Establecer los métodos utilizados para realizar autolesiones
- Señalar las funciones ejecutivas alteradas en los adolescentes con y sin autolesiones
- Comparar las diferentes variables obtenidas entre sí

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE DISEÑO

Comparativo, Retrospectivo, Transversal.

MUESTRA

Se reclutaron a 69 adolescentes de 12 a 17 años de ambos sexos pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan. N Navarro” que acudían a consulta externa, urgencias y hospitalización.

Criterios de inclusión: adolescentes de ambos sexos de entre 13 y 18 años que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM 5 para NSSI y quienes no contaron con historia de NSSI o psicopatología a lo largo de la vida como grupo control.

Criterios de exclusión: sujetos que no supieran leer ni escribir y quienes se encontraran con intoxicación por sustancias psicotrópicas al momento de la evaluación.

Criterios de eliminación: Se eliminaron a los sujetos que retiraron su consentimiento y a quienes no completaron las evaluaciones.

Tabla 1 – Descripción de variables

| Nombre de la Variable | Definición Conceptual | Definición operacional | Medidas | Tipo de variable |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------|------------------|
| 1.Flexibilidad cognitiva / mental | Función ejecutiva que se manifiesta cuando las estrategias cognitivas o las hipótesis de solución de problemas no son las adecuadas para un momento o contexto específico y por lo tanto es necesario evitar la persistencia de una estrategia o actividad, así | Capacidad para generar una hipótesis de clasificación y cambiar de forma flexible el criterio de clasificación | Clasificación de cartas | Dependiente |

| | | | | |
|-----------------------|--|---|---|-------------|
| | como desengancharse de ella, explorando otras formas de procedimiento cognitivo. | | | |
| 2.Control inhibitorio | Función ejecutiva que permite regular y controlar las tendencias a generar respuestas impulsivas originadas en otras estructuras cerebrales, siendo esta función reguladora primordial para la conducta y la atención. | Capacidad del individuo para detener una respuesta automatizada ante diferentes estímulos. | Efecto Stroop | Dependiente |
| 3. Memoria de Trabajo | Función ejecutiva que permite mantener la información en línea mientras es analizada, seleccionada e integrada semánticamente indispensable para | Capacidad para retener y reproducir activamente el orden secuencial en una serie de figuras / capacidad para manipular y ordenar mentalmente la | Memoria de trabajo visoespacial / Ordenamiento alfabético de palabras / | Dependiente |

| | | | | |
|-----------------|---|--|----------------------|---------------|
| | la comprensión sintáctica y el aprendizaje de textos, situaciones en las cuales se requiere de dicho procesamiento mental en el momento en el que la información es expuesta. | información verbal contenida. | | |
| 4. Autolesiones | Toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, con o sin la intención de provocar la muerte | Identificación de la conducta autolesiva y sus características contextuales. | Ausencia o presencia | Independiente |

PROCEDIMIENTO

Se realizó un análisis secundario del estudio “Diferencias en el perfil de funciones ejecutivas entre adolescentes con y sin el diagnóstico de lesiones autoinfligidas con fines no suicidas”, con registro IT3/01/2014 (Anexo 1) aprobado en noviembre del 2014 a cargo de la Dra. Rosa Elena Ulloa Flores, donde se evaluó el perfil de funciones ejecutivas en adolescentes con autolesiones, y del cual derivó el presente estudio que quedó registrado ante la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con el número IT3/01/0714/Tb (Anexo 2), de donde se tomaron los datos correspondientes a diagnósticos, métodos, funciones ejecutivas y razones para autolesionarse de pacientes adolescentes que acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y una

escuela en Tlaxcala, comparando estas variables entre los grupos con y sin antecedente de conducta suicida.

Tabla 2 – Cronograma de actividades

| ACTIVIDAD | Abril 2021 | Mayo 2021 | Junio 2021 | Julio 2021 | Agosto 2021 | Septiem bre 2021 | Octubre 2021 | Noviembre 2021 |
|-------------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|------------------------|-----------------|-------------------|
| Elaboración de Proyecto | ■ | ■ | | | | | | |
| Obtener Aprobación | | | ■ | ■ | | | | |
| Selección de participantes | | | | | ■ | | | |
| Colección de datos | | | | | | ■ | ■ | |
| Análisis de datos | | | | | | | ■ | |
| Redacción final de tesis | | | | | | | | ■ |

INSTRUMENTOS

1) Para evaluar al fenómeno autolesivo se utilizó el Inventory of Statements About Self Injury (ISAS, Anexo 3) un instrumento autoaplicable. Comprende una sección inicial que incluye información demográfica y la frecuencia con la que el sujeto ha practicado 12 métodos diferentes de autolesión a lo largo de su vida, estos incluyen cortes, rascarse muy fuerte, golpes, mordeduras, quemaduras, interferir con la curación de heridas, clavarse agujas, pellizcarse, jalarse el cabello, frotar la piel contra superficies ásperas, deglutir sustancias peligrosas. Posteriormente se pregunta la edad de inicio, si la experiencia es dolorosa y si el individuo desea parar las autolesiones³¹.

En la segunda sección se integran 13 funciones de las autolesiones (regulación del afecto, anti-disociación, anti-suicidio, autonomía, límites interpersonales, influencias interpersonales, mostrar ansiedad, acercamiento a los pares, auto-cuidado, auto-castigo, venganza, búsqueda de sensaciones y fortaleza). Cada función es evaluada en su grado

de relevancia en la conducta autolesiva del sujeto a través de tres preguntas que se califican como 0 (no relevante), 1 (algo relevante), o 2 (muy relevante). Los reactivos incluyen afirmaciones como “Cuando me estoy autolesionando me estoy.... calmando/ creando un límite entre los demás y yo / castigando” etc. El instrumento toma 10 a 15 minutos en completarse.

De los 39 reactivos originales del ISAS se decidió utilizar los reactivos que evalúan las siguientes funciones: Regulación del Afecto, Límites Interpersonales, Castigo, No Disociativa, Búsqueda de Emociones, Unión con pares, Influencia Intepersonal, Marcadores de Ansiedad y Venganza, ya que son las funciones que concuerdan con los factores de riesgo propios de las autolesiones propuestos por Matthew Nock en 2009 ⁶. La consistencia interna de dicha escala fue 0.856 y el análisis factorial de los componentes principales produjo 7 factores con valores Eigen mayores a 1 que sumaban el 61.4% de la varianza ³¹.

2) Se aplicó la entrevista estructurada M.I.N.I. con el fin de evaluar la presencia de conducta suicida, está interroga sobre la presencia de 24 diagnósticos de acuerdo a los criterios diagnósticos del eje I del DSM-IV ³². (Anexo 4)

3) La evaluación de las funciones ejecutivas se realizó con el NIH Toolbox cognitive battery (Anexo 5) la cual fue creada por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos para la evaluación de los criterios de dominio cognitivo. Consiste en una serie de pruebas que han sido validadas en idioma español y se aplican por computadora e incluye la evaluación de:

- *Memoria de Trabajo (List sorting working memory test)*: Esta tarea requiere que el participante enliste por tamaño de menor a mayor, imágenes de diferentes animales y alimentos que se le presentan en la pantalla. La tarea tiene dos diferentes condiciones, en la primera se les solicita que ordene una serie de objetos (ya sea animales o alimentos), en la segunda condición se les pide que ordene primero los alimentos y luego los animales. Al participante se le presentan 6 ensayos diferentes que van de 2 a 7 estímulos que debe ordenar; si el participante llegara a fallar en

alguno de los estímulos se le presenta una nueva serie con igual número de estímulos al que falló, en caso de volver a fallar se terminará la prueba.

- *Flexibilidad Cognitiva (Dimension Card Sort Test)*: En la tarea se presentan dos imágenes que varían a lo largo de dos dimensiones (forma y color). Al participante se le pide que seleccione la imagen que corresponde con la que se muestra al centro de la pantalla, primero acorde a una dimensión (ej, color) y después de un número de ensayos acorde a la otra dimensión (ej, forma). La dimensión relevante a escoger se indica con una palabra clave (color o forma) que aparece en la pantalla. Los sujetos completan 30 ensayos.
- *Inhibición de Respuesta (Flanker Task)*: Esta tarea requiere que el sujeto de estudio se enfoque en un estímulo particular mientras inhibe la atención de otros estímulos que lo rodean. A los participantes se les presentan flechas flanqueadas por dos flechas y se les da la instrucción de señalar la dirección de la flecha de enmedio. En los ensayos congruentes todas las flechas apuntan en la misma dirección, en los incongruentes las flechas de alrededor apuntan en direcciones opuestas a la flecha central. Los sujetos completaron 20 ensayos. De cada una de las pruebas se obtiene una puntuación t ajustada para la edad, escolaridad y sexo. Las pruebas han mostrado adecuada confiabilidad temporal, validez convergente y validez discriminante³³.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva para las características demográficas y clínicas de la muestra. Posteriormente se realizaron análisis bivariados, usando las pruebas t de Student y χ^2 para comparar cada una de las variables con los grupos que presentan y no la característica de conducta suicida. La significancia estadística se estableció con $p \leq 0.05$. El análisis se realizó por medio del programa SPSS IBM versión 26.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en su artículo 17, capítulo 1, en materia de Investigación para la Salud en México este proyecto corresponde al riesgo mínimo. El presente estudio cuenta la aprobación del Comité de Ética de Investigación del

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (ver Anexos del proyecto general y 7 del proyecto actual).

RESULTADOS

Se incluyeron 69 pacientes de los cuales 42 (60.9%) fueron mujeres. La edad promedio fue de 14.64 ± 1.5 años, la edad de inicio de la conducta autolesiva fue de 11.9 ± 2.2 años. Los diagnósticos más frecuentes en la muestra fueron TDAH (52.2%), Fobia social (40.6%) y Agorafobia (49.3%).

Un total de 29 pacientes (42%) refirió conducta suicida. Este grupo de pacientes presentó mayor comorbilidad con depresión (48.3% vs. 27.5%, $\chi^2= 3.14$, $gl=1$, $p= 0.07$), y Trastorno de ansiedad generalizada (31% vs. 7.5%, $\chi^2=6.48$, $gl=1$, $p= 0.01$), que los pacientes sin conducta suicida. No se encontraron diferencias en la frecuencia de otros diagnósticos ni en el número total de diagnósticos entre estos grupos.

El análisis de las características de las autolesiones mostró que los pacientes con conducta suicida refirieron con mayor frecuencia morderse, clavarse agujas e interferir con la curación de sus heridas que los pacientes sin conducta suicida, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias en la edad de inicio ni en el número de métodos utilizados de autolesión en la comparación de ambos grupos (tabla 1).

Tabla 3 - Comparación de la frecuencia de uso de métodos de autolesión en pacientes con y sin conducta suicida.

| Métodos | Con conducta suicida N=29 (%) | Sin conducta suicida N=40 (%) | Estadística |
|-----------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Corte | 96.6 | 100 | $\chi^2: 1.4$, $gl= 1$ $p= 0.23$ |
| Rascado | 55.2 | 55 | $\chi^2= 0$, $gl=1$, $p= 0.98$ |
| Mordedura | 48.3 | 37.5 | $\chi^2= 0.8$, $gl=1$, $p= 0.37$ |

| Métodos | Con conducta suicida N=29 (%) | Sin conducta suicida N=40 (%) | Estadística |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Golpes | 72.4 | 65 | $\chi^2= 0.42$, gl=1, p= 0.51 |
| Quemaduras | 37.9 | 32.5 | $\chi^2= 0.21$, gl=1, p= 0.64 |
| Interferencia con la curación de heridas | 72.4 | 55 | $\chi^2= 2.17$, gl=1, p= 0.14 |
| Frotar | 27.6 | 32.5 | $\chi^2= 0.19$, gl=1, p= 0.66 |
| Pellizcar | 37.9 | 37.5 | $\chi^2= .00$, gl= 1, p= 0.97 |
| Clavarse agujas | 51.7 | 35 | $\chi^2= 1.93$, gl=1, p= 0.16 |
| Jalarse el cabello | 58.6 | 47.5 | $\chi^2= 0.83$, gl=1, p= 0.36 |
| Envenenarse | 31 | 35 | $\chi^2= 0.11$, gl=1, p= 0.73 |
| Número de métodos | 5.89 ± 2.58 | 5.32 ± 2.75 | t= 0.88, gl=62, p= 0.19 |
| Edad de inicio de la conducta autolesiva | 11.79 ± 2.21 | 12 ± 2.23 | t= 0.38, gl=67, p= 0.35 |

En los motivos para autolesionarse, se identificó que el ítem “calmando” se presentó más en pacientes sin conducta suicida, mientras que los motivos “creando una señal de que me siento muy mal” y “tratando de lastimar a alguien cercano a mí” tuvieron una diferencia estadísticamente significativa en el grupo con conducta suicida. Los ítems “castigando” y “causando dolor para dejar de sentirme apagado” Los detalles se muestran en la tabla 2.

Tabla 4 - Medias y desviación estándar del grado de relevancia de las funciones de las autolesiones encontrados en pacientes con y sin conducta suicida, según el instrumento ISAS.

| Motivos | Con conducta suicida N=29 | Sin conducta suicida N=40 | Estadística |
|----------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Calmando | 0.86 ± 0.78 | 1.37 ± 0.74 | t=2.73 gl=58 p= 0.004 |

| Motivos | Con conducta suicida N=29 | Sin conducta suicida N=40 | Estadística |
|---|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Castigando | 1.1 ±0.9 | 0.8 ±0.72 | t=1.55, gl= 67, p= 0.6 |
| Causando dolor para dejar de sentirme apagado | 1.13 ± 0.91 | 0.82 ± 0.84 | t= 1.44, gl=57, p= 0.07 |
| Creando una señal de que me siento muy mal | 1.24 ± 0.78 | 0.87 ± 0.79 | t= 1.9, gl=60, p= 0.03 |
| tratando de lastimar a alguien cercano a mi | 0.65 ± 0.89 | 0.3 ± 0.68 | t=1.8, gl=67, p= 0.03 |

Los resultados de las evaluaciones cognitivas no mostraron diferencias entre ambos grupos (Tabla 3)

Tabla 5 – Pruebas del NIH Toolbox cognitive battery realizadas a pacientes con y sin conducta suicida

| Prueba NIH Toolbox | Con conducta suicida N=29 (%) | Sin conducta suicida N=40 (%) | Estadística |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Dimension Card Sort Test | 27.34 ± 3.57 | 27.56 ±3.93 | t= 0.24, gl=63, p= 0.40 |
| Flanker Task | 19.48 ± 1.18 | 19.7 ± 0.88 | t= 0.83, gl=49, p= 0.20 |
| List sorting working memory test | 16.82 ± 2.48 | 16 ± 3 | t=1.22, gl=64, p= 0.11 |

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue comparar adolescentes con y sin conducta suicida de acuerdo con sus características clínicas como diagnóstico y métodos para autolesionarse, así como las causas de estas autolesiones, obtenido por medio de un análisis secundario de respuestas conseguidas con el instrumento ISAS, M.I.N.I y NIH Toolbox cognitive battery, realizado por Mayer y Cols. en el 2018.

En lo referente a diagnósticos, los resultados de este estudio coinciden con otros donde se identifica a la depresión como una de las patologías que más presenta NSSI con y sin

conducta suicida, sin hacer diferencia entre estas dos últimas en la mayoría de los casos³⁴. Sin embargo, en algunos de los estudios únicamente mencionan la patología principal, sin considerar esta como comorbilidad, es decir, si bien se identifican pacientes con TDAH o Trastornos de la conducta, estos se mencionan sin ahondar más al respecto, o tomándose en consideración para los análisis estadísticos^{9,13,15,20,35-44}. Otros estudios mencionan en una muestra clínica que la comorbilidad con TDAH es alta, alrededor de un 52%⁵, pero en una muestra comunitaria, en donde la mayoría de los sujetos fueron mujeres, a diferencia de la muestra clínica donde la mayoría fueron hombres, como en este trabajo.

Hablando de funciones ejecutivas, ninguna de las medidas en este estudio tuvo una significancia estadística en comparación con los grupos con o sin conducta suicida, a diferencia de estudios como el de Miranda y colaboradores en donde un déficit en la flexibilidad cognitiva es aparente precursor de conductas suicidas²⁷. Allen y colaboradores, por otro lado, encontraron que el control inhibitorio se encontraba alterado en las personas con conducta suicida⁴⁵. Las probables razones por las cuales la flexibilidad cognitiva se relaciona con las NSSI son diversas. Primero, el aumento de la flexibilidad cognitiva puede ser útil para que las personas desvíen el enfoque de los estímulos desencadenantes emocionales y así evitar las autolesiones⁴⁶, aumentando la probabilidad de que un individuo utilice estrategias de regulación de las emociones y cambie sus paradigmas cognitivos como conductuales en lugar de realizar autolesiones.

En cuanto a los métodos utilizados para autolesionarse, la información es escasa^{6,19,31,43,47,48}, sin embargo, la consistencia en los estudios epidemiológicos en donde se menciona este parámetro es relativamente alta⁴⁹. Coincide con nuestros resultados que la mayor parte de los adolescentes que participan de NSSI tienden a cortarse con objetos filosos y pegarse⁵⁰. Es probable que el informe de los diferentes métodos se vea sesgado por la manera en que se obtuvieron las respuestas, ya que no todos los estudios utilizaron algún tipo de escala, sino que usaron preguntas abiertas para identificar este dato. También, no todos los estudios tomaron a todas las maneras de autolesionarse comentadas en el ISAS, debido a que algunos se identificaron como “poco letales”⁵¹.

Es necesario corroborar en estudios posteriores la consideración de las NSSI como una entidad diferente a la conducta suicida, ya que la evidencia muestra que es parte de dicha conducta, al considerarse un factor de riesgo y pronóstico⁵².

CONCLUSIONES

Se identificaron a los adolescentes con autolesiones, con y sin conducta suicida

Se identificaron los motivos por los cuales los adolescentes se realizan autolesiones.

Se registraron los diagnósticos comórbidos presentes en la muestra de adolescentes con autolesiones.

Se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas en la población clínica que presenta autolesiones no suicidas, con y sin conducta suicida.

Ambas poblaciones no difieren en cuanto a diagnósticos y funciones cognitivas, solamente se encontró una diferencia significativa en los que no cuentan con conducta suicida ya que utilizan las autolesiones para regularse emocionalmente.

LIMITACIONES Y CONSIDERACIONES FUTURAS

La información obtenida en este estudio proviene de una muestra clínica, por lo que existe un sesgo relacionado con el tipo de padecimientos o características demográficas en comparación con muestras comunitarias, las cuales se encuentran en la mayoría de los estudios revisados. Además, al tratarse de una condición que puede evolucionar a un intento suicida, un abordaje longitudinal de esta misma muestra podría ser adecuado para evaluar la trayectoria de intento de suicidio de un adolescente y no simplemente su funcionamiento actual. Dado que las variables que se investigan en este estudio no dieron una diferencia significativa en relación a diferenciar a los adolescentes con y sin conducta suicida, valdría la pena ahondar en cuáles son los predictores que identifican qué adolescentes involucrados en NSSI pasan a actuar sobre estos pensamientos de suicidio y hacen un intento, de tal suerte que esto contribuya a identificar y emplear tales factores para guiar en última instancia las decisiones de tratamiento, como la necesidad de enfoques cognitivos específicos dirigidos a la ideación.

REFERENCIAS

1. Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. En: Nock MK, editor. *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2009 [citado el 19 de julio de 2021]. p. 9–18. Disponible en: <http://content.apa.org/books/11875-001>
2. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. el 19 de noviembre de 2019;16(22):4581.
3. Stewart JG, Esposito EC, Glenn CR, Gilman SE, Pridgen B, Gold J, et al. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *J Psychiatr Res*. enero de 2017;84:105–12.
4. Nock M, Joinerjr T, Gordon K, Lloydrichardson E, Prinstein M. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. el 30 de septiembre de 2006;144(1):65–72.
5. Balázs J, Győri D, Horváth LO, Mészáros G, Szentiványi D. Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2018;18(1):34.
6. Nock MK. Why Do People Hurt Themselves?: New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Dir Psychol Sci*. abril de 2009;18(2):78–83.
7. American Psychiatric Association, editor. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
8. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. agosto de 2012;32(6):482–95.
9. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Study. *Adolesc PSYCHIATRY*. 2011;50(8):10.
10. Garrison CZ, Addy CL, McKeown RE, Cuffe SP, Jackson KL, Waller JL. Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *J Child Fam Stud*.

- diciembre de 1993;2(4):339–52.
11. Tang J, Yu Y, Wu Y, Du Y, Ma Y, Zhu H, et al. Association between Non-Suicidal Self-Injuries and Suicide Attempts in Chinese Adolescents and College Students: A Cross-Section Study. Syed EU, editor. PLoS ONE. el 8 de abril de 2011;6(4):e17977.
 12. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* junio de 2010;178(1):101–5.
 13. Wilkinson P, Psych MRC, Roberts C, Goodyer I. Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry.* 2011;7.
 14. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in Nonsuicidal Self-Injury: Identification and Features of Latent Classes in a College Population of Emerging Adults. *J Clin Child Adolesc Psychol.* el 7 de octubre de 2008;37(4):725–35.
 15. Roca M, del Amo ARL, Riera-Serra P, Pérez-Ara MA, Castro A, Roman Juan J, et al. Suicidal risk and executive functions in major depressive disorder: a study protocol. *BMC Psychiatry.* diciembre de 2019;19(1):253.
 16. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2015;2(1):2.
 17. Son Y, Kim S, Lee JS. Self-Injurious Behavior in Community Youth. *Int J Environ Res Public Health.* el 17 de febrero de 2021;18(4):1955.
 18. Wong JPS, Stewart SM, Ho SY, Lam TH. Risk Factors Associated with Suicide Attempts and Other Self-injury Among Hong Kong Adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* agosto de 2007;37(4):453–66.
 19. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström Ö, Svedin CG. Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *J Abnorm Child Psychol.* julio de 2013;41(5):759–73.
 20. Kim KL, Galvan T, Puzia ME, Cushman GK, Seymour KE, Vanmali R, et al. Psychiatric and Self-Injury Profiles of Adolescent Suicide Attempters versus Adolescents Engaged in Nonsuicidal Self-Injury. *Suicide Life Threat Behav.* febrero de 2015;45(1):37–50.

21. Bredemeier K, Miller IW. Executive function and suicidality: A systematic qualitative review. *Clin Psychol Rev.* agosto de 2015;40:170–83.
22. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognit Psychol.* agosto de 2000;41(1):49–100.
23. Doebel S. Rethinking Executive Function and Its Development. *Perspect Psychol Sci.* julio de 2020;15(4):942–56.
24. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* marzo de 2017;19(3):20.
25. Nilsson M, Lundh Lg, Westrin Å, Westling S. Executive functioning in psychiatric patients with deliberate self-harm, as compared with a psychiatric and a healthy comparison group. *J Clin Exp Neuropsychol.* el 5 de mayo de 2021;1–13.
26. Fikke LT, Melinder A, Landrø NI. Executive functions are impaired in adolescents engaging in non-suicidal self-injury. *Psychol Med.* marzo de 2011;41(3):601–10.
27. Miranda R, Gallagher M, Bauchner B, Vaysman R, Marroquín B. Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history: Cognitive Inflexibility and Suicidal Behavior. *Depress Anxiety.* marzo de 2012;29(3):180–6.
28. Dixon-Gordon KL, Gratz KL, McDermott MJ, Tull MT. The role of executive attention in deliberate self-harm. *Psychiatry Res.* agosto de 2014;218(1–2):113–7.
29. Fernández-Sevillano J, González-Pinto A, Rodríguez-Revuelta J, Alberich S, González-Blanco L, Zorrilla I, et al. Suicidal behaviour and cognition: A systematic review with special focus on prefrontal deficits. *J Affect Disord.* enero de 2021;278:488–96.
30. Fernández-Sevillano J, Alberich S, Zorrilla I, González-Ortega I, López MP, Pérez V, et al. Cognition in Recent Suicide Attempts: Altered Executive Function. *Front Psychiatry.* el 22 de julio de 2021;12:701140.
31. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess.* septiembre de 2009;31(3):215–9.
32. Sheehan DV. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The

- Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. :12.
33. Weintraub S, Dikmen SS, Heaton RK, Tulsky DS, Zelazo PD, Bauer PJ, et al. Cognition assessment using the NIH Toolbox. *Neurology*. el 12 de marzo de 2013;80(Issue 11, Supplement 3):S54–64.
 34. Tatnell R, Hasking P, Newman L, Taffe J, Martin G. Attachment, Emotion Regulation, Childhood Abuse and Assault: Examining Predictors of NSSI Among Adolescents. *Arch Suicide Res*. el 2 de octubre de 2017;21(4):610–20.
 35. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *J Youth Adolesc*. marzo de 2010;39(3):233–42.
 36. Cohen JN, Stange JP, Hamilton JL, Burke TA, Jenkins A, Ong ML, et al. The interaction of affective states and cognitive vulnerabilities in the prediction of non-suicidal self-injury. *Cogn Emot*. el 3 de abril de 2015;29(3):539–47.
 37. Fan Y yang, Liu J, Zeng Y yan, Conrad R, Tang Y lang. Factors Associated With Non-suicidal Self-Injury in Chinese Adolescents: A Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. el 30 de noviembre de 2021;12:747031.
 38. García-Nieto R, Carballo JJ, Díaz de Neira Hernando M, de León-Martínez V, Baca-García E. Clinical Correlates of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in an Outpatient Sample of Adolescents. *Arch Suicide Res*. el 3 de abril de 2015;19(2):218–30.
 39. Jacobson CM, Gould M. The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Arch Suicide Res*. el 21 de marzo de 2007;11(2):129–47.
 40. Kuposov R, Stickley A, Ruchkin V. Non-Suicidal Self-Injury Among Incarcerated Adolescents: Prevalence, Personality, and Psychiatric Comorbidity. *Front Psychiatry*. el 19 de mayo de 2021;12:652004.
 41. Lofthouse N, Yager-Schweller J. Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Curr Opin Pediatr*. octubre de 2009;21(5):641–5.
 42. Nock M, Joinerjr T, Gordon K, Lloydrichardson E, Prinstein M. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. el 30 de septiembre de 2006;144(1):65–72.
 43. Poudel A, Lamichhane A, Magar KR, Khanal GP. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors.

- BMC Psychiatry. diciembre de 2022;22(1):96.
44. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychol Bull.* 2013;139(1):81–132.
 45. Allen KJD, Hooley JM. Inhibitory control in people who self-injure: Evidence for impairment and enhancement. *Psychiatry Res.* febrero de 2015;225(3):631–7.
 46. Wolff J, Frazier EA, Esposito-Smythers C, Burke T, Sloan E, Spirito A. Cognitive and Social Factors Associated with NSSI and Suicide Attempts in Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* agosto de 2013;41(6):1005–13.
 47. Klonsky ED, Glenn CR, Styer DM, Olin TM, Washburn JJ. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* diciembre de 2015;9(1):44.
 48. Nock MK, Prinstein MJ. A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(5):885–90.
 49. Ammerman BA, Hong M, Sorgi K, Park Y, Jacobucci R, McCloskey MS. An examination of individual forms of nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Res.* agosto de 2019;278:268–74.
 50. Park HY, Kim YC, Park SC, Cho YJ, Sur YJ. Comparison of the demographic and wound characteristics of non-suicidal and suicidal self-wrist cutting injuries. *Medicine (Baltimore).* febrero de 2020;99(8):e19298.
 51. Plener PL, Bubalo N, Fladung AK, Ludolph AG, Lulé D. Prone to excitement: Adolescent females with non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Res Neuroimaging.* agosto de 2012;203(2–3):146–52.
 52. Turner BJ, Helps CE, Ames ME. Stop self-injuring, then what? Psychosocial risk associated with initiation and cessation of nonsuicidal self-injury from adolescence to early adulthood. *J Psychopathol Clin Sci.* enero de 2022;131(1):45–57.

ANEXOS

Anexo 1 - Carta de aprobación de proyecto general, por el Comité Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Oficio: DI/CI/910/0914
Dictamen: Aprobación
México, D.F., a 1 de Septiembre de 2014

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Presente

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado “**Diferencias en el perfil de funciones ejecutivas en adolescentes con y sin autolesiones**” registrado en esta División de Investigación con la clave **IT3/01/0714**, ha sido dictaminado como: **Aprobado con algunas modificaciones menores** mismas que deberán entregar con texto en rojo, en forma impresa y electrónica, en un plazo no mayor a 15 días, posteriores a la fecha de recepción de este documento, para ser evaluado de manera expedita por el comité y pueda ser evaluado por el comité de ética. Entregar una copia del presente a sus tutores y debe entregar cada 6 meses (**mayo y noviembre**) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de **Noviembre** en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.

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

- Especificar de qué autores proviene el esquema que presenta en la página 5 de su proyecto en relación a las funciones ejecutivas.
- Cuál es la validez del instrumento que va a utilizar
- A pesar de que el instrumento no está adaptado a la población mexicana y no se cuenta con los parámetros psicométricos, es deseable que lo aplique y lo explore con la muestra que va a trabajar
- Las correcciones que se dieron en el dictamen anterior deberá incluir junto con estas en formato Word y en rojo para que los vocales que evaluarán su proyecto de forma expedita puedan localizarlas rápidamente

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente



Dra. Alma Delia Genis Mendoza
Presidenta del Comité de Investigación



Mtra. Lucia Arciniega Buenrostro
Secretaria

C.c.p. Pablo Adolfo Mayer Sierra. Investigador externo, Maestría en Ciencias Médicas, UNAM-INPRF. Presente
Registro de productividad, HPIDJNN. Presente
Archivo

Anexo 2 - Carta de aprobación para el proyecto actual, por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Ciudad de México a 01 de febrero de 2022
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/015/2022
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
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: *“Diferencias en el perfil de funciones ejecutivas en adolescentes con y sin autolesiones”*.

Clave de registro: IT3/01/0714.

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

Título: *“Estudio comparativo de los diagnósticos, funciones ejecutivas, métodos y razones para autolesionarse de adolescentes con y sin conducta suicida”*.

Clave de registro: IT3/01/0714/Tb

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: **Elsa Elena Vega Escobedo.**

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 (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 Zavaleta Ramírez

ccp. Archivo de la división de investigación.



Anexo 3 - Inventario de creencias acerca de autolesiones (ISAS)

SECCIÓN I CONDUCTAS

Este cuestionario pregunta acerca de una variedad de autolesiones no suicidas. Por favor marca las conductas que hayas hecho a propósito y sin querer suicidarte.

1.- Por favor estima el número de veces que en tu vida has realizado cada tipo de autolesiones no suicidas a propósito:

| | |
|---|-------|
| Cortarse | _____ |
| Rascarse muy fuerte | _____ |
| Morderse | _____ |
| Azotarse o golpearse | _____ |
| Quemarse | _____ |
| Interferir con la curación de heridas (ej., quitarse costras) | _____ |
| Frotar la piel contra superficies ásperas | _____ |
| Pellizcarse | _____ |
| Clavarse agujas | _____ |
| Jalarse el cabello | _____ |
| Deglutir sustancias peligrosas | _____ |

Importante: Si has realizado una o más de las autolesiones enlistadas arriba, por favor completa la parte final de este cuestionario. Si no has realizado alguna de las autolesiones enlistadas arriba terminaste con este cuestionario y debes continuar con el siguiente.

- | | |
|---|-------|
| 2. ¿A que edad te autolesionaste por primera vez? | _____ |
| 3. ¿Cuándo fue la última vez que te autolesionaste? | _____ |
| 4. ¿Experimentas dolor físico cuando te autolesionas? | Si No |
| 5. ¿Quieres dejar de autolesionarte? | Si No |

SECCIÓN II FUNCIONES

Instrucciones

Este inventario fue escrito para ayudarnos a entender mejor las autolesiones no suicidas. Abajo hay una lista de creencias que pueden o no ser relevantes para tu experiencia con las autolesiones.

- Circula 0 si la creencia no es importante para ti
- Circula 1 si la creencia es algo importante para ti
- Circula 2 si la creencia es muy importante para ti

| “Cuando me estoy autolesionando me estoy ... | Respuesta | | |
|--|-----------|---|---|
| 1. ... calmando | 1 | 2 | 3 |
| 2. ... creando un límite entre los demás y yo | 1 | 2 | 3 |
| 3. ... castigando | 1 | 2 | 3 |
| 4. ... causando dolor para dejar de sentirme apagado | 1 | 2 | 3 |
| 5. ... haciendo algo para producirme excitación o euforia | 1 | 2 | 3 |
| 6. ... creando lazos con mis compañeros | 1 | 2 | 3 |
| 7. ... creando una señal de que me siento muy mal | 1 | 2 | 3 |
| 8. ... vengando de alguien | 1 | 2 | 3 |
| 9. ... liberando una presión emocional que se creó dentro de mi | 1 | 2 | 3 |
| 10. ... demostrando que soy diferente a otras personas | 1 | 2 | 3 |
| 11. ... expresando enojo conmigo mismo por ser estúpido o porque no valgo | 1 | 2 | 3 |
| 12. ... tratando de sentir algo, aunque sea dolor físico | 1 | 2 | 3 |
| 13. ... entreteniendo a los demás haciendo algo extremo | 1 | 2 | 3 |
| 14. ... acoplándome con otros | 1 | 2 | 3 |
| 15. ... buscando cuidado o ayuda de otros | 1 | 2 | 3 |
| 16. ... comprobando que mi dolor emocional es real | 1 | 2 | 3 |
| 17. ... reduciendo la ansiedad frustración, enojo u otras emociones que me abruman | 1 | 2 | 3 |
| 18. ... reaccionando al sentirme infeliz o disgustado conmigo mismo | 1 | 2 | 3 |
| 19. ... asegurándome que estoy vivo cuando no me siento yo | 1 | 2 | 3 |
| 20. ... empujando mis límites en una manera extrema | 1 | 2 | 3 |
| 21. ... creando un símbolo de pertenencia con mis amigos o seres queridos | 1 | 2 | 3 |
| 22. ... evitando que un ser querido me abandone | 1 | 2 | 3 |
| 23. ... señalando la angustia emocional que estoy experimentando | 1 | 2 | 3 |
| 24. ... tratando de lastimar a alguien cercano a mi | 1 | 2 | 3 |

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

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

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

Versión en Español:

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

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

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

La MINI para adultos está disponible:

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

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

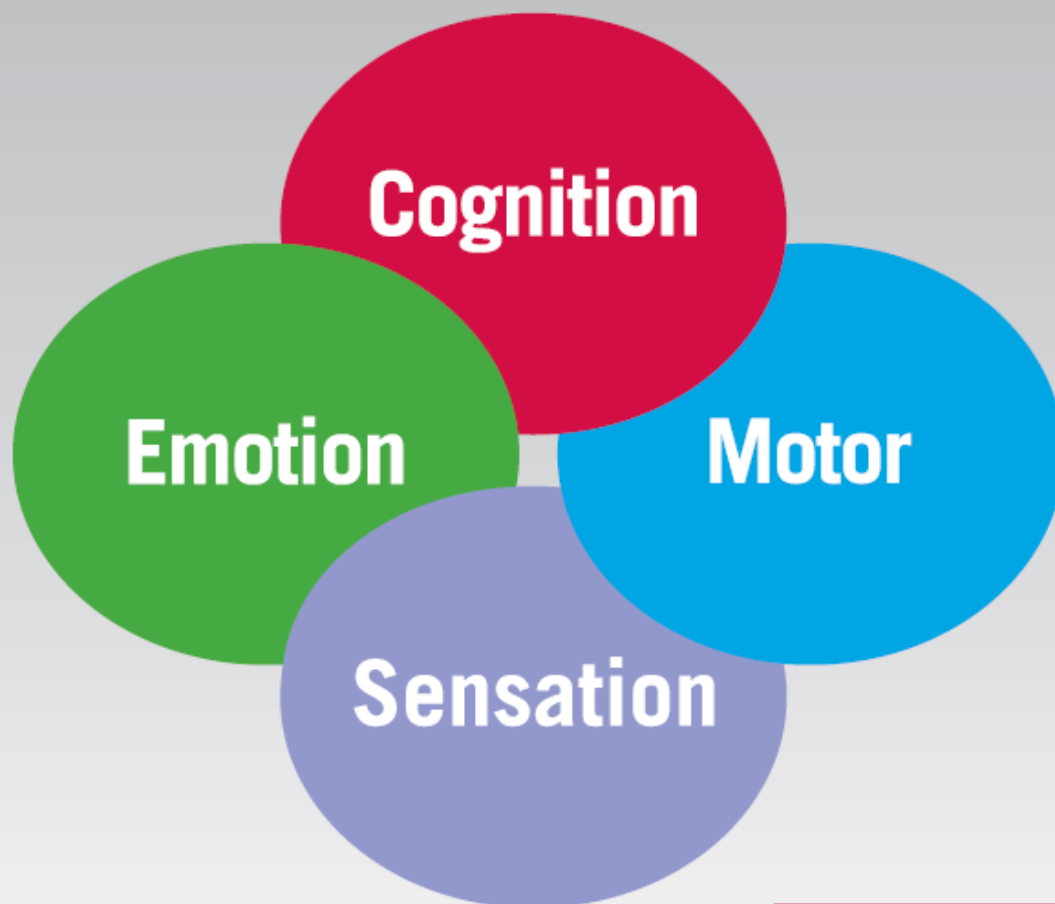
- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamiento

Anexo 5 - NIH Toolbox cognitive battery



For Assessment of Neurological
and Behavioral Function®

NIH Toolbox® is a multi-dimensional set of brief, royalty-free measures to assess cognitive, sensory, motor and emotional function that can be administered in two hours or less across diverse study designs and settings.



Available for use on iPad

**Four domain level
batteries available in
English and Spanish**

**Developed by more
than 250 contributing
scientists at 80 institutions**

**Individual measures
nationally normed
for ages 3-85**

Anexo 6 - Carta de aprobación del proyecto general por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



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

5 de Noviembre de 2014

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Investigadora principal.

Por medio de la presente me es grato comunicarle que, posterior a la constatación de las modificaciones sugeridas por el pleno del Comité de Ética en Investigación de los documentos pertinentes (consentimientos y asentimientos) derivados del proyecto *Diferencias en el perfil de funciones ejecutivas en adolescentes con y sin autolesiones*; con registro IT3/01/2014; del cual usted es la investigadora responsable. Se aprueba su uso.

Le deseamos el mejor de los resultados en el desarrollo de su proyecto, y le recordamos que al ser usted la investigadora responsable, es importante supervise el adecuado proceder de sus estudiantes y colaboradores en materia de Ética en Investigación, principalmente en el manejo de los expedientes institucionales.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”

c.c.p. Comité de Investigación
c.c.p. Archivo

Anexo 7 - Carta de aprobación del proyecto actual por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de ética en Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”

Ciudad de México, 15 de marzo del 2022

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-DA-14-2022

ELSA ELENA VEGA ESCOBEDO

TESISTA

Presente

Por medio de la presente, hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: “ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS DIAGNÓSTICOS, FUNCIONES EJECUTIVAS, MÉTODOS Y RAZONES PARA AUTOLESIONARSE DE ADOLESCENTES CON Y SIN CONDUCTA SUICIDA”, con clave de registro: IT3/01/0714/Tb

Por lo que se extiende la presente, de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

c.c.p. Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente Archivo, HPIJNN-Presente

