



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina  
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Titulo:

**PREVALENCIA DE AUTOLESIONES EN  
PERSONAS RECLUSAS EN EL CENTRO VARONIL  
DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CEVAREPSI)  
DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Presenta la Tesis para obtener el  
Diploma de Especialista en Psiquiatría:

Dr. Abraham Vázquez Torres

Nombre del Asesor Teórico: Dr. Fernando López Munguía

Nombre de Asesor Metodológico: Dra. Lina Díaz Castro

*Ciudad de México a 14 de junio del 2022*



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.

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>7</b>
<b>Método</b>	<b>29</b>
- <b>Justificación</b>	<b>29</b>
- <b>Planteamiento del problema</b>	<b>30</b>
- <b>Pregunta de investigación</b>	<b>31</b>
- <b>Objetivos</b>	<b>31</b>
- <b>Hipótesis</b>	<b>31</b>
- <b>Variables</b>	<b>32</b>
- <b>Muestreo</b>	<b>32</b>
- <b>Sujetos</b>	<b>33</b>
- <b>Criterios de selección</b>	<b>33</b>
- <b>Alcance del estudio</b>	<b>34</b>
- <b>Instrumentos</b>	<b>34</b>
- <b>Procedimiento</b>	<b>38</b>
<b>Consideraciones éticas</b>	<b>38</b>
<b>Análisis estadístico</b>	<b>39</b>
<b>Resultados</b>	<b>40</b>
<b>Discusión</b>	<b>55</b>
<b>Conclusión</b>	<b>58</b>
<b>Cronograma</b>	<b>59</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>60</b>
<b>Anexos</b>	<b>67</b>

## **RESUMEN:**

**Introducción:** El comportamiento autolesivo es altamente prevalente en la población general, sin embargo, no se ha estimado entre las personas en situación de reclusión de nuestro país, dicha población presenta una mayor carga de psicopatología, sobre todo en la esfera de la ansiedad y la depresión, pero también un alto índice de trastornos de la personalidad y la dificultad para el control de impulsos, por lo que es fundamental encontrar la relación entre las autolesiones y el riesgo suicida de esta población. **Objetivo:** Identificar la prevalencia y características asociadas de las autolesiones en personas en situación de reclusión en el centro varonil de rehabilitación psicosocial (CEVAREPSI). **Material y métodos:** Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se obtendrán a través de un muestreo aleatorio simple, con un tamaño de muestra de 115 participantes y se les aplicara el Cuestionario de Autolesiones en español y la Escala de ideación suicida de Beck. **Resultados:** Se encontró que el 30.8% alguna vez ha pensado en lastimarse, así mismo el 34.6% ha pensado en suicidarse y el 31.8% se ha lastimado. **Conclusiones:** El objetivo de este estudio se logró. Se demostró que la prevalencia de conducta autolesiva es mayor en población en situación de reclusión, como la que se encuentra en el CEVAREPSI que en la población general, obteniendo como resultado principal que el 31.8% de dicha población se ha lastimado, en comparación con la prevalencia de la población general en México que oscila entre 5.5 -13.4%

**Palabras clave:** Autolesiones, Suicidio, Población penitenciaria, Salud mental.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mis padres y a mi hermano por ser el pilar de mi vida y nunca dejar que me rinda ni que me dé por vencido.

A mis tutores Dra. Lina Díaz, Dra. Miriam Arroyo y Dr. López Munguía por sus enseñanzas, su determinación, su asesoramiento y su compromiso.

A las autoridades y al personal del CEVAREPSI por hacer posible esta investigación.

A Dios y a nuestro señor Jesucristo.



## **INTRODUCCIÓN:**

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) definen las autolesiones como cualquier acción que una persona haga intencionalmente que pueda causarle lesiones, incluida la muerte. Por ejemplo: Cortarse o Suicidarse. Otras formas de autolesión también pueden causarle daño a la persona, incluida la muerte. Estos comportamientos podrían ser de naturaleza involuntaria. A menudo son repetitivos y ocurren como respuesta a algo en el entorno. Otras formas de autolesión incluyen: golpearse la cabeza, morderse, y rasguñarse (1).

De acuerdo al estudio de la Carga Global de Enfermedad (GBD por sus siglas en inglés de Global Burden of Disease), en 2019 a nivel internacional hubo 110,025.32 muertes por autolesiones, con un porcentaje de 0.19% del total de muertes, con un índice de 1.42 por cada 100,000 habitantes. (2) En 2019 en México hubo 1,408.86 muertes por autolesiones con un porcentaje de 0.19% del total de muertes registradas, con un índice de 1.13 muertes por cada 100,000 habitantes, de las cuales 23.18% de las muertes totales fueron hombres y 8.04% fueron mujeres, con una edad promedio de 25 a 29 años de edad (24.56%), (2).

Este tipo de comportamientos es frecuente en ciertos grupos de personas en reclusión. (3) Este hecho es importante porque en la población penitenciaria existe con mayor frecuencia este tipo de conductas que en la población general; esto secundario a distintos factores que explican esta conducta. Por una parte, es una población con una mayor carga de psicopatología, sobre todo en la esfera de la ansiedad y la depresión, pero también de la psicopatía y la dificultad para el control de impulsos, todos ellos factores relacionados con el comportamiento autolesivo (3).

Son escasos los instrumentos que evalúan autolesión en población hispanohablante, y de los existentes hay pocas evidencias de su validez y confiabilidad. En mexicanos se ha empleado por ejemplo la cédula de autolesión (Marín, 2013); sin embargo, sin reporte de las propiedades psicométricas; de igual manera se ha utilizado el Inventario de autolesión deliberada (Deliberate Self-Harm Inventory, DSHI), pero también se carece de información relacionada con el proceso de validación y confiabilidad. Otro instrumento utilizado es el Self-Harm Questionnaire (cuestionario de autolesión), que sí tiene propiedades psicométricas adecuadas, además de explorar otras áreas, como la afectiva y el consumo de sustancias.

Las personas en situación de reclusión comúnmente experimentan angustia psicológica, entre otros trastornos mentales, en los que actualmente faltan intervenciones para abordarlos. A pesar del alto nivel de necesidad, con frecuencia, estos trastornos no se diagnostican adecuadamente y se tratan mal, presentando a su vez una gran discriminación por parte de la sociedad. Esto somete a la persona en situación de reclusión a una sobrecarga emocional que facilitará la aparición de desajustes en su conducta en el mejor de los casos, cuando no la manifestación de comportamientos francamente patológicos, sobre todo si previamente ya contaba con antecedentes psicológicos, en el momento de la entrada en prisión.

Las personas en situación de reclusión con trastornos mentales graves encuentran múltiples dificultades en su reinserción psicosocial. En primera, usualmente carecen de apoyo familiar, social, y falta de empleo. En las personas en situación de reclusión, su propio trastorno mental les impide una adecuada adaptación a prisión,

lo que conlleva en buena medida a la falta de socialización con otras personas o una adecuada cooperación con el personal.

Esta investigación tiene la finalidad de analizar las características asociadas en las autolesiones en personas en situación de reclusión del centro varonil de rehabilitación psicosocial CEVAREPSI, así como los factores asociados a este tipo de conducta. De igual manera proporcionará la información necesaria para la identificación rápida y oportuna de personas en reclusión con tendencia a autolesionarse para una adecuada atención psiquiátrica, evitar complicaciones e inclusive tratar de disminuir la intencionalidad suicida. De igual forma, derivado de los resultados de esta investigación, se podrán desarrollar una serie de recomendaciones que ayuden a una adecuada atención de la patología psiquiátrica de dichas personas.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Definiciones**

La autolesión, llamada también “automutilación”, “autoherirse” o “autodañarse”, es definida por varios autores, todos ellos lo acotan como un comportamiento intencional de herirse a sí mismo, haciéndose daño físico en su propio cuerpo, con lo que se intenta cambiar el estado de ánimo, en donde la sensación de irrealidad y de vacío, al producirse un adormecimiento de las emociones y un fenómeno de despersonalización al no poder expresarse verbalmente, está presente. Estas conductas les sirven a las personas como mecanismo de autorregulación para una mejor adaptación dentro del entorno. De estas conductas quedan excluidos los

actos de excitación sexual y métodos indirectos, como alteraciones en la alimentación y abuso de sustancias tóxicas para el organismo, así como las prácticas y rituales culturales. La exclusión en esa conceptualización de las autolesiones culturalmente establecidas obedece a que estas prácticas sociales son acostumbradas por varias generaciones de una misma cultura y, si bien es frecuente que sean de la misma naturaleza de daño físico, están encuadradas en un contenido de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros. Estas prácticas en su mayoría tienen un importante simbolismo, por lo tanto, no se consideran como transgresiones o medios distorsionados de la expresión de la subjetividad personal. Actualmente existe una definición de autolesión donde se menciona que su intención es reducir el sentimiento de angustia, infligir autocastigo y/o ser una señal de la necesidad de ayuda para el desarrollo de una identidad y poder de adaptación dentro de los patrones sociales. La autolesión no suicida es deliberada y no contiene ningún deseo de morir, por lo tanto, es parcialmente diferente al comportamiento suicida (4).

Las conductas autolesivas consisten en realizarse daño físico sin intención suicida inicial. Hay una amplia diversidad clínica de este grupo de comportamientos y a nivel psíquico se considera que estas conductas de daño son un método inconsciente de expresión y alivio al sufrimiento psicológico, por lo tanto, pueden en un momento considerarse como un síntoma predictor de un acto suicida (5).

### **Antecedentes Históricos**

El precursor de la investigación sobre la autolesión es K. A. Menninger, que en 1938 manejó el término “suicidio focal”, ya que la conducta de la autolesión era observada

como un paradigma de compromiso para las personas que tenían deseos de matarse.

Esta conceptualización resultó en grandes confusiones al identificar que la autolesión no era un intento de suicidio, sino, más bien, un mecanismo para autoaliviarse. Menninger explicaba que la autolesión es una estrategia, como una compulsión, que mantiene la ansiedad de los autolesionadores en un nivel manejable y que previene que los recuerdos dolorosos salgan a la superficie o aparezcan (6).

En 1970 se avanzó sobre este concepto cuando teóricos de Gran Bretaña defendieron que la autolesión merecía una identidad propia. En ese orden, la gravedad de la autolesión como una alteración psicológica no podía estar en discusión, ya que se había enfrentado como un comportamiento peligroso que contiene un riesgo activo por su gradual crecimiento. Las personas que se autolesionan, pueden llegar a perder su habilidad de funcionar de manera normal, a convertirse en menos productivos y a que sus relaciones con otras personas se desintegren (6).

### **Epidemiología en población general**

A nivel mundial las prevalencias de las autolesiones se han estimado de un 17.2% en los adolescentes, hasta un 13.4% en adultos jóvenes, y un 5.5% entre los adultos. Diferentes estudios han encontrado correlaciones entre las autolesiones y diferentes problemáticas, como depresión, ansiedad e impulsividad. Aunque las autolesiones y los intentos suicidas no son el mismo fenómeno, diferentes estudios

han descubierto importantes relaciones, incluido el hecho de que las autolesiones ponen en mayor riesgo de intentar suicidarse respecto aquellas personas que no se autolesionan. La mayor parte de los datos disponibles sobre autolesiones son de países desarrollados, como Estados Unidos, Canadá, Japón o países europeos mientras que la información sobre países latinoamericanos y México en particular es escasa, con pocos estudios en nuestro país que mencionan esta problemática. Uno de los retos para poder desarrollar la investigación en México sobre esta problemática es la falta de instrumentos confiables y válidos para poder detectar y medir las autolesiones en la población mexicana, así como las motivaciones o funciones que refieran las personas para autolesionarse, las cuales podrían proporcionar información útil para la prevención e intervención de las autolesiones (6).

Las personas con trastornos mentales no buscan atención médica debido a estigma o falta de disponibilidad de servicios de atención de salud mental. En países como México (países de ingresos medio-bajos), la brecha de tratamiento para los Trastornos Mentales Graves (TMG) es de 80%, en contraste con 40% existente en países de ingresos altos. En la región de las Américas, la brecha de tratamiento más alta para los TMG es la de Mesoamérica (77.4%) y la más baja la de Norteamérica (40.5%), lo que demuestra que la brecha de tratamiento sigue siendo un problema de salud pública (8).

Actualmente, existen múltiples barreras para brindar una atención de salud mental eficaz en México. Primero, es un país extenso y densamente poblado con un sistema de salud desigual y fragmentado. Un ejemplo es la distribución reducida y

desigual de humanos especializados recursos en salud mental. Hay 3,71 psiquiatras por 100 000 habitantes centralizados en los tres principales estados del país. Solo más del 50% de los psiquiatras trabajan en el sector de la salud pública y principalmente en los hospitales psiquiátricos, lo que resulta en recursos humanos especializados limitados dentro de los hospitales generales y casi inexistentes en la atención primaria de salud (9).

En México se realizó una primera investigación sobre la autolesión deliberada en una muestra de escolares y se detectaron como los síntomas más representativos los siguientes: cortarse la piel con objetos filosos, quemarse la piel con un cigarro, introducirse una aguja, alfiler, grapa u otro objeto en la piel, no dejando que una herida se cure y/o intoxicarse con veneno, gas u otra sustancia (10,11, 12).

En otra investigación se ha encontrado que la mayoría de las personas que se autolesionan suelen usar más de un método. Estos hallazgos se corroboraron posteriormente determinando una prevalencia para México de 5,60 % en los adolescentes, con una edad promedio de inicio de 11,9 años, aunque se detectó que podía presentarse, incluso, desde la edad de 6 años. Ahora bien, esa prevalencia aumenta a 17,10 % si se consideran las conductas repetitivas que los adolescentes no consideran como autolesiones graves. Sin embargo, un estudio más reciente en población escolarizada de la Ciudad de México desarrollado en 2016, reportó que el 27,90 % de los adolescentes se autolesionan. Al igual que lo reportado en otros países y en estudios previos. Las mujeres presentaron una mayor frecuencia de realización de tales conductas (10,11, 12).

## **Clasificación de las autolesiones**

Hay 2 tipos de comportamientos autolesivos básicos: autolesión suicida y autolesión no suicida. La autolesión no suicida está definida como la destrucción deliberada y autoinfligida de tejido corporal sin intención suicida y con fines no sancionados socialmente. La autolesión se puede dividir debido a sus características y formas (13).

Conterio (1999), ha clasificado las intenciones de la autolesión bajo dos categorías: el propósito analgésico o curativo y el comunicativo. El propósito analgésico o curativo es referido a la tranquilidad física que se percibe con la autolesión, a partir de la sensación de vínculo entre mente y cuerpo que este acto ofrece. Obtener una sensación de control y elevación moral ayuda a que las personas se sientan limpias, como si eliminaran toxinas emocionales que creen escondidas dentro de su cuerpo (14).

El propósito comunicativo, como segunda categoría, se origina cuando las personas se autolesionan para simbolizar su estado emocional y expresar sus necesidades y deseos. A su vez, lo usan para comunicarse consigo mismos, como un autocastigo por haber hecho algo mal. Por ejemplo, a menudo se tallan palabras en la piel como calificativos negativos para transmitir las emociones que tienen sobre sí. El propósito también incluye la idea de comunicarse con otras personas, ya sea como un acto vengativo, una manifestación de abuso causado con anterioridad o un desesperado pedido de auxilio y compasión.

Por otra parte, para Grube (15) las autolesiones consisten en:

- Insultarse y despreciarse constantemente
- Autocríticas destructivas
- Autoevaluaciones negativas
- Autolesiones
- Autosabotaje
- Dejar de hacer cosas agradables
- Autodegradarse y complacerse con estímulos dolorosos
- Intentos suicidas

En 1996, Favazza (16) presentó un sistema de clasificación de autolesiones más amplia. Estaba dividida en categorías, subcategorías y subtipos:

- Autolesión culturalmente sancionada.
- Autolesión patológica.
- Autolesión mayor.
- Estereotípica.
- Superficial/moderada.
- Compulsivo.
- Episódico.
- Repetitivo.

En la autolesión patológica existen tres subcategorías, mismas que están en relación al grado de destrucción del tejido y el esquema o patrón del comportamiento. Dentro de la autolesión mayor se encuentran algunas de las formas más severas de automutilación como: enucleación de ojos, castración,

amputación de una extremidad o comerse la propia carne; estos comportamientos suelen ser desordenados y con una destrucción significativa del tejido corporal. La autolesión mayor está comúnmente asociada con la psicosis (episodios agudos psicóticos, esquizofrenia, manía y depresión) y con la intoxicación por drogas. (16)

La categoría denominada estereotípica incluye comportamientos que son monótonos y repetitivos y a veces con patrones rítmicos. Algunos actos estereotípicos son: extracción de dientes, presionarse los ojos, golpes continuos de la cabeza, morderse o dislocarse una articulación. No es común encontrar un significado simbólico, un contenido racional o un afecto asociado a estas acciones, las que, a diferencia de otros tipos de autolesión, ocurren en presencia de observadores.

Las personas que se autolesionan, típicamente al parecer, son impulsados por un factor biológico primario de herirse sin temor y sin culpa. Este tipo de comportamiento frecuentemente es reportado en pacientes hospitalizados con retardo mental o autismo. (16)

El último tipo de autolesión es la superficial/moderada, la que se refiere a acciones eventuales o repetitivas de baja mortalidad y restringida lesión a nivel de piel. Es la más común de las categorías y en ella están incluidos comportamientos tales como cortarse y quemarse. En contraste con las personas con autolesiones de tipo estereotípica, esta categoría es escasa de ritmo, usualmente tiene un referente simbólico y requiere del uso de implementos, como utensilios filosos o fuego.

Dentro de la categoría superficial/moderada, los comportamientos en el subtipo compulsivo ocurren en varias ocasiones a diario y son repetidos en forma de ritual. Sus manifestaciones son arrancarse el cabello, jalarse la piel y rascarse (16).

Además, las personas con comportamientos que suceden de vez en cuando, se clasifican en el subtipo episódico, caracterizado comúnmente por cortarse la piel y quemarse. Dichas personas con comportamientos episódicos no recapacitan sobre este comportamiento, ni tampoco se perciben con una identidad de ser un cortador o quemador. Lo que hacen es que se autolesionan deliberadamente para sentirse mejor y para conseguir una salida rápida a pensamientos y emociones estresantes, de esa manera recobran el sentido de control.

Cada persona tiene un motivo propio que lo lleva a autolesionarse. Favazza (16) ha encontrado diversas razones: liberar tensiones, regresar a la realidad, establecer control, sentir seguridad y unicidad, influenciar en otros, descarga de ira y sensación de equilibrio. La autolesión episódica puede ser encontrada como un síntoma dentro de diagnósticos clínicos, como: trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad antisocial y limítrofe, trastornos disociativos y depresión. El subtipo repetitivo ocurre cuando la autolesión episódica se convierte en una angustiada preocupación para el individuo, este acoge una identidad de cortador o quemador y se describe a sí mismo como un adicto a la autolesión.

No existe un número de autolesiones episódicas que marque el cambio a autolesión repetitiva, en algunas personas puede ocurrir entre los primeros diez episodios y en otros después del décimo. El más común de los comportamientos en el subtipo repetitivo es cortarse la piel, pero no es el único: golpearse, clavarse agujas, interferir en la curación de heridas, rascarse severamente la piel, golpearse la cabeza contra un soporte y romperse huesos, son otras manifestaciones. Este subtipo se encuentra sobre todo asociado a trastornos de impulsividad, abuso de

alcohol, desórdenes alimenticios, trastorno de la personalidad limítrofe, trastorno de estrés postraumático y personalidad antisocial.

La clasificación elaborada por Favazza (16), es la más amplia y más representativa de las categorías de autolesiones, ya que incluye diferentes aristas de la problemática y toma en cuenta la presentación de factores que van desde los psiquiátricos hasta la expresión de una forma de identificación. Se diferencian de la conducta suicida en la intención, repetición y letalidad de las conductas referidas.

### **Características clínicas.**

Las características son refuerzo positivo, adición de estímulo deseado o refuerzo negativo o sustracción de estímulo no deseado. La autolesión se expresa en varias formas, desde relativamente leves, como rascarse, arrancarse el cabello o interferir con la cicatrización de heridas, hasta formas relativamente severas, como cortarse, quemarse o golpear.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), publicado en el año 2013, califica a las autolesiones no suicidas como una entidad separada, entre los trastornos que requieren más investigación. Los criterios propuestos para el DSM-5 incluyen lo siguiente:

1. Lesión autoinfligida intencional realizada con la expectativa de daño físico, pero sin intención suicida, en 5 o más días en el último año.
2. El comportamiento se realiza para al menos 1 de las siguientes razones:
  - para aliviar pensamientos o sentimientos negativos.
  - para resolver un problema interpersonal.
  - causar un sentimiento o emoción positiva.

3. El comportamiento está asociado con al menos uno de los siguientes:
  - pensamientos o sentimientos negativos, o problemas interpersonales que ocurren inmediatamente antes de participar en autolesiones no suicidas
  - preocupación por autolesiones no suicidas que es difícil de resistir.
  - necesidad frecuente de participar en autolesiones no suicidas.
4. El comportamiento no está sancionado socialmente y es más significativo que morderse las uñas o rascarse una costra.
5. El comportamiento causa malestar clínicamente significativo o discapacidad.
6. El comportamiento no ocurre exclusivamente en el contexto de otro trastorno y no puede explicarse por otro trastorno mental o médico. (17)

### **Factores determinantes de las conductas autolesivas.**

#### **Factores biológicos.**

Una hipótesis neurológica investigada afirma que la autolesión puede ser el resultado de una disminución de los neurotransmisores cerebrales que ayudan a regular las emociones. El nivel de serotonina bajo parece estar comprometido en este comportamiento. Se sabe que la serotonina facilita el transporte de impulsos entre algunos nervios en un área del cerebro llamada nuclei raphe (núcleos del rafe; agregados celulares de neuronas que conforman la columna medial del tallo encefálico).

Esta estructura realiza la función de regular la impulsividad y la agresión. Otros neurotransmisores que parecen interferir en la autolesión son los opioides. Entre sus acciones están la regulación de emociones y la supresión del dolor.

Demostrando que los opioides en general tienen un resultado placentero, entonces las personas se lastiman a sí mismos para estimular la producción de estos. Esta suposición hace alusión al modelo de la auto adicción, donde el dolor, asociado a la autolesión, tiene un efecto analgésico de aliviar y liberar el malestar, como también de ofrecer sensaciones placenteras. En ese sentido, las personas aprenden a asociar la autolesión con sentimientos positivos y cada vez que se sienten disgustados se cortan o se queman para sentirse mejor (18,19).

Queda al descubierto, entonces, que una vez que el comportamiento se ha iniciado, las endorfinas que son liberadas a partir de la autolesión se pueden convertir en adictivas. En algunos casos el suicidio o muerte puede considerarse como una sobredosis para el habitual comportamiento autolesivo. Desde este enfoque biológico se ha fundamentado que la autolesión puede estar asociada a un problema orgánico, ya sea en la química del cuerpo o en los genes.

Ninguna teoría puede ser tomada como la causa exacta de este comportamiento, pero hay evidencias que ciertas personas poseen una mayor predisposición a ser emocionalmente hipersensibles, es decir tienen una mayor vulnerabilidad biológica o genética.

Desde este enfoque también se indaga la relación existente entre alteración de la percepción del dolor y conductas autolesivas. A través de estudios desarrollados con animales se obtuvo que los primates criados en ambientes de privación social (sin madres o congéneres) eran susceptibles al desarrollo de conductas autolesivas. Por otra parte, se reporta que un 99,01 % de las personas que se autolesionaba presentaba alguna de las siguientes patologías: depresión, desorden de la

personalidad, síndrome de estrés postraumático, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno disociativo, trastorno de despersonalización, ansiedad y pánico. Por lo cual, se llegó a la conclusión de que existe una elevada relación de esta conducta con alteraciones químicas en el organismo.

En definitiva, la influencia y el papel de los factores ambientales, en combinación con cierta vulnerabilidad biológica, acabaría dando una alteración en la percepción al dolor y de uno mismo. La incapacidad de reconocer estímulos receptivos demuestra la forma en que una solución equilibrada en individuos sanos que enfrentan situaciones amenazantes podría originar conductas de inadaptación (18,19).

### **Factores psicológicos**

Se menciona que el individuo que se autolesiona tiene como objetivo apagar un dolor emocional íntimo, autocastigarse y hacer notoria su molestia a los demás. Mediante una investigación donde se entrevistaron a profundidad a jóvenes que se autolesionaban hubo coincidencias en algunas de sus respuestas. Referían que cortarse aliviaba sus tensiones, pues sentían relajación a nivel mental, lo que era complicado explicar mediante la expresión oral, ya que les causaba temor exponer sus sentimientos abiertamente y pensaban que se generaría más conflicto. Un punto importante es que creían que su ira era incontrolable y causante de gran daño hacia los demás, por lo que conducían su frustración a través de la autolesión.

En los individuos que presentan autolesiones su capacidad para solucionar sus problemas se encuentra deficiente, o tienen insuficientes recursos cognitivos, esto es: tienden a la autovaloración negativa, baja autoestima y una elevada propensión

a evitar enfrentarse a los problemas. El individuo que se autolesiona se aprecia a sí mismo con un bajo control en ambientes que demandan soluciones a dificultades interpersonales. Esto explica un gran conflicto del poder articular y verbalizar los sentimientos, como el expresar las emociones a través del llanto, utilizado por la mayoría de ellos para evitar sentimientos negativos, de vacío o desorientación (20).

### **Factores sociales**

Actualmente existen varios factores sociales que pueden esconder las autolesiones. Por ejemplo, cuando los individuos que se sienten física o mentalmente aislados suelen cerrarse en su mundo interior. En estos individuos, la mayoría de las veces caracterizados por su fragilidad y sin saber expresar sus emociones, la soledad puede ser muy agobiante. Se sienten obligados a dañar sus cuerpos como una forma de liberar sus sentimientos y frustraciones. Algunos adolescentes se inclinan a cometer autolesiones para protegerse después de haber recibido algún rechazo. Un entorno social puede influir en el inicio, persistencia y la transmisión de las conductas autolesivas. En ciertas investigaciones se han observado que grupos de mujeres tienden a sentirse atraídas por personas que se autolesionan y que en base a esto se auto agreden para obtener su aceptación y permanecer cerca de ellos. Existe evidencia de que las mujeres se autolesionan más que los hombres: el 64,01 % de los adolescentes que manifiestan esta conducta son del sexo femenino. Esto se podría entender como que las mujeres por cuestiones de género tienden a asimilarse a los hombres que aman, como una forma de ser aceptadas por ellos, pues durante el proceso de la adolescencia, en las mujeres es más frecuente tropezar con conflictos emocionales que los hombres.

En jóvenes del sexo masculino se identifican más los problemas de comportamiento: tienden a expresar más las conductas de agresión destruyendo objetos, mintiendo y robando. En contraste, se ha identificado que las mujeres experimentan elevados niveles de ansiedad, lo que ocasiona propensión al desequilibrio emocional y causa depresión, desórdenes alimenticios y conductas autolesivas. Lo anterior deja ver que al hombre le es más permisible exponer su molestia, mientras que en las mujeres la forma de expresión emocional es más interiorizada y callada. A pesar de esto, en la actualidad se detecta un aumento de la incidencia de las conductas autolesivas en el sexo masculino (21).

Lo anterior orienta la percepción del fenómeno, al develarse que ambos sexos se enfrentan a conflictos de base muy parecidos: un trauma infantil, identidad sexual, dificultad para formar y mantener relaciones con pares y, el mayor de todos, poder expresar sus emociones, lo que origina una gran tensión.

Existe una serie de experiencias durante la infancia que sirven de bases para una tendencia en el desarrollo de las conductas autolesivas sin intenciones suicidas:

- Ser testigos o partícipes de abuso físico y agresividad, como violencia intrafamiliar.
- Ser abusados sexualmente y/o testigos de abuso sexual en algún familiar.
- Pérdida de algún miembro de su familia u otra persona significativa de forma temprana.
- Haber sufrido presión psicológica al ser intimidados por sus padres o sus pares.
- Haber sido física o emocionalmente abandonados por uno o ambos padres.
- Padecer de alguna enfermedad incapacitante o que alguno de sus padres la posea.

- Padres alcohólicos.
- Haber sido producto de un embarazo no deseado y darse cuenta de esto.
- Divorcio de sus padres o conflictos en su relación con ellos.
- Ser elegidos como cuidadores de sus hermanos menores o de un familiar enfermo (22).

En jóvenes, el estrés escolar, además, suele ser un factor significativo para iniciar conductas autolesivas sin intención suicida, ya que la incidencia tiende a disminuir en periodos vacacionales.

Las autolesiones, la mayoría de las veces ocurren en privado, por esto es muy complicado lograr identificar uno o más perfiles. Los jóvenes que se autolesionan indican que la intensidad de reserva y los sentimientos de vergüenza asociados al comportamiento imposibilita la búsqueda de ayuda. En una muestra de 128 adolescentes en Australia se encontró que el 30,50 % de ellos no había buscado consultar a un profesional de la salud. Pero también se han efectuado diversos protocolos para atender a los adolescentes con esta problemática, encontrando que, al no existir una causa única, el tratamiento psicológico es complejo. Hasta este momento, las terapias cognitivo--conductuales muestran resultados prometedores. Son empleados modelos de entrenamiento en habilidades y actitudes para promover la resolución de problemas del día a día en forma eficiente y eficaz, evitando la toma de decisiones impulsivas y donde se hagan integraciones y soporte, para que los adolescentes entiendan sus acciones como un producto de sus pensamientos y emociones. Esta misma estrategia es llamada también “terapia basada en la mentalización”.

Estas terapias, al igual que las que buscan la reestructuración cognitiva y las intervenciones psicosociales, tienen mejores resultados si en ellas se incluyen técnicas donde se integren a los padres o tutores y la medicación, especialmente si se presentan síntomas asociados a la depresión (21).

### **Autolesiones en población penitenciaria.**

La autolesión deliberada, considerada como la destrucción o alteración directa del tejido corporal, es una preocupación importante creciente no solo en pacientes psiquiátricos sino también en poblaciones específicas, como personas en reclusión. Tradicionalmente, la autolesión se considera un mecanismo de afrontamiento no adaptativo o una estrategia de regulación de las emociones y puede utilizarse para aliviar las emociones abrumadoras y disminuir la tensión. El comportamiento autolesivo es a menudo persistente, pero rara vez se ha estudiado entre personas en estado de reclusión (23).

Los actos de autolesión abarcan una amplia gama de comportamientos, que difieren en gravedad, desde cortes menores hasta intentos de suicidio violentos. Algunos expertos sugieren que tanto la autolesión deliberada como los intentos de suicidio podrían conceptualizarse en un continuo de letalidad, mientras que una diferenciación dicotómica entre esos dos conjuntos de comportamientos puede ser arbitraria y de utilidad clínica limitada. A pesar de estas controversias, las autolesiones y los intentos de suicidio podrían identificarse como fenómenos psicopatológicos distintos, con diferencias significativas relacionadas con la letalidad, los objetivos del acto, la presencia de intención suicida, entre otras

características clínicas. Las autolesiones pueden conceptualizarse como la destrucción o alteración directa, deliberada, voluntaria y no accidental, del tejido corporal sin una intención suicida consciente.

En las poblaciones penitenciarias, las autolesiones no se estudian tanto como el suicidio. Sin embargo, puede representar una fuente importante de morbilidad y, cuando está presente, puede moderar el riesgo de suicidio, especialmente cuando hay trastornos mentales subyacentes. La prevalencia de autolesiones en delincuentes adultos hombres con sentencia de por vida varía entre el 15 y el 35%. Las tasas son menores para aquellos que se autolesionan mientras están bajo custodia, oscilando entre el 5 y el 15%, mientras que aumentan significativamente entre los reclusos con trastornos mentales (hasta el 53% para autolesiones con sentencia y el 61% mientras estaban únicamente detenidos. (24).

Las tasas de suicidio entre la población penitenciaria son más altas en comparación con la población general. Ser hombre, casado y otras características sociodemográficas, así como las condiciones psiquiátricas, se relacionan con un mayor riesgo de intento de suicidio. Las posibles contribuciones de trastornos psiquiátricos específicos y las características clínicas del intento de suicidio en los reclusos no se han estudiado exhaustivamente (25).

Muchos de los internos muestran en su conducta valores impregnados de la marginalidad de los grupos sociales a los que pertenecían antes de su entrada en la cárcel. Otras pautas de conducta y pensamientos aprendidos y compartidos por los internos se generan como consecuencia de la propia experiencia de reclusión,

y pasan a integrarse también en lo que podemos definir como una verdadera subcultura penitenciaria (26).

Dentro de esta población, la autolesión puede ser utilizada como un lenguaje y como una conducta que expresa una forma de relación social con el entorno. En algunos casos, autolesiones comunes como las heridas incisas en los brazos, poseen elementos claramente subculturales, acciones compartidas dentro de un sistema social propio, informal, no explícito, pero con sus reglas y valores firmemente adquiridos, entre los que por ejemplo pueden estar tanto la solidaridad del grupo como el ejercicio de poder dentro de una organización jerárquica. Es frecuente que varios internos se autolesionen a un tiempo para apoyar a un tercero o que en un módulo algunos se vean obligados a autolesionarse a una orden de un jefe, en un intento de manipular el entorno. También es frecuente que la autolesión más común, la herida incisa en antebrazo izquierdo, se utilice como lenguaje de protesta cargado de dramatismo y agresividad ante alguna decisión regimental.

Otras autoagresiones subculturales tienen razones más elaboradas, en ocasiones el autoagresor para mitigar el “craving” intenta recrear el ritual de la punción con una aguja en las zonas habituales de inyección intravenosa en un intento de reproducir una veno punción de heroína, aunque ni siquiera disponga de jeringa y menos aún de sustancia alguna que inyectarse. En esos casos con frecuencia hay que extraer la aguja si queda alojada accidentalmente en el trayecto venoso (26).

Otro aspecto de la subcultura penitenciaria relacionada con las autolesiones es la forma de obtener de manera rápida y fácilmente accesible en prisión, un objeto

capaz de producir una herida incisa. En esos casos se puede usar el filtro de un cigarrillo, prensado previamente con los dedos y posteriormente quemado, para conseguir una superficie dura y cortante capaz de hacer heridas en la piel, que aunque superficiales, consiguen ser suficientemente sangrantes (26).

### **Escalas de medición para autolesiones**

Son escasos los instrumentos que evalúan autolesión en población hispanohablante, y de los existentes hay pocas evidencias de su validez y confiabilidad. En adolescentes mexicanos se ha empleado por ejemplo la cédula de autolesión; sin embargo, sin reporte de las propiedades psicométricas; de igual manera se ha utilizado el Inventario de autolesión deliberada (Deliberate Self-Harm Inventory, DSHI), pero también se carece de información relacionada con el proceso de validación y confiabilidad. Otro instrumento utilizado es el Self-Harm Questionnaire (cuestionario de autolesión), que sí tiene propiedades psicométricas adecuadas, además de explorar otras áreas, como la afectiva y el consumo de sustancias. También se ha usado la Cédula de autolesiones, que sí tiene propiedades psicométricas reportadas y abarca varios aspectos de la autolesión, explorando incluso las partes del cuerpo donde éstas se efectúan (27).

### **The Self-Harm Inventory – Cuestionario de Autolesión**

El Inventario de autolesiones (1998) es un cuestionario de autoinforme de una página, 22 ítems, sí / no, que explora las historias de autolesión de los encuestados. Cada elemento del inventario está precedido por la frase: "¿Alguna vez intencionalmente o a propósito ...". Los elementos individuales incluyen "cortarse,

quemarse, golpearse, rascarse" y "evitar que las heridas sanen". Hay tres elementos relacionados con el trastorno alimentario (es decir, "se ejerció una lesión a propósito, se mató de hambre para lastimarse, abusó de laxantes para lastimarse"), dos elementos altamente letales (es decir, "sobredosis, intento de suicidio") y tres elementos relacionados con problemas médicos (es decir, "evitaron que las heridas cicatrizaran, empeoraron las situaciones médicas, abusaron de los medicamentos recetados"). Todas las recomendaciones son patológicas y la puntuación total del cuestionario es simplemente la suma de las respuestas "sí", con una puntuación máxima posible de 22 (28).

Durante la fase de evaluación inicial, el cuestionario consistió en 41 ítems que fueron seleccionados de las experiencias de tratamiento de los médicos, y luego los ítems fueron probados tanto en poblaciones psiquiátricas como en población normal. Después de análisis posteriores de la frecuencia y relevancia de los artículos, el inventario se redujo a los 22 artículos más destacados.

A diferencia de las otras medidas de autolesión descritas en este artículo, el cuestionario es la única medida que se conoce para detectar el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad (TLP). En comparación con Diagnostic Interview for Borderlines, una entrevista clínica que tarda aproximadamente una hora o más en administrarse, el cuestionario demuestra una precisión en el diagnóstico del 84 por ciento con una puntuación de corte de 5 (es decir, cinco o más aprobaciones). Además, el aumento de las puntuaciones en el cuestionario se asocia con un mayor grado de utilización de la atención de la salud mental en el pasado.

El cuestionario puede usarse 1) como un instrumento de detección para catalogar la prevalencia de por vida de 22 conductas de autolesión; (2) para detectar TLP; y / o (3) predecir el grado de utilización de la atención de la salud mental en el pasado. Esta medida se ha utilizado en varios proyectos de investigación, es gratuita y tarda cinco minutos o menos en completarse (29).

### **Tratamiento para las autolesiones**

En general, los fármacos psicotrópicos no deben ser iniciados para manejar las autolesiones, a menos que sea dirigido hacia comorbilidades, y cuando sean iniciados se sugiere tratar al paciente de manera interdisciplinaria. Aunque los antidepresivos y el litio no parecen ser efectivos para prevenir la repetición de las autolesiones, pueden tener beneficios en múltiples aspectos del comportamiento suicida (pensamientos, intentos, mortalidad por s (pensamientos, intentos, mortalidad por suicidio) en otras poblaciones de pacientes, como aquellos con depresión mayor o trastorno bipolar. Sin embargo, los estudios que lo comprueban son realizados en poblaciones muy pequeñas, evidenciando una falta de información. Las terapias psicológicas y psicosociales, así como cognitivo conductual y psicodinámica interpersonal son efectivas en el tratamiento de las autolesiones; así como las intervenciones breves. No se tienen suficientes estudios para situar una sobre otra en población general, sin embargo, una revisión realizada en España encontró resultados prometedores en los modelos de terapia cognitivo conductual, siendo la terapia dialectico conductual la que más evidencia disminución de las autolesiones (28 y 29).

## **MÉTODO**

### **❖ JUSTIFICACIÓN**

En 2019 en México hubo 1,408.86 muertes por autolesiones con un porcentaje de 0.19% del total de muertes registradas, con un índice de 1.13 muertes por cada 100,000 habitantes, de las cuales 23.18% de las muertes totales fueron hombres y 8.04% fueron mujeres, con una edad promedio de 25 a 29 años de edad (24.56%). Por lo anterior, y al ser un padecimiento que se maneja desde hace poco por el DSM 5, hay pocos estudios del tema, así como una menor cantidad de estudios realizados en pacientes adultos, sin embargo, muy pocos hablan de la población reclusa con trastorno psiquiátricos.

Se tienen que identificar de forma oportuna la diferencia entre los dos grandes grupos de autolesiones, ya que implican características y tratamientos diferentes. Esta investigación tiene la finalidad de analizar las características asociadas en las autolesiones en personas en situación de reclusión del centro varonil de rehabilitación psicosocial CEVAREPSI, así como los factores asociados a este tipo de conducta. De igual manera proporcionará la información necesaria para la identificación rápida y oportuna de los reclusos con tendencia a autolesionarse para una adecuada atención psiquiátrica, evitar complicaciones e inclusive tratar de disminuir la intencionalidad suicida dentro de los reclusos. De igual forma derivado de los resultados de esta investigación, se podrán desarrollar una serie de recomendaciones que ayuden a una adecuada atención de la patología psiquiátrica de las personas en situación de reclusión.

## ❖ **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El comportamiento autolesivo es a menudo persistente en las poblaciones penitenciarias, las autolesiones no se estudian tanto como el suicidio, sin embargo, puede representar una fuente importante de morbilidad y, cuando está presente, puede moderar el riesgo de suicidio, especialmente cuando hay trastornos mentales subyacentes. La prevalencia de autolesiones de por vida en población penitenciaria varía entre el 15 y el 35%, también se ha reportado tasas menores oscilando entre el 5 y el 15%, mientras que aumentan significativamente entre los reclusos con trastornos mentales (hasta el 53% para autolesiones con sentencia y el 61% mientras estaba detenido. (24)

Las autolesiones se pueden dividir en dos grandes grupos, con finalidad suicida y sin finalidad suicida, por lo que es importante determinar la prevalencia y características asociadas en las autolesiones en personas en situación de reclusión del centro varonil de rehabilitación psicosocial CEVAREPSI de la Ciudad de México, así como los factores asociados a este tipo de conducta.

## ❖ **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuál es la prevalencia y características asociadas en las autolesiones en personas en situación de reclusión del centro varonil de rehabilitación psicosocial (CEVAREPSI)?

## ❖ OBJETIVOS

### GENERAL:

- ❖ Identificar la prevalencia y características asociadas de las autolesiones en personas en situación de reclusión en el centro varonil de rehabilitación psicosocial (CEVAREPSI).

### ESPECÍFICOS:

- ❖ Caracterizar a la población en situación de reclusión en el CEVAREPSI, que presenten conducta autolesiva durante el periodo de estudio.
- ❖ Conocer la prevalencia y características de las autolesiones en el CEVAREPSI.
- ❖ Conocer los factores asociados a la conducta autolesiva en personas en situación de reclusión en el CEVAREPSI.
- ❖ Conocer la relación entre la escala de autolesiones en español con la escala de ideación suicida de Beck.

### ❖ HIPÓTESIS:

Nula (H0): La prevalencia de la conducta autolesiva es igual entre la población en situación de reclusión en el CEVAREPSI y la población general.

Alternativa (H1): La prevalencia de conducta autolesiva es mayor en población en situación de reclusión, como la que se encuentra en el CEVAREPSI que en la población general.

❖ **VARIABLES:**

Variable	Definición Operacional	Dependencia	Tipo de Variable	Unidades o categorías
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo, contando desde su nacimiento	Independiente	Cuantitativa Continua	Años cumplidos
<b>Autolesión</b>	De acuerdo a la definición de la CDC y de los criterios del DSMV	Independiente	Nominal	Diagnóstico del DSM V
<b>Sexo</b>	La totalidad de las características de la estructura reproductiva, funciones, fenotipo y genotipo que diferencian a los hombres de las mujeres	Independiente	Cualitativa, nominal	Hombre/Mujer
<b>Escolaridad en años.</b>	Años de estudios obtenidos por el participante.	Independiente	Cualitativa discreta	Años de estudio
<b>Cuestionario de autolesiones</b>	Es un cuestionario autoaplicable de 15 reactivos enfocado en identificar la presencia de pensamientos y conductas autolesivas	Dependiente	Intervalo	Puntaje
<b>Escala de ideación suicida.</b>	Es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979), para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse	Dependiente	Intervalo	Puntaje

❖ **DISEÑO:** Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal, para identificar la prevalencia y características asociadas de las autolesiones en personas en situación de reclusión en el centro varonil de rehabilitación psicosocial (CEVAREPSI).

❖ **SUJETOS:** Dentro del CEVAREPSI existe un universo de aproximadamente 220 personas en estado de reclusión.

❖ **MUESTREO:** Se obtendrán a través de un Muestreo aleatorio simple, con un tamaño de población de 115 participantes que estén ingresados en el CEVAREPSI.

#### ❖ **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

##### **INCLUSIÓN:**

- Que los participantes estén ingresados en el CEVAREPSI, y que estén de acuerdo en participar en el estudio, después de leer un consentimiento informado y firmar su aprobación.

##### **EXCLUSIÓN:**

- Que los participantes no acepten participar en la investigación.
- Que los participantes no sean capaces de comprender las escalas.
- Que contesten de manera incorrecta los cuestionarios.

##### **ELIMINACIÓN:**

- Que durante la realización del estudio el participante decida retirarse del mismo.
- Que durante la realización del estudio, la persona reclusa sea necesitado por alguna autoridad dentro del CEVAREPSI.
- Que la información proporcionada por el participante sea incompleta.

#### ❖ **ALCANCE DEL ESTUDIO:**

La relevancia del estudio radica en la poca información que se tiene sobre las autolesiones en población en estado de reclusión en México, así como sus

características y la relación con los pensamientos e intentos suicidas en dicha población, por lo que al analizar los resultados se obtendrá la información necesaria para poder comprender dicha problemática que existe en nuestro país con la finalidad de una adecuada atención a la salud mental en instituciones penitenciarias.

## ❖ INSTRUMENTOS

### ***Self-Harm Questionnaire (SHQ) – Cuestionario de Autolesiones***

Ugrin y Boege desarrollaron recientemente un cuestionario para identificar autolesiones. El Cuestionario de Autolesiones SHQ, es un cuestionario autoaplicable de 15 reactivos enfocado en identificar la presencia de pensamientos y conductas autolesivas. Las primeras tres preguntas son de tamizaje para determinar la presencia de autolesiones; las preguntas restantes se enfocan en los aspectos específicos de la conducta autolesiva: último episodio, método utilizado para autolesionarse, motivación, vivencia durante la autolesión, finalidad de la autolesión, presencia de consumo de sustancias durante el acto, planeación y ejecución del mismo y presencia de comunicación del episodio a otra persona. Los autores encontraron que la sensibilidad de la escala para detectar autolesiones es de 95%, su especificidad de 35%, su valor predictivo positivo de 72% y su valor predictivo negativo de 90% (30).

### **Escala de ideación suicida.**

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979), para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó

o está pensando suicidarse. No se han realizado estudios de validación en nuestro país, y sólo disponemos de algunas adaptaciones o traducciones al castellano. Existe también una versión autoadministrada, de menor difusión y de la que no conocemos adaptación al castellano.

Es una escala de 19 ítems que debe ser cumplimentada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida/muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado

Y añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sean de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen sólo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación y más elevado riesgo de suicidio. En un estudio realizado en nuestro país, la puntuación media (y desviación estándar) en pacientes ingresados en una unidad hospitalaria de psiquiatría por tentativa o ideación suicida fue de 13.5 (6.9) y 11.6 (6.8) respectivamente.

Esta escala puede ser un instrumento útil en la investigación, tanto como variable clasificatoria, al permitir distinguir entre individuos que varían en su grado de ideación suicida, como de variable dependiente, posibilitando cuantificar el cambio producido por el tratamiento. En la práctica clínica, permite la cuantificación y agrupación de los datos del paciente respecto a sus pensamientos suicidas, y puede servir de ayuda en la valoración clínica de la conducta suicida.

El valor de esta escala es limitado, ya que se sabe poco sobre las causas y los patrones de transición de la ideación suicida al intento de suicidio, y del intento de suicidio al suicidio, y sobre los factores que precipitan estas transiciones o que protegen frente a ellas. La ideación suicida es un elemento más a considerar en la valoración del riesgo suicida, en la que el juicio clínico juega un papel determinante; por tanto, el resultado de esta escala no debe ser utilizado como único criterio en esa valoración.

Por sus características, no es útil en estudios epidemiológicos o de cribado, donde se tiende a utilizar cuestionarios más simplificados. Tampoco es útil para evaluar la seriedad de la intencionalidad suicida en los casos de tentativa de suicidio, donde deben aplicarse otras escalas.

Propiedades psicométricas:

En el estudio sobre fiabilidad realizado por los autores sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad inter examinador de 0.83. Éste y otros estudios apoyan la validez de constructo, validez concurrente y capacidad discriminativa de la escala.

En un estudio prospectivo de 4 años de duración, con 3700 pacientes en tratamiento psiquiátrico, la ideación suicida en el momento peor o de mayor crisis en la vida del paciente identificó mejor el riesgo suicida (Odds Ratio: 13.8), que la ideación suicida en el momento actual (OR: 5.4) y que la Escala de Desesperanza de Beck (OR: 6.4)

## ❖ PROCEDIMIENTO

Se ingresa al CEVAREPSI pasando por los puntos de registros correspondientes hasta llegar a la sala común, en donde hay sillas y mesas suficientes para contestar los cuestionarios. Se solicitarán 10 personas en estado de reclusión las cuales se les asignará un bolígrafo y los dos cuestionarios (Cuestionario de autolesiones en español y la escala de ideación suicida de Beck), los cuales tienen una duración aproximada de 20 minutos en total. Se planea realizar escalas en un horario de 08:00 horas a las 13:00 horas, con una estimación de 3 días en total para completar la muestra de 115 participantes. En dado caso de que se identifiquen conductas de riesgo se informara de forma inmediata al médico responsable en turno, el Dr Augusto Gómez Cruz.

## ❖ CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, y conforme a lo expresado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en su Artículo 17, la presente investigación se considera que tiene un riesgo mínimo por lo que este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- La investigación está basada en principios básicos de ética como son: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.
- La investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética y contando con la aprobación de las autoridades del CEVAREPSI.

- Esta investigación contara con un Consentimiento informado por el paciente el cual cuenta con todas las características necesarias para su aplicación.
- El costo será auspiciado por el Investigador principal que consistirá en la creación de la base de datos del estudio.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los análisis se llevarán a cabo utilizando el software estadístico SPSS V.25. Se aplicarán estadísticas descriptivas paramétricas (frecuencias, medias, desviación estándar) para los informes sobre la prevalencia de las conductas autolesivas dentro de la población de estudio.

Estadística inferencial: análisis bivariado: prueba t-test y ANOVAS para comparar la severidad de las conductas autolesivas y la psicopatología.

Se empleará análisis multivariado mediante regresión lineal o logística dependiendo de la naturaleza de las variables en cuestión; con el fin de investigar posibles relaciones entre el resultado de ítems de conductas autolesivas, puntuaciones de los síntomas y otros factores como el sexo, la edad, o los factores socioeconómicos.

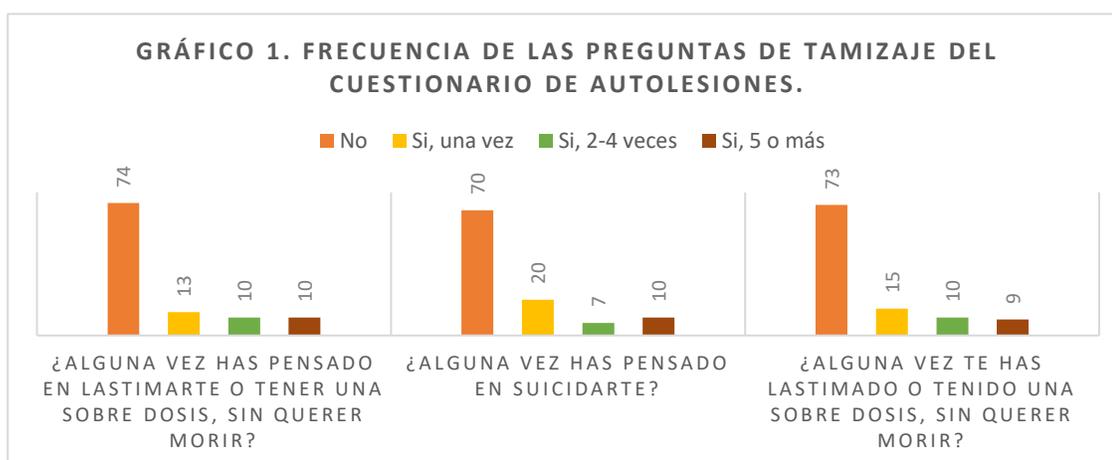
## RESULTADOS

Los siguientes resultados se obtuvieron a través de la aplicación de 2 escalas (Cuestionario de autolesiones en español y la Escala de ideación suicida de Beck), con una muestra de 115 hombres en estado de reclusión, de los cuales se descartaron 8 por múltiples motivos como seleccionar todas las respuestas, no contestar todas las preguntas o dejar a la mitad los cuestionarios.

De los 107 hombres incluidos en el estudio se obtuvo la siguiente información con respecto al Cuestionario de autolesiones en español, la cual se muestra en la Tabla 1. Se identificó que el 69.2% (n=74) de la muestra contestó *No* a la pregunta ¿Alguna vez has pensado en lastimarte o tener una sobre dosis, sin querer morir? y un 30.8% (n=33) contestó *Sí* a dicha pregunta. En cuanto a la pregunta ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? 65.4% (n=70) contestó *No* y 34.6% (n=37) contestó que *Sí*. La pregunta ¿Alguna vez te has lastimado o tenido una sobre dosis, sin querer morir? 68.2% (n=73) contestó *No* y 31.8% (n=37) contestó que *Sí*. Las respuestas *Sí* se desglosan con la frecuencia de *Si, una vez. Si, 2-4 veces. Si, 5 o más* las cuales se representan en la Grafica 1.

Cuestionario de Autolesiones	No		Si		Total (n)	Total (%)
¿Alguna vez has pensado en lastimarte o tener una sobre dosis, sin querer morir?	74	69%	33	31%	107	100
¿Alguna vez has pensado en suicidarte?	70	65%	37	35%	107	100
¿Alguna vez te has lastimado o tenido una sobre dosis, sin querer morir?	73	68%	34	32%	107	100

Tabla 1. Frecuencia de respuestas del Cuestionario de Autolesiones.



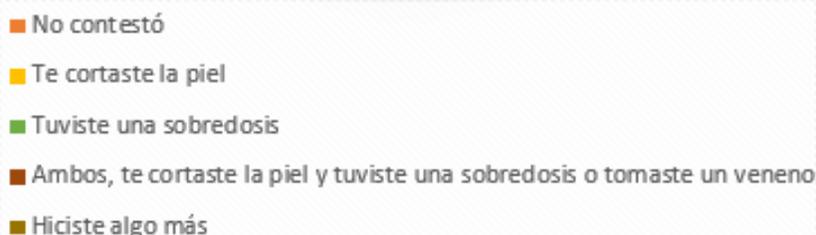
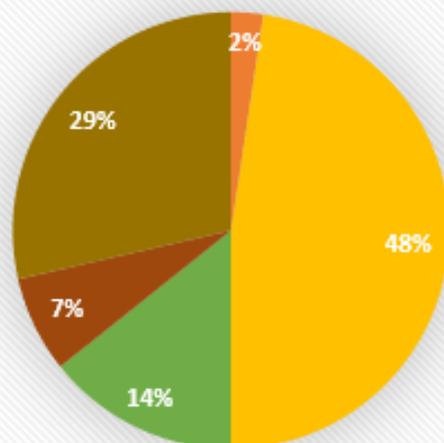
El resto de las preguntas del cuestionario fueron contestadas cada una por 42 hombres en total. En cuanto a la pregunta 4 del cuestionario “¿Cuándo te lastimaste por última vez?”, se obtuvieron los siguientes resultados: *En las últimas 24 horas, el 7.1% (n=3), en la última semana 14.3% (n=6), y en el último mes 11.9% (n=5), En el último año 16.7%(n=7), Hace más de un año 50.0%(n=21).* Dichos resultados se muestran en la Gráfica 2.



**Gráfico 2. Porcentaje de la pregunta 4. ¿Cuándo te lastimaste por última vez?**

La pregunta 5 del cuestionario “¿Cuándo te lastimaste por última vez, como lo hiciste?”, tuvo los siguientes resultados: *Te cortaste la piel 47.6% (n=20), tuviste una sobredosis 14.3 % (n=6), ambos, te cortaste la piel y tuviste una sobredosis o tomaste un veneno 7.1% (n=3), hiciste algo más 28.6% (n=12), de esas 12 personas, 1 se aventó de un segundo piso, 2 se corte el cuello con una navaja, 5 se golpearon contra la pared, 3 se intentaron ahorcar y 1 no especificó. No contestó 2.4%(n=1), dichos resultados se muestran en el Gráfico 3.*

### ¿Cuándo te lastimaste por última vez, como lo hiciste?



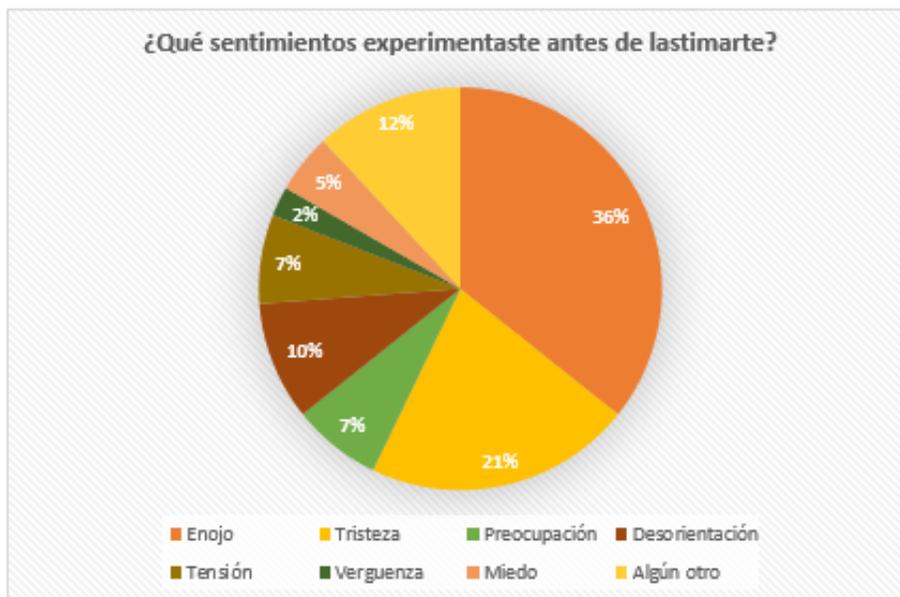
**Gráfico 3. Porcentaje de la pregunta 5. ¿Cuándo te lastimaste por última vez, como lo hiciste?**

La pregunta 6 del cuestionario “Cuando te lastimaste por última vez, ¿qué hizo que pensaras en lastimarte?” Tuvo los siguientes resultados: Problemas familiares. 40.5% (n=17), problemas con tu pareja 11.9% (n=5, problemas escolares 2.4% (n=1), problemas de salud 4.8% (n=2), problemas con el alcohol 4.8% (n=2), problemas con alguna droga 9.5 % (n=4), Algún otro tipo de problema 26.2% (n=11) de las cuales especificaron las siguientes respuestas. “*las voces me dijeron que lo hiciera, me querían matar los narcos, ya no tenía nada, problemas en mis audiencias, el diablo me dijo que lo hiciera, problemas jurídicos, problemas con compañeros, problemas conmigo mismo*” y el resto sin especificar. Dichos resultados se muestran en el Gráfico 4.



**Gráfico 4. Porcentaje de la pregunta 6. Cuando te lastimaste por última vez, ¿qué hizo que pensaras en lastimarte?**

En cuanto a la pregunta 7 del cuestionario “¿Qué sentimientos experimentaste antes de lastimarte?” los resultados fueron: *Enojo* 35.7% (n=15), *Tristeza* 21.4% (n=9), *Preocupación* 7.1% (n=3), *Desorientación* 9.5 (n=4), *Tensión* 7.1% (n=3), *Vergüenza* 2.4% (n=1), *Miedo* 4.8% (n=2), *Algún otro* 11.9% (n=5). Los resultados se muestran en el Gráfico 5.



**Gráfico 5. Porcentaje de la pregunta 7. ¿Qué sentimientos experimentaste antes de lastimarte?**

La pregunta 8 del cuestionario “¿Qué sentimientos experimentaste después de lastimarte?” Tuvo los siguientes resultados: *Enojo* 19.0% (n=8), *Tristeza* 26.2% (n=11), *Preocupación* 11.9 % (n=5), *Excitación* 7.1% (n=3), *Desorientación* 7.1% (n=3), *Tensión* 2.4 (n=1), *Vergüenza* 4.8% (n=2), *Alivio* 11.9% (n=5), *Algún otro* 9.5% (n=4). Los resultados se muestran en el Gráfico 6.

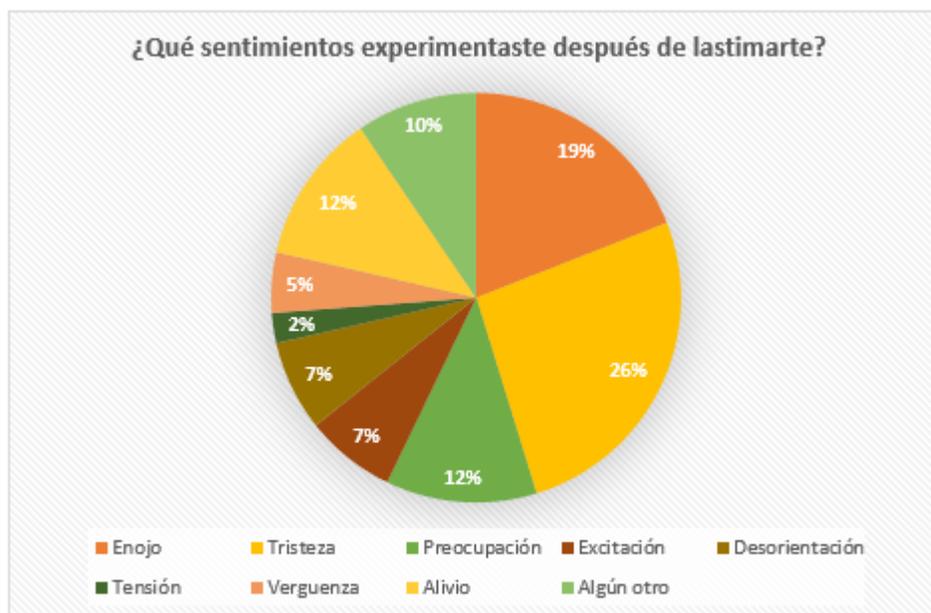


Gráfico 6. Porcentaje de la pregunta 8. ¿Qué sentimientos experimentaste después de lastimarte?

En cuanto a la pregunta 9 del cuestionario “¿Después de lastimarte, tú...?” los resultados fueron: *Te sentiste mejor* 35.7% (n=15), *Te sentiste peor* 38.1% (n=16), *Te sentiste igual* 26.2% (n=11). Dichos resultados se muestran en el Gráfico 7.

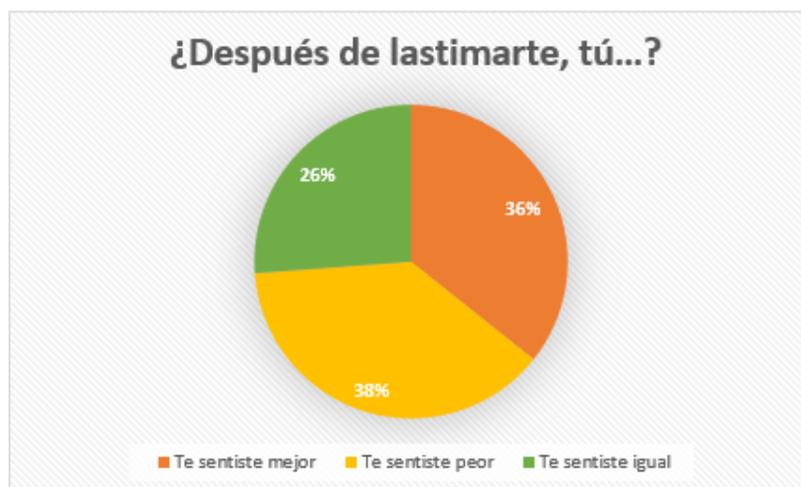


Gráfico 7. Porcentaje de la pregunta 9. ¿Después de lastimarte, tú...?

La pregunta 10 del cuestionario “Cuando te lastimaste por última vez, ¿tú querías...?” Tuvo los siguientes resultados: *Morirte* 50.0% (n=21), *Autocastigarte* 11.9% (n=5), *Mostrarte a alguien más cómo te sentías* 11.9% (n=5), *Dejar de sentirte mal* 4.8% (n=2), *Evitar hacer algo más* 4.8% (n=2), *Sentirte mejor* 7.1% (n=3), *Conseguir detener a otros de hacer algo* 4.8% (n=2), *Algo más* 4.8% (n=2). Los resultados se muestran en el Gráfico 8.

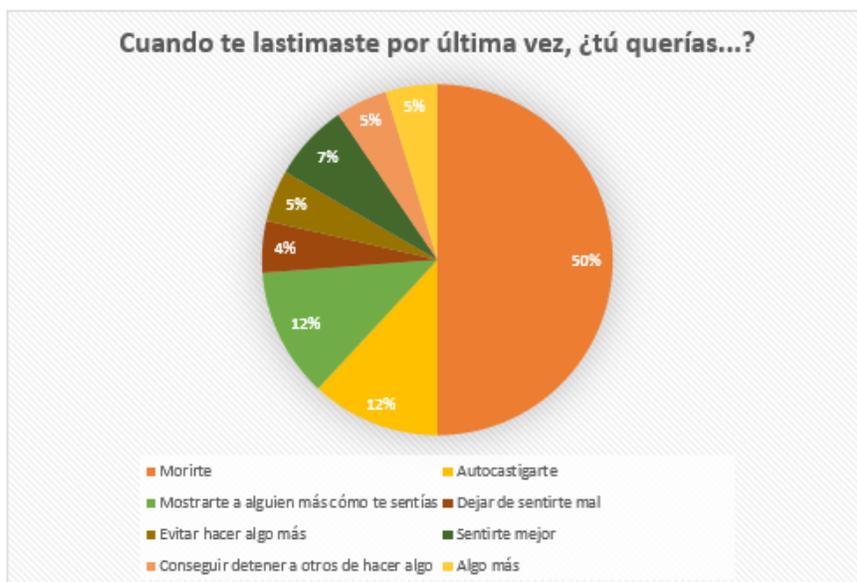


Gráfico 8. Porcentaje de la pregunta 10. Cuando te lastimaste por última vez, ¿tú querías...?

En cuanto a la pregunta 11 del cuestionario “Cuando te lastimaste por última vez, ¿ingeriste...?” los resultados fueron: *Drogas y alcohol* 28.6% (n=12), *Drogas* 11.9% (n=5), *Alcohol* 2.4% (n=1), *Ninguno* 57.1% (n=24). Los resultados de dicha pregunta se muestran en el Gráfico 9.



Gráfico 9. Porcentaje de la pregunta 11. Cuando te lastimaste por última vez, ¿ingeriste...?

La pregunta 12 del cuestionario “Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello?” Tuvo los siguientes resultados: *Meses* 11 26.2% (n=11), *Semanas* 7.1% (n=3), *Días* 21.4% (n=9), *Minutos* 16.7% (n=7), *Segundos* 28.6% (n=12). Los resultados de dicha pregunta se muestran en el Gráfico 10.



**Gráfico 10. Porcentaje de la pregunta 12. Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello?**

La pregunta 13 del cuestionario “Antes de lastimarte por última vez, ¿hiciste algún plan acerca de cómo lo ibas a realizar?” Tuvo los siguientes resultados: *No* 64.3% (n=27), *Si, parcialmente* 26.2% (n=11), *Si, detalladamente* 9.5% (n=4). Los resultados de dicha pregunta se muestran en el Gráfico 11.



**Gráfico 11. Porcentaje de la pregunta 13. Antes de lastimarte por última vez, ¿hiciste algún plan acerca de cómo lo ibas a realizar?**

En cuanto a la pregunta 14 del cuestionario “Antes de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien acerca de tu intención?” los resultados son los siguientes: A *nadie* 71.4% (n=30), A *alguien a quien conocía* 28.6% (n=12), los cuales se muestran en el Gráfico 12.

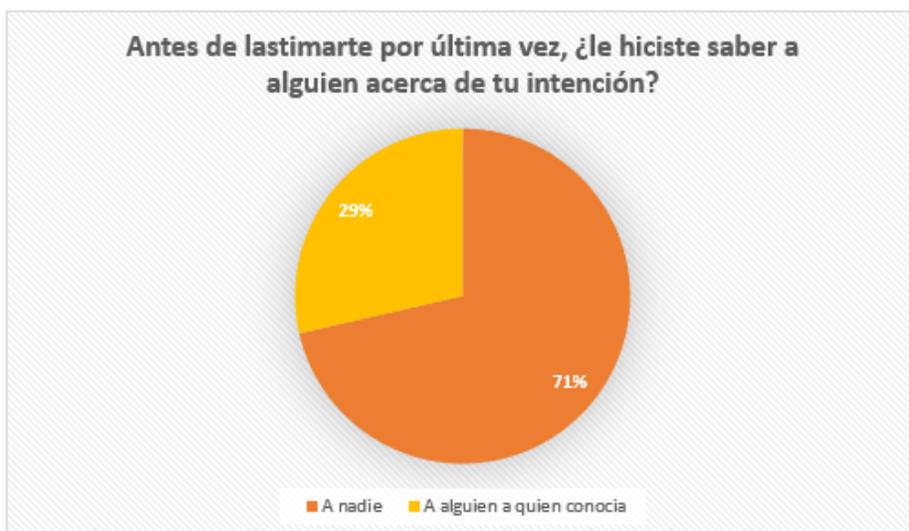


Gráfico 12. Porcentaje de la pregunta 14. Antes de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien acerca de tu intención?

La pregunta 15 del cuestionario “Después de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien sobre lo que habías hecho?” tuvo los siguientes resultados: A *nadie* 69.0% (n=29), A *alguien a quien conocía* 28.6% (n=12), No contestó 2.4% (n=1). Los resultados de dicha pregunta se muestran en el Gráfico 13.



Gráfico 13. Porcentaje de la pregunta 15. Después de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien sobre lo que habías hecho?

Así mismo se realizaron tablas de contingencia con las tres preguntas principales del cuestionario de autolesiones en donde se correlaciona la ideación suicida con tener pensamientos autolesivos y el tener conductas autolesivas, obteniendo resultados significativos a través de la prueba de chi cuadrada, los cuales también son concordantes con los modelos explicativos. (Tabla 2 y 3) (Gráfico 14 y 15).

.	Valor	gl	Sig. asintónica (bilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	80.000a	9	0.00
Razón de verosimilitudes	57.559	9	0.00
Asociación lineal por lineal	37.738	1	0-00
N de casos válidos	107		

**Tabla 2. Pruebas de chi-cuadrado**

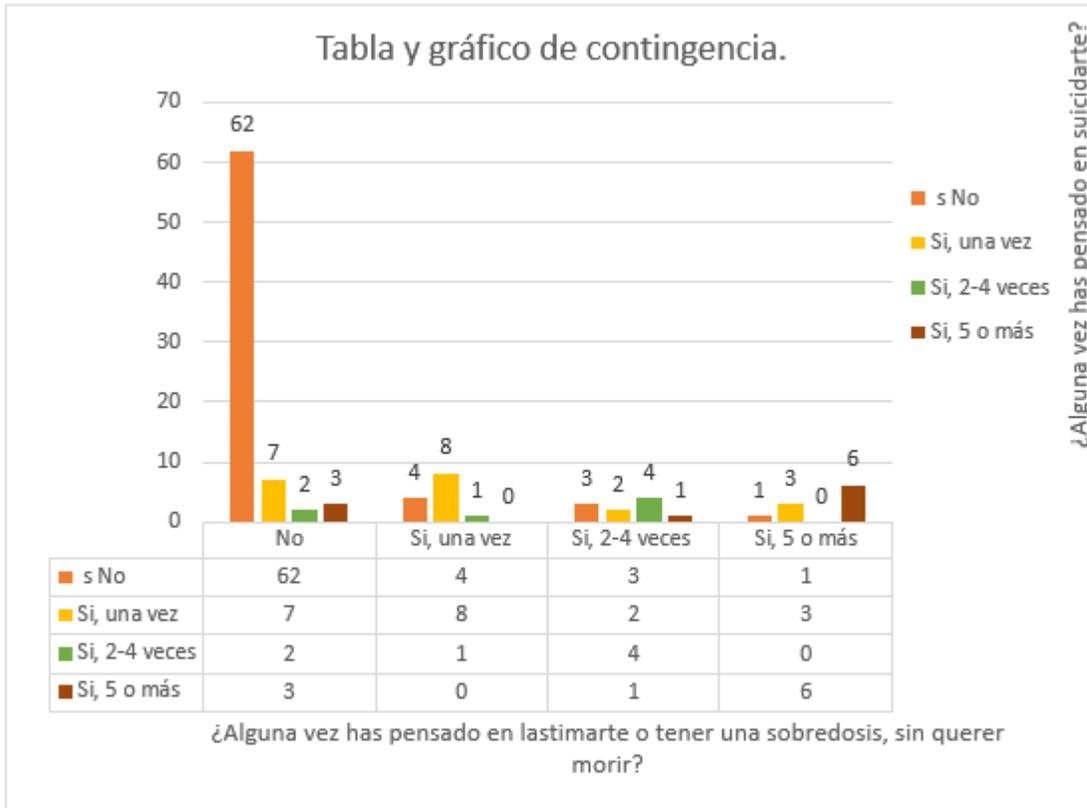
**a. 10 casillas (62.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .65.**

.	Valor	gl	Sig. asintónica (bilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	100.600a	9	0.00
Razón de verosimilitudes	79.435	9	0.00
Asociación lineal por lineal	62.84	1	0-00
N de casos válidos	107		

**Tabla 3. Pruebas de chi-cuadrado**

**a. 10 casillas (62.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .59.**

También se realizaron Análisis de varianza ANOVA Unidireccional y Pruebas post hoc para comparar las variables de Escolaridad en años y Edad con las 3 preguntas de tamizaje del cuestionario de autolesiones, las cuales son *¿Alguna vez has pensado en lastimarte o tener una sobre dosis, sin querer morir?*, *¿Alguna vez has pensado en suicidarte?*, *¿Alguna vez te has lastimado o tenido una sobre dosis, sin querer morir?*, sin embargo los análisis muestran que no son estadísticamente significativas y que no hay diferencias significativas con dichas variables.



**Gráfico 14. Correlación entre ideación suicida con pensamientos autolesivos.**



**Gráfico 15. Correlación entre ideación suicida con conductas autolesivas.**

Los resultados de la escala de Ideación suicida de Beck se analizaron a través de las sub-escalas o componentes originalmente propuestas por Beck (1979), y fueron las siguientes: I. Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), II. Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse (6 reactivos), III. Características del intento suicida (4 reactivos) y IV. Actualización del intento suicida (4 reactivos) que engloban la evitación pasiva de los pasos para salvar la vida, el coraje para llevar a cabo el intento y el ocultamiento de ideas o planes suicidas.

Los resultados de la de “Sub-escala I” Ideación Suicida de Beck - Características de las actitudes hacia la vida y la muerte nos muestran datos importantes en relación al riesgo suicida dentro de la población reclusa, como la presencia del 15.90% en cuanto a los deseos de morir, 7.50% de intencionalidad suicida y 16.80% en deseos suicidas pasivos, representados en la Tabla 4 y el Gráfico 16.

	Puntaje						Total	
	0		1		2		Frecuencia Total	Porcentaje Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
1.- Deseo de vivir	89	83%	12	11%	6	5.60%	107	100%
2.- Deseo de morir	80	75%	10	9%	17	15.90%	107	100%
3.- Razones para vivir/morir	85	79%	10	9%	12	11.20%	107	100%
4.- Deseo de realizar un intento de suicidio activo	87	81%	12	11%	8	7.50%	107	100%
5.- Deseo pasivo de suicidio	75	70%	14	13%	18	16.80%	107	100%

Tabla 4. Tabla general de “Sub-escala I” Ideación Suicida de Beck – Características de las actitudes hacia la vida y la muerte

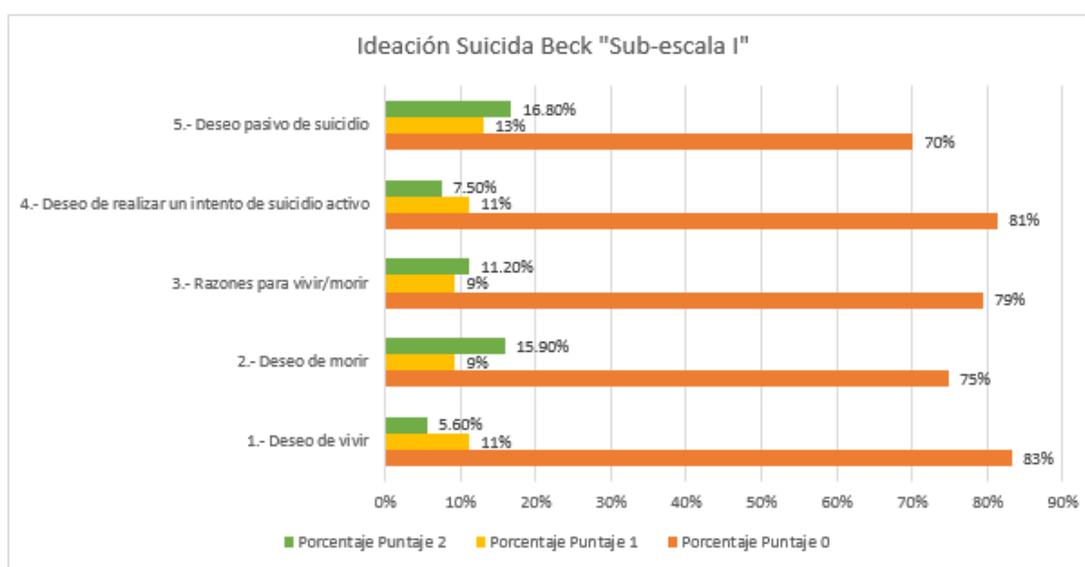


Gráfico 16. Resultados en porcentaje de “Sub-escala I” Ideación Suicida de Beck - Características de las actitudes hacia la vida y la muerte

Los resultados de la de “Sub-escala II” Ideación Suicida de Beck - Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse nos da datos importantes como que el 13% de la población reclusa ha presentado ideas suicidas crónica y continuas, el 21% de la muestra acepta tanto los pensamientos como las ideas suicidas y un alto porcentaje 30% piensa que escapar, acabar, o salir de problemas son las razones principales de la intencionalidad suicida, dichos resultados se muestran en la Tabla 5 y Gráfico 17.

	Puntaje						Total	
	0		1		2		Frecuencia Total	Porcentaje Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
6.- Duración del deseo de suicidio	85	79%	8	8%	14	13%	107	100%
7.- Frecuencia del deseo de suicidio	88	82%	9	8%	10	9%	107	100%
8.- Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio	73	68%	12	11%	22	21%	107	100%
9.- Control sobre la acción/deseo de suicidio	86	80%	12	11%	9	9%	107	100%
10.- Razones o motivos que detienen la tentativa suicida	83	78%	10	9%	14	13%	107	100%
11.- Razones para pensar/desear el intento suicida	69	65%	6	5%	32	30%	107	100%

Tabla 5. Tabla general de “Sub-escala II” Ideación Suicida de Beck - Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse.

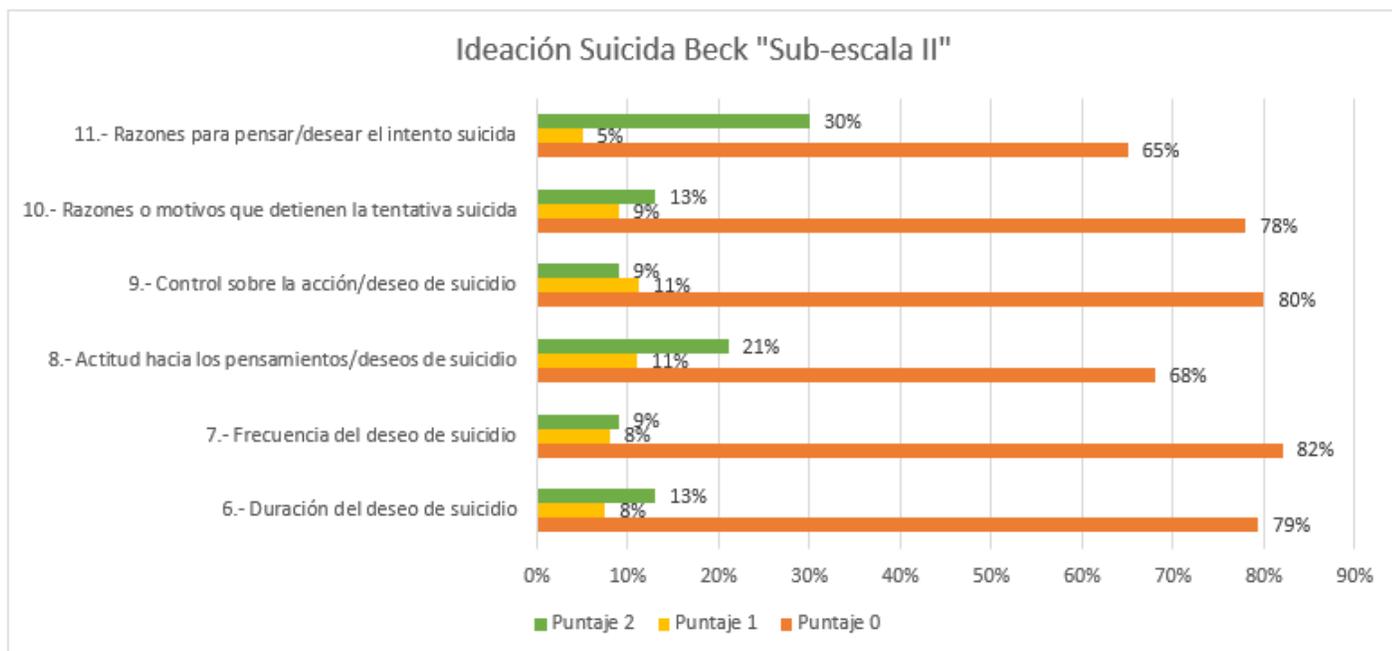


Gráfico 17. Resultados en porcentaje de “Sub-escala II” Ideación Suicida de Beck - Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse

Los resultados de la de "Sub-escala III" Ideación Suicida de Beck - Características del intento suicida nos muestra la metodología del intento, resaltando por ejemplo que el 13% de la población reclusa, presenta detalles elaborados y bien formulados en cuento a la planeación suicida, así mismo el 17% refieren un método u oportunidad disponible o la oportunidad futura de anticipar el método, y el 14% de la muestra está seguro de tener el valor necesario para presentar el intento suicida, dichos resultados se muestran en la Tabla 6 y Gráfico 18.

	Puntaje						Total	
	0		1		2		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Total	Total
12.- Método: especificidad/oportunidad de pensar en el intento suicida	87	81%	6	6%	14	13%	107	100%
13.- Método, disponibilidad/oportunidad de pensar el intento	80	75%	9	8%	18	17%	107	100%
14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	80	75%	12	11%	15	14%	107	100%
15.- Expectativa/anticipación de un intento real	83	78%	12	11%	12	11%	107	100%

Tabla 6. Tabla general de "Sub-escala III" Ideación Suicida de Beck - Características del intento suicida.

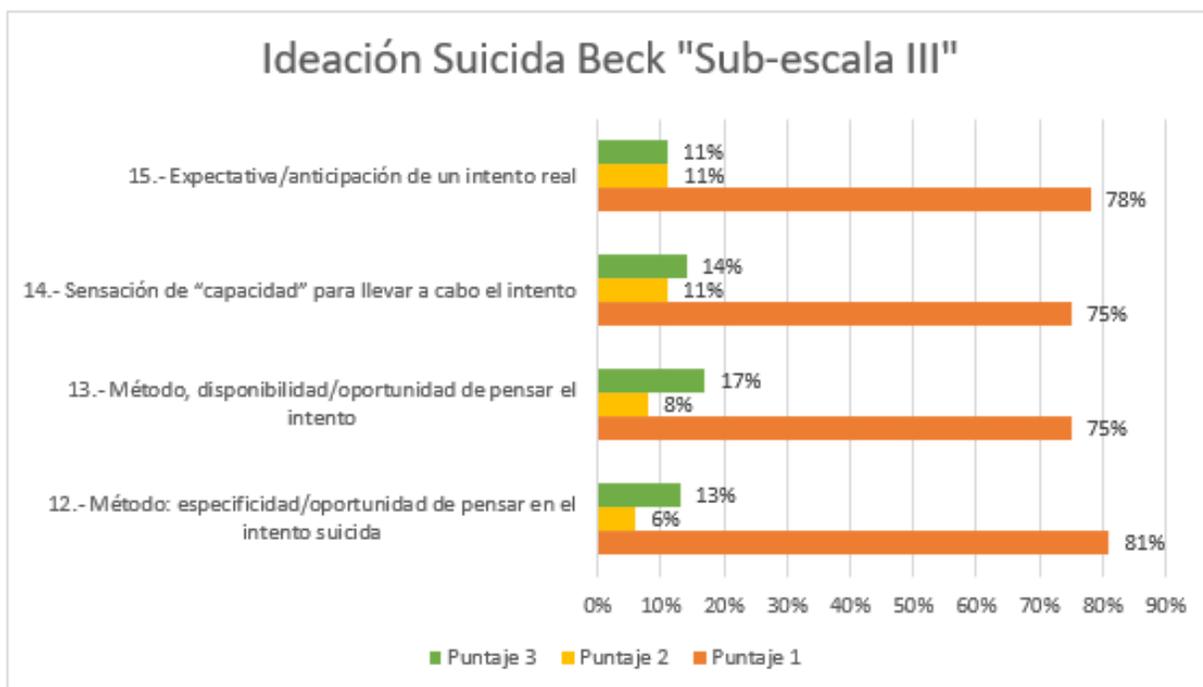


Gráfico 18. Resultados en porcentaje de "Sub-escala III" Ideación Suicida de Beck - Características del intento suicida.

La de “Sub-escala IV” Ideación Suicida de Beck - Actualización del intento suicida nos muestra en general las actitudes tomadas para el desenlace del intento suicida, por ejemplo el 11% de la muestra ha pensado, iniciado o terminado una nota suicida póstuma, el 10% ha pensado o terminado actos finales para la muerte como testamentos, arreglos o regalos y por último el 12% ha encubierto, engañado o mentido en cuanto a la intencionalidad suicida, dichos resultados se muestran en la Tabla 7 y Gráfico 19.

	Puntaje						Total	
	0		1		2		Frecuencia Total	Porcentaje Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
16.- Preparación del intento	99	92%	4	4%	4	4%	107	100%
17.- Nota suicida	95	89%	5	5%	7	6%	107	100%
18.- Acciones finales para preparar la muerte	97	90%	5	5%	5	5%	107	100%
19.- Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida	82	77%	12	11%	13	12%	107	100%

Tabla 7. Tabla general de “Sub-escala IV” Ideación Suicida de Beck - Actualización del intento suicida.

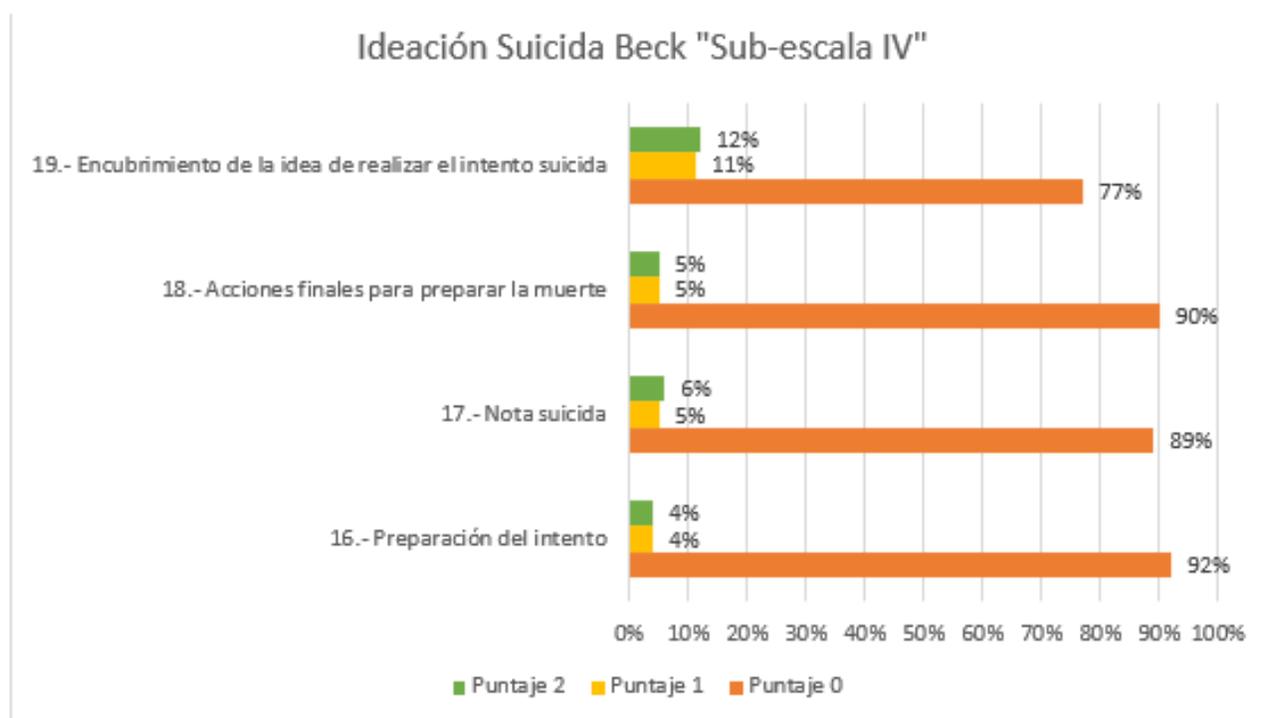


Gráfico 19. Resultados en porcentaje de “Sub-escala IV” Ideación Suicida de Beck - Actualización del intento suicida.

También se realizaron Análisis de varianza ANOVA Unidireccional y Pruebas post hoc para comparar las variables de Escolaridad en años y Edad con los 19 ítems de la escala de Ideación Suicida de Beck, sin embargo los análisis muestran que no son estadísticamente significativas y que no hay diferencias significativas con dichas variables, a excepción de la Sub escala IV en donde se nos muestra en general las actitudes tomadas para el desenlace del intento suicida, lo que nos habla de que entre más edad más probabilidad de que dejen una nota suicida o encubran, engañen o mientan en cuanto a la intencionalidad suicida representado por una edad media de 37 años para ambas. (Tabla 8 y Tabla 9).

Descriptivos								
Edad								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Ninguna	95.00	38.45	11.20	1.15	36.17	40.73	21.00	72.00
Piensa sobre ella o comenzada y no la terminada	5.00	28.40	7.37	3.30	19.25	37.55	22.00	41.00
Nota terminada	7.00	33.86	11.26	4.26	23.44	44.27	22.00	53.00
Total	107.00	37.68	11.23	1.09	35.53	39.83	21.00	72.00

Tabla 8. Análisis descriptivo Sub escala IV Parte I

Descriptivos								
Edad								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Revelo las ideas abiertamente	82	38.63	11.61	1.28	36.08	41.19	21	72
Freno lo que estaba expresando	12	38.33	9.82	2.83	32.09	44.57	25	53
Intentó engañar, ocultar, mentir	13	31.08	7.79	2.16	26.37	35.79	22	45
Total	107	37.68	11.23	1.09	35.53	39.83	21	72

Tabla 9. Análisis descriptivo Sub escala IV Parte II

## ❖ **Discusión.**

El objetivo general del estudio fue Identificar la prevalencia y características asociadas de las autolesiones en personas en situación de reclusión. en el centro varonil de rehabilitación psicosocial (CEVAREPSI). El estudio se realizó a través de la aplicación del Cuestionario de autolesiones en español, y se encontró que de los 107 hombres estudiados. el 30.8% alguna vez ha pensado en lastimarse o en tener una sobredosis, así mismo el 34.6% ha pensado en suicidarse y el 31.8% se ha lastimado o ha tenido una sobredosis. Estos resultados son concordantes con la literatura encontrada, por ejemplo, en un estudio sobre autolesiones y suicidio en centros penitenciarios a nivel internacional se menciona que el riesgo de suicidio se detectó en el 33,5% de los hombres de las cárceles en España. En ese mismo estudio se reporta que Reino Unido y Gales tuvieron una prevalencia de autolesiones en prisiones del 20-24%, Sri Lanka 43%, Grecia 49%, Suiza 26% y Australia 22%. (Maha Aon et al. 2018).

Así mismo las autolesiones se han asociado al riesgo suicida en la población penitenciaria de forma importante y determinante, nuestro estudio hizo un análisis para encontrar dicha asociación a través de tablas de contingencia con las preguntas del el cuestionario de autolesiones en donde se correlaciona la ideación suicida con tener pensamientos autolesivos y el tener conductas autolesivas, obteniendo resultados significativos a través de la prueba de chi cuadrada, los cuales también son concordantes con los modelos explicativos, muy similar a lo encontrado en otros estudios reportados en la literatura, en donde se ha visto que de 5000 muertes reportadas por suicidio en prisioneros (principalmente en los EE. UU.) se encontró que el riesgo de suicidio fue 15 veces mayor entre aquellos que experimentaron ideación suicida, y aproximadamente el 50% de las personas que murieron por suicidio en prisión tenían antecedentes de autolesiones. Así mismo en un estudio australiano, entre el 15% y el 21% y entre el 34% y el 44% de las personas en prisión informaron antecedentes de intento de suicidio e ideación suicida, respectivamente. Además, se descubrió que las autolesiones son un factor de riesgo importante para las muertes por suicidio durante el encarcelamiento, con tasas de 450 en comparación con 98 muertes por 100 000 para personas con y sin antecedentes de autolesiones, respectivamente. (Butler, A et al. 2018).

Los resultados del estudio muestran la prevalencia de autolesiones en hombres en estado de reclusión, sin embargo, también son necesarias investigaciones futuras en nuestro país sobre mujeres en estado de reclusión, por ejemplo un estudio realizado en población penitenciaria española analizó 42 prisiones con una muestra de 538 mujeres y tuvo por objetivo analizar la salud mental en dicha población, obteniendo como resultados una alta prevalencia tanto de intentos suicidas (29,6%) como de episodios de autolesiones (27,9%), (Añaños-Bedriñana et al 2017), ligeramente menor a los hombres en estado de reclusión, sin embargo un dato sumamente alarmante, que por nada debe pasar desapercibido.

Así mismo algunos estudios refieren que las conductas autolesivas dentro de la población reclusa son con la finalidad de llamar la atención o como conducta manipuladora, lo cual es una hipótesis altamente probable y valida, sin embargo, muy compleja de ser demostrada objetivamente, por ejemplo, un estudio del Departamento de Justicia Español tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la intervención grupal psicoeducativa para disminuir el número de conductas suicidas en el medio penitenciario y mencionan que el comportamiento que se analizó apunta más a mostrar personas que tienen conductas autolesivas para llamar la atención y que atienda sus reivindicaciones que a conductas autolíticas con intentos reales de hacerse daño o suicidarse. De acuerdo a dicho estudio el hecho de ingresar en el módulo de atención psiquiátrica es lo que pronostica adecuadamente si estas conductas son con finalidad suicida o no. La persona con conductas autolesivas no suicidas presenta mucha más proporción de casos de trastorno de personalidad y, en general, tiene un perfil personal, penal y penitenciario de más riesgo (Quintí Foguet, et al 2021). Sin embargo, como mencionamos en dichos resultados son muy poco objetivos motivo por el cual en nuestro estudio no se evaluó dichas conductas, las cuáles si bien es algo aparentemente común en el ámbito penitenciario, no se puede suponer que dichas aseveraciones son correctas.

En cuanto a la caracterización de las autolesiones nuestro estudio mostro los siguientes resultados, cortes en la piel 47.6%, sobredosis 14.3 %, ambos, tanto cortes en la piel como sobredosis 7.1%, algo más 28.6% (aventarse de un segundo piso, cortarse el cuello con una navaja, golpearse contra la pared y ahorcamientos), los cuales son concordantes con la literatura, en una revisión bibliográfica realizada

por la Universidad de Barcelona en centros penitenciarios de Cataluña, los resultados demostraron que las heridas fueron mayoritariamente en el brazo (64.4%) mientras un 11% fueron heridas en el vientre y un 8.2% se realizaron mediante la ingesta de un cuerpo extraño y 8.2 % fueron ahorcamientos. El resto de tipologías de autolesiones suponían el 8.2% (Roca Xavier et al 2012). Así mismo en dicha revisión se encontró una importante asociación entre el consumo de sustancias y las autolesiones, misma asociación que se encontró en nuestro estudio y que es de suma importancia ya que es una comorbilidad importante en la población con trastornos mentales. Nuestro estudio demostró que la última vez que se habían lastimado, el 42.9% habían estado intoxicados con drogas y/o alcohol, llegando a ser casi la mitad de la población que se autolesiona. La revisión bibliográfica antes mencionada demostró que uno de los datos más relevantes que obtuvieron fue el de constatar que de los 46 internos que se autolesionaron, el 84.7% eran consumidores de drogas (Roca Xavier et al 2012). Cifras bastante alarmantes ya que el juicio se suspende en estado de intoxicación y el valor necesario para presentar el acto aumenta considerablemente, por lo que es más factible que las autolesiones y el intento suicida termine en suicidio culminado. Motivo por el cual las estrategias nacionales de salud trabajan de forma acertada en crear una infraestructura de atención pública para la prevención y detección temprana de las adicciones.

En cuanto a la motivación de la última conducta autolesiva, nuestro estudio demostró que los problemas familiares (40.5%) fueron por mucho, el principal estresor relacionado con dichas conductas, así mismo Jaramillo et al., (2015), reportaron que 50% de la población penitenciaria con ideación suicida presentaban antecedentes de violencia intrafamiliar. La variable de escolaridad en años en nuestro estudio demostró que no son estadísticamente significativas y que no hay diferencias significativas con dichas variables. Sin embargo, algunos estudios mencionan cierta asociación demostrando que la población que tenía como escolaridad educación primaria presentaron en una proporción mayor riesgo de suicidio. Esto es consistente a lo reportado por Jaramillo et al., (2015), y Shagufta et al., (2015), quienes coinciden que, a menor grado escolar, mayor riesgo de suicidio.

Otro de los temas importantes que se encontraron al analizar los resultados fue la asociación entre las autolesiones y la desregulación emocional. Nuestro estudio demostró que el sentimiento principal antes de la conducta autolesiva, presentando un alto porcentaje es *Enojo* con un 35.7%, así mismo los principales sentimientos experimentados después de la conducta autolesiva fueron sentimientos relacionados al arrepentimiento (*tristeza, preocupación y vergüenza*) con un 42.9% y *Alivio* con un 11.9%, lo que nos demuestra que la impulsividad es un factor importante en la conducta autolesiva, así como la falsa sensación de alivio que es por antonomasia el núcleo fundamental de la desregulación emocional. Lo cual se corrobora con estudios enfocados en autolesiones y desregulación emocional, según Klonsky (2011), la autolesión ayuda a disminuir la intensidad de emociones como frustración, enojo y ansiedad; y las emociones negativas intensas son las que mayormente se regulan practicando la autolesión, en contraste con emociones negativas de poca agitación, como la tristeza y la soledad. De este modo, se ha dicho que la autolesión ayuda a reemplazar aquellas emociones negativas intensas por emociones positivas de poca intensidad, como la calma y el alivio (Klonsky, 2011).

#### ❖ **Conclusión.**

El objetivo de este estudio se logró. Se demostró que la prevalencia de conducta autolesiva es mayor en población en situación de reclusión, como la que se encuentra en el CEVAREPSI, que en la población general. Los principales resultados mostraron que, el 30.8% de la población penitenciaria estudiada, alguna vez ha pensado en lastimarse, así mismo, el 34.6% ha pensado en suicidarse, y el 31.8% se ha lastimado. En comparación, la prevalencia de conducta autolesiva en la población general, oscila entre 5.5 - 13.4%, lo que demuestra que nuestra hipótesis fue verdadera. La importancia de dichos resultados radica en que nos ayudan a comprender la problemática que existe en nuestro país en cuanto a autolesiones e ideación suicida, con la finalidad de una adecuada atención a la salud mental en instituciones penitenciarias. De igual manera, proporciona un sustrato para formular nuevas preguntas de investigación, en torno a factores asociados a la

conducta autolesiva. Conocimiento que se debe enfocar hacia la identificación rápida y oportuna de la conducta autolesiva y la psicopatología subyacente en la población de riesgo, como aquella con tendencia a autolesionarse y con ideación suicida, como lo es la población en las instituciones penitenciarias; para una adecuada atención psiquiátrica, evitar complicaciones e inclusive tratar de disminuir la intencionalidad suicida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention. 1 de julio de 2020. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandsafety/self-injury.html> (Accessed [24-08-2021])
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed [24-08-2021])
3. JM Arroyo-Cobo. (2015) Manifestaciones subculturales de la autolesión en el medio penitenciario. Rev Esp Sanid Penit 2015; 17: 90-91
4. Wilkinson P. (2013) Non-suicidal self-injury. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013;22(1):75-9.
5. Miriam del Rosario Flores-Soto, Martha Edith Cancino-Marentes, Ma. del Rocío Figueroa Varela. (2018) Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. Rev Cubana Salud Pública. 2018;44(4):200-216
6. Menninger KA. (1938) Man against himself. Michigan: Harcourt Brace; 1938. Available in: <http://books.google.com.ar/books?id=Uf8MAAAAIAAJ>

7. Castro Silva, E., Benjet, C., Juárez García, F., Jurado Cárdenas, S., Lucio Gómez-Maqueo, M. E., & Valencia Cruz, A. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2544–2551. doi:10.1016/j.aiprr.2016.08.004
8. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, Berenzon-Gorn S, Robles-García R, Madrigal-de León E Ángel. (2020) Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Publica Mex.* vol. 62, no. 1, enero-febrero de 2020
9. Sol Durand-Arias, Gloria Cordoba, Guilherme Borges, Eduardo Á Madrigal-de León. (2021) Collaborative care for depression and suicide prevention: a feasible intervention within the Mexican health system. *Salud Publica Mex.* 2021;63:274-280.
10. González FC, Alvarez RM, Saldaña HA, Carreño GS, Chávez HA, Pérez HR. (2005) Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the State of Guanajuato, México. *Social Behavior & Personality: An International Journal.* 2005;33(8):777-92.
11. Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, García Luna AX, Delgadillo-González Y, Chávez Flores CI, Martínez OL. (2014) Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014;42(4):159-68.

12. Mayer PA, Morales N, Figueroa GV, Ulloa RE. (2016) Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Sal Pub Mex.* 2016; 58(3): 335-6.
  
13. Joanna Halicka, Andrzej Kiejna (2018) Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med.* 2018;27(2):257–261 DOI 10.17219/acem/66353
  
14. Conterio K, Lader W, Bloom JK. (1999). *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injuries*: Hyperion Books; 1999.
  
15. (Grube M. 2004) Which types of aggressive behaviour are associated with suicidal and self-injurious behaviour at the time of admission? *Psychopathology.* 2004;37(1):419. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000077019>
  
16. Favazza AR. (2012) *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2012
  
17. Isacsson G, Rich CL. (2001) Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ: British Medical Journal (International Edition).* 2001;322:213-5.

18. Mayer PA, Morales N, Figueroa GV, Ulloa RE. (2016) Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Sal Pub Mex.* 2016.
19. Purington A, Whitlock J. (2004) *Self-Injury Fact Sheet*. New York: Cornell University; 2004.
20. Calvete E, Orue I, Aispuru L, Brotherton H. (2015) Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema.* 2015;27(3):223-8.
21. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, et al. (2003) Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003.
- 22 Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, García Luna AX, Delgadillo-González Y, Chávez Flores CI, Martínez OL. (2014.) Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014.
23. Verdolini, N., Murru, A., Attademo, L., Furio, M. A., Pacchiarotti, I., Del Mar Bonnin, C., ... Tortorella, A. (2016). Self-harm in prison inmates: not necessarily related with traumatic experiences. *European Neuropsychopharmacology*, 26, S632. doi:10.1016/s0924-977x(16)31726-6

24. Verdolini, N., Murru, A., Attademo, L., Garinella, R., Pacchiarotti, I., Bonnin, C. del M., ... Tortorella, A. (2017). The aggressor at the mirror: Psychiatric correlates of deliberate self-harm in male prison inmates. *European Psychiatry*, 44, 153–160. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.04.002
25. Murru, A., Verdolini, N., Attademo, L., Furio, M. A., Pacchiarotti, I., Bonnin, C. D. M., ... Vieta, E. (2016). Deliberate self-harm and psychiatric disorders as predictors of attempted suicide in prison inmates. *European Neuropsychopharmacology*, 26, S406–S407. doi:10.1016/s0924-977x(16)31370-0
26. Randy A. Sansone, Lori A. Sansone, (2010) Measuring Self-Harm Behavior with the Self-Harm Inventory. *Psychiatry (Edgemont)* 2010;7(4):16–20
27. Carter G, Page A, Large M, Hetrick S, Milner AJ, Bendit N, et al. (2016) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Aust New Zeal J Psychiatry*, 2016
28. Modesto Solis Espinoza y Gilda Gómez-Peresmitré. (2020) Cuestionario de riesgo de autolesión (CRA): Propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, Vol. 6, Núm. 1, Enero-Junio 2020.

29. Plener PL, Brunner R, Fegert JM, Groschwitz RC, In-Albon T, Kaess M, et al. (2016) Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: Consensus based German guidelines. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*.

30. García-Mijares, José Fernando; Alejo-Galarza, Gabriel de Jesús; Mayorga-Colunga, Samuel Rodolfo; Guerrero-Herrera, Luis Fernando; Ramírez-GarcíaLuna, José Luis. (2015) Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes *Salud Mental*, vol. 38, núm. 4, julio-agosto, 2015, pp. 287-292.

31 Maha Aon, Marie My Warborg Larsen, Marie Brasholt. (2018) Suicide & self-harm in prison. DIGNITY Publication Series on Torture and Organised Violence No. 23 - Danish Institute Against Torture.

32. Butler, A., Young, J. T., Kinner, S. A., & Borschmann, R. (2018). Self-harm and suicidal behaviour among incarcerated adults in the Australian Capital Territory. *Health & Justice*,

33. Añaños-Bedriñana, Burgos-Jiménez, R. Rodríguez-Sanjuán, A. Soriano, C. Llopis-Llacer, J.J (2017) *Salud Mental en Prisión. Las Paradojas Socioeducativas*. EDUPSYKHÉ. *Revista de Psicología y Educación*. Vol. 16-1, 98-116

34. Xavier Roca, Tutusaus, Joan Guàrdia Olmos, Adolfo Jarne Esparcia. (2012) Las Conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte. Papeles del Psicólogo, 2012. Vol. 33(2), pp. 116-128.

35. Jaramillo, G. M. R., Silva, V. C., Rojas, A. B. P., & Medina-Pérez, O. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). Revista colombiana de psiquiatría, 44(2),100-105. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.01.006>

36. Klonsky, E. D. (2011). Non suicidal self injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. Psychology Medical, 41, 1981-1986.

❖ **ANEXOS:**

- Instrumentos/ Escalas.
- Consentimiento informado.
- Carta de aceptación de asesor con visto bueno de la tesis.
- Carta de no conflicto de interés.
- Carta de solicitud y aceptación a las autoridades del CEVAREPSI

## Anexo 1: Cuestionario de Autolesionismo en Español

### Preguntas de tamizaje:

**Pregunta 1.** ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito, sin querer morir? Por ejemplo, ¿alguna vez has pensado en cortarte los brazos, muñecas u otra parte de tu cuerpo, o haber pensado en tener una sobredosis? (Marca una casilla).

- 1.- No   
 2.- Sí, una vez   
 3.- Sí, dos, tres o cuatro veces   
 4.- Sí, cinco o más veces

**Pregunta 2.** ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? (Marca una casilla)

- 1.- No   
 2.- Sí, una vez   
 3.- Sí, dos, tres o cuatro veces   
 4.- Sí, cinco o más veces

**Pregunta 3.** ¿Alguna vez te has lastimado a propósito? Por ejemplo, ¿te has cortado a ti mismo, o has tenido una sobredosis que no fuera accidental? Esto incluye todos los episodios de autolesionismo, hayas querido o no morir en ese momento (Marca una casilla)

- 1.- No   
 2.- Sí, una vez   
 3.- Sí, dos, tres o cuatro veces   
 4.- Sí, cinco o más veces

Si contestaste "No" a la pregunta 3, este es el final del cuestionario. Continúa sólo si contestaste "Sí" a la pregunta 3.

**Pregunta 4.** ¿Cuándo te lastimaste por última vez? (Marca una casilla)

- 1.- En las últimas 24 hrs.   
 2.- En la última semana   
 3.- En el último mes   
 4.- En el último año   
 5.- Hace más de un año

**Pregunta 5.** ¿Cuándo te lastimaste por última vez, tú...? (Marca una casilla)

- 1.- Te cortaste la piel (especifica cómo)   
 2.- Tuviste una sobredosis o tomaste veneno (especifica cómo)   
 3.- Ambos, te cortaste la piel y tuviste una sobredosis o tomaste un veneno (especifica cómo)   
 4.- Hiciste algo más (especifica cómo)

**Pregunta 6.** Cuando te lastimaste por última vez, ¿qué hizo que pensaras en lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Problemas familiares   
 2.- Problemas con tu novio(a)   
 3.- Problemas con la policía   
 4.- Problemas escolares   
 5.- Problemas de salud   
 6.- Problemas con el alcohol   
 7.- Problemas con alguna droga   
 8.- Algún otro (Especifica):

**Pregunta 7.** ¿Qué sentimientos experimentaste antes de lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Enojo   
 2.- Tristeza   
 3.- Preocupación   
 4.- Excitación   
 5.- Desorientación   
 6.- Tensión   
 7.- Vergüenza   
 8.- Miedo   
 9.- Algún otro (Especifica):

**Pregunta 8.** ¿Qué sentimientos experimentaste después de lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Enojo   
 2.- Tristeza   
 3.- Preocupación   
 4.- Excitación   
 5.- Desorientación   
 6.- Tensión   
 7.- Vergüenza   
 8.- Miedo   
 9.- Alivio   
 10.- Algún otro (Especifica):

**Pregunta 9.** ¿Después de lastimarte, tú...? (Marca una casilla)

- 1.- Te sentiste mejor   
 2.- Te sentiste peor   
 3.- Te sentiste igual

**Pregunta 10.** Cuando te lastimaste por última vez, ¿tú querías...? (Marca una casilla)

- 1.- Morirte   
 2.- Autocastigarte   
 3.- Mostrarle a alguien más cómo te sentías   
 4.- Dejar de sentirte mal   
 5.- Evitar hacer algo más   
 6.- Sentirte mejor   
 7.- Conseguir que otros hicieran algo   
 8.- Conseguir detener a otros de hacer algo   
 9.- Algo más (Especifica):

**Pregunta 11.** Cuando te lastimaste por última vez, ¿ingeriste...? (Marca una casilla)

- 1.- Drogas y alcohol   
 2.- Drogas   
 3.- Alcohol   
 4.- Ninguno

**Pregunta 12.** Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello? (Marca una casilla)

- 1.- Meses   
 2.- Semanas   
 3.- Días   
 4.- Minutos   
 5.- Segundos

**Pregunta 13.** Antes de lastimarte por última vez, ¿hiciste algún plan acerca de cómo lo ibas a realizar? (Marca una casilla)

- 1.- No
- 2.- Sí, parcialmente
- 3.- Sí, detalladamente

**Pregunta 14.** Antes de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien acerca de tu intención? (Marca una casilla)

- 1.- A nadie
- 2.- A alguien a quien conocía

Especifica a quien:

---

¿Cómo se lo hiciste saber?:

- 3.- Alguien a quien no conocía

¿Cómo se lo hiciste saber?:

---

**Pregunta 15.** Después de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien sobre lo que habías hecho? (Marca una casilla)

- 1.- A nadie
- 2.- A alguien a quien conocía

Especifica a quien:

---

¿Cómo se lo hiciste saber?:

- 3.- Alguien a quien no conocía

¿Cómo se lo hiciste saber?:

---

## 6.2. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

- 
14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*  
0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente  
1. Inseguridad sobre su valor  
2. Seguros de su valor, capacidad
- 
15. *Expectativas/espera del intento actual*  
0. No  
1. Incierto  
2. Sí
- 
16. *Preparación actual para el intento contemplado*  
0. Ninguna  
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)  
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
- 
17. *Nota suicida*  
0. Ninguna  
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada  
2. Nota terminada
- 
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*  
0. Ninguno  
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos  
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
- 
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*  
0. Reveló las ideas abiertamente  
1. Frenó lo que estaba expresando  
2. Intentó engañar, ocultar, mentir

## **Consentimiento informado.**

Se le invita a participar en un estudio de investigación en Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial CEVAREPSI, el cual requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

El objetivo es Identificar la prevalencia y características asociadas de las autolesiones en personas en situación de reclusión por medio de la aplicación del Cuestionario de Autolesiones en Español y la Escala de ideación suicida de Beck.

Cabe mencionar que el estudio corre por cuenta del investigador, por lo que no se le solicitará ningún aporte económico.

Dicha información nos servirá a los médicos para comprender más acerca de este padecimiento y cómo podemos ayudar de una mejor manera a todos los pacientes que son diagnosticados.

En caso de aceptar participar en este estudio será supervisado por psiquiatras entrenados sobre el tema a abordar y se le pedirá contestar algunos cuestionarios.

1.Su participación es totalmente voluntaria, previa aclaración de dudas con el investigador.

2.Usted podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento

3.Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y sobre los resultados de sus cuestionarios.

4.Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el estudio.

5.Los datos obtenidos a partir de la entrevista y los cuestionarios son confidenciales y se utilizarán única y exclusivamente con fines académicos y de investigación.

6.Su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Si usted tiene necesidad de información complementaria comuníquese con el responsable del estudio, el médico residente del 3 año de psiquiatría: Abraham Vázquez Torres.

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

He leído la hoja de información y entiendo su contenido y de qué se trata el estudio. Me he entrevistado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio. Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto repercuta negativamente en mi atención médica y tratamiento. Mi identidad no será revelada

en ninguna referencia al estudio y/o sus resultados. De acuerdo con esta información, acepto participar voluntariamente en este estudio

Nombre del Paciente\_\_\_\_\_

Firma del Paciente\_\_\_\_\_

Nombre del testigo\_\_\_\_\_

Firma del Testigo\_\_\_\_\_

Nombre del Investigador

Abraham Vázquez Torres

Firma del Investigador\_\_\_\_\_

Ciudad de México a 12 de febrero del 2022

**DR. RICARDO MORA DURAN**  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN  
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **ABRAHAM VÁZQUEZ TORRES** Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**ATENTAMENTE**



**Dr. Fernando Lopez Munguía**  
**Jefe del Servicio de Psiquiatría Legal**

c.c.p.- MIRA: JANET JIMÉNEZ GENCHI.- Secretaria y Coordinadora del Comité de Investigación

Ciudad de México a 12 de febrero del 2022

**DR. RICARDO MORA DURAN**

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN  
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **ABRAHAM VÁZQUEZ TORRES** Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**ATENTAMENTE**



**Dra. Lina Díaz Castro**  
**Médico Especialista en Psiquiatría**

c.c.p.- MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI.- Secretaria y Coordinadora del Comité de Investigación

## 1. Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Yo Abraham Vázquez Torres como Medico Residente personal adscrito a Hospital Psiquiatrico F.47 Bernardo Alvarez y con \_\_\_\_\_ número de empleado \_\_\_\_\_ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

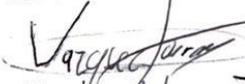
Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA:

Ciudad de México a 20 de Diciembre del 2021

NOMBRE Y FIRMA:

  
Abraham Vázquez Torres

Ciudad de México a 12 de noviembre del 2021

Lic. Jaime Abasolo Rizada  
Director del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial CEVAREPSI  
Javier Piña y Palacio s/n esq. Martínez Castro, Col. San Mateo Xalpa  
CP 16800, Del. Xochimilco.  
PRESENTE



Por medio de la presente le solicito autorización para realizar un estudio de investigación en población en estado de reclusión en la institución a su dicho cargo. El estudio se titula **PREVALENCIA DE AUTOLESIONES EN PERSONAS RECLUSAS EN EL CENTRO VARONIL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CEVAREPSI) DE LA CIUDAD DE MÉXICO UTILIZANDO EL CUESTIONARIO DE AUTOLESIONES EN ESPAÑOL**. En cuanto a la logística y metodología de la investigación se pretende solicitar un espacio físico, en donde así mismo se solicitarán grupos de 10 personas en estado de reclusión las cuales se les asignará un bolígrafo y dos cuestionarios (Cuestionario de autolesiones en español y la escala de intencionalidad suicida de Beck), los cuales tienen una duración aproximada de 20 minutos en total. Se planea realizar escalas en un horario de 16:00 horas a las 20:00 horas, con una estimación de 3 a 5 días en total para completar la muestra de 150 participantes, con una propuesta tentativa de los días 8 de diciembre al 12 de diciembre del 2021.

Así mismo me es grato infórmale que dicho estudio ha sido aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez anexándose documentación correspondiente.

Sin más por el momento me despido y agradezco su atención brindada.

ATENTAMENTE

Abraham Vázquez Torres

Médico residente de 3er año

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

c.c.p. Dr. Augusto Gómez Cruz Director Médico del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial CEVAREPSI