



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN MUJERES CON AUTOLESIONES,
EVALUADAS EN HOSPITALIZACIÓN CONTINUA DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ".

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN:
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
SANTOS RAFAEL ATILANO RODRÍGUEZ

ASESOR DE TESIS
DR. PABLO VERA FLORES

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Pablo Vera Flores', written over a light blue circular stamp.

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2023





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.

RESUMEN.

ANTECEDENTES. Las autolesiones sin ideación suicida o intención suicida son actos autolíticos con alteraciones en funciones ejecutivas acompañadas de desregulación emocional.

OBJETIVO: Analizar el funcionamiento ejecutivo en mujeres entre 18 y 55 años que presentan autolesiones evaluadas en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó muestra de pacientes de sexo femenino con antecedente de autolesiones entre agosto – noviembre de 2021. Las pacientes se evaluaron mediante entrevista clínica, pruebas neuropsicológicas y con el test de autolesiones SHQ.

RESULTADOS: El diagnóstico principal fue Trastorno depresivo mayor. Se demostró alteración en flexibilidad cognitiva y adaptabilidad en el 30-35% de la población.

CONCLUSIONES: Hay asociación estadísticamente significativa entre funcionamiento ejecutiva, autolesiones y trastorno depresivo mayor.

Palabras clave: *trastornos psiquiátricos, autolesiones no suicidas, funciones ejecutivas, impulsividad.*

ÍNDICE

APARTADO	Página
1.- RESUMEN	1
2.- ABREVIATURAS	3
3.- MARCO TEÓRICO	4
4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
6.- JUSTIFICACIÓN	11
7.- OBJETIVO GENERAL	12
8.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
9.- HIPÓTESIS	12
10.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	12
11.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
13.- RESULTADOS	20
15.- DISCUSIÓN	23
16.- CONCLUSIONES	25
17.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
18.- ANEXOS	32

ABREVIATURAS.

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

ALNS: Autolesiones No Suicidas.

CPF: Corteza prefrontal.

HHA: Hipotálamo-Hipófisis- Adrenal.

RSQ: Responses to stress Questionnaire.

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – 5.

CIE – 10: Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, versión oficial número 10.

fMRI: Resonancia magnética funcional.

ERGT: Emotional regulation group therapy.

ISRS: Inhibidor de la recaptura de serotonina.

IRSN: Inhibidor de la recaptura de serotonina y noradrenalina.

AMAI: Asociación Mexicana de agencias de inteligencia de mercado y opinión.

MARCO TEÓRICO

Introducción

Los diversos estresores psicosociales pueden convertirse en una emergencia de psicopatología cuando el manejo de estrés no puede llevarse a cabo de forma exitosa.

Es sabido que en la población femenina existe un mayor riesgo para presentar autolesiones no suicidas (ALNS) y en años recientes, por el incremento en su prevalencia, se han convertido en un problema de relevancia a nivel clínico y social, constituyéndose, así mismo, como posibles predictores de intentos suicidas.¹⁴

Las autolesiones sin intención suicida son aquellos daños en el cuerpo autoinflingidos e intencionales sin un intento suicida, lo cual no es socialmente sancionado.

Se han relacionado las conductas autolesivas con fallas en el funcionamiento ejecutivo con tendencia a la impulsividad.

Las conductas autolesivas se han asociado con patología psiquiátrica comórbida, como las adicciones, los trastornos de conducta alimentaria y los intentos de suicidio. Por tal motivo la presencia de ALNS se consideran indicadores de riesgo en la salud mental.

Antecedentes

El estrés existe en cualquier etapa del desarrollo humano. Lazarus y Folkman, plantean que el estrés se da cuando una situación particular desborda los recursos de la persona afectando su bienestar. Este planteamiento considera fundamental la relación individuo-entorno, en la cual no siempre es suficiente la sola situación estresante, sino también los procesos ejecutivos. El manejo de situaciones estresantes favorece la aparición de manifestaciones fisiológicas y psicológicas negativas.

La construcción estrechamente relacionada de la regulación de las emociones incluye procesos o estrategias que permiten a los individuos cambiar la duración o la magnitud de una respuesta emocional, incluidas las emociones que se experimentan en respuesta a eventos estresantes o adversidades crónicas³. Las habilidades requeridas para afrontar eventos estresantes y regular emociones, incluyendo aquellas que se elevan en respuesta

al estrés, son aspectos fundamentales y penetrantes del desarrollo que emergen en el curso de la niñez, adolescencia y adultez temprana. El desarrollo del afrontamiento y la regulación emocional refleja la coordinación y la interacción de procesos sociales, cognitivos, afectivos y desarrollo cerebral. Además, el afrontamiento y la regulación emocional juegan un rol central en los modelos diagnósticos de intervenciones preventivas y tratamientos para problemas psicológicos y trastornos mentales⁴.

Regulación emocional:

Se han realizado varias definiciones para regulación emocional. Se ha definido que la regulación emocional es el proceso por el cual los individuos influyen en las emociones que tienen, cómo experimentan y expresan estas emociones, y más recientemente, cómo es el proceso por el cual los individuos influyen en la ocurrencia, el momento, la naturaleza, la experiencia y la expresión de sus emociones. La regulación de las emociones se organiza en torno a emociones específicas (por ejemplo, tristeza, miedo, ira) e incluye esfuerzos para regular hacia arriba o hacia abajo las emociones positivas y negativas. Las conceptualizaciones de la regulación emocional incluyen procesos intrínsecos y extrínsecos para lograr objetivos o funcionar de forma adaptativa⁴.

Fisiopatología del estrés

Los cambios asociados con la maduración de regiones y circuitos cerebrales para control de emociones y capacidad cognitiva se genera a partir de un período largo y progresivo de plasticidad desde etapas tempranas para preparar al individuo a diferentes escenarios. Los humanos tienen uno de los rangos más lentos de desarrollo cerebral en comparación con otras especies, tomándoles años para alcanzar la madurez.

Las personas con antecedentes de exposición al estrés tienen un riesgo elevado de desregulación afectiva, y esta característica central da lugar a una amplia gama de desafíos psicosociales, que incluyen ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, problemas de externalización, trastornos alimentarios y autolesiones⁸.

Maduración de circuitos cerebrales

En el desarrollo cerebral la región de la amígdala es la que se encarga de procesar información para la supervivencia del ser humano. Los factores estresantes significativos se han asociado con una mayor reactividad de la amígdala⁸.

La exposición al estrés también se asocia con alteraciones en el desarrollo de conexiones entre las regiones de amígdala y CPF⁸.

La naturaleza de la conectividad de la amígdala y la CPF, tiene implicaciones para la salud mental futura. En la edad adulta, una conectividad más débil se asocia con un aumento de la ansiedad, lo que sugiere que las alteraciones inducidas por el estrés en la conectividad amígdala-CPF durante la adolescencia pueden ser la base de las dificultades emocionales tras la exposición al estrés en el desarrollo⁸.

La participación del eje HHA puede vincularse con patología sistémica inflamatoria ante diferentes estresores, existiendo también literatura que documenta desregulación de la función inmune celular mediada por neurotransmisores, citocinas y por vía autonómica.

Los procesos neurobiológicos relacionados con la capacidad de responder a factores estresantes, destaca el papel de la serotonina, demostrándose que niveles bajos de este neurotransmisor se asocia a comportamientos impulsivos, agresivos, depresión e intentos de suicidio, lo cual es moderado por alteraciones genéticas en la neurotransmisión de serotonina, involucrando genes que codifican para transportadores de serotonina (5-HTTLPR, 5HT2c gen) y metabolismo del triptófano (alelo L de TPH), que condicionan aumento en la reactividad cognitiva y alteración en la regulación emocional frente a adversidades ambientales, lo cual impacta en el eje HHA (Hipotálamo-hipófisis-adrenal), en el que está involucrado el cortisol, aumentando el nivel de estrés⁹.

Niveles bajos de serotonina en la CPF juega un papel causal en la variación individual, tanto en la agresión como en la flexibilidad del comportamiento. La variación individual en el aporte serotoninérgico a la CPF medial puede explicar las diferencias en la dimensión del estilo de afrontamiento¹⁰.

Es importante señalar que los aspectos de la flexibilidad conductual parecen estar correlacionados con el nivel individual de agresión, lo que sugiere que la flexibilidad conductual puede considerarse como un componente bastante fundamental y presumiblemente estable de la dimensión del estilo de afrontamiento. También podría explicar la consistencia del comportamiento individual en diferentes contextos. Una capacidad reducida de inhibición del comportamiento no solo afectará la forma en que un animal trata con su entorno social, sino también cómo lidia con otros estímulos¹⁰.

Medición de función ejecutiva:

Algunas de las pruebas neuropsicológicas más conocidas son: el Stroop, el Stop Signal, el Matching familiar figures, el de Iowa Gambling Task (para identificar juego patológico), las cartas de Wisconsin, la torre de Londres y las tareas de ejecución continua¹³.

Las pruebas ocupadas en la presente tesis son : Las Cartas de Wisconsin y prueba de Stroop, las cuales cuentan con las siguientes características:

1. Test de Stroop:

El test de Stroop es una prueba de aplicación individual con una duración aproximada de 5 minutos. La versión consta de 3 láminas que contienen 5 columnas de 20 elementos separadas entre sí. La primera lámina es para lectura de palabras, la segunda para denominación de colores y la tercera con condición de interferencia palabras-colores. La primera contiene nombres de colores escritos con tinta negra. En la segunda aparecen cien manchas cuyo color debe nombrarse. La tercera muestra nombres de colores, escritos con un color diferente al representado. Por ejemplo, aparecerá la palabra gris en color rojo o la palabra verde en color azul.¹³ Se trata de no pronunciar la palabra escrita, sino el color en el que esta aparece. En este último caso, el automatismo de la lectura se ve afectado por una interferencia: la discrepancia existente entre el sentido semántico de lo escrito y su color¹³.

El test de Stroop permite evaluar la capacidad de inhibición de una conducta y la habilidad individual para resistir interferencias de tipo verbal en la atención. Esta capacidad nos permite ser receptivos a los estímulos ambientales y realizar tareas de forma eficiente

mediante el uso de un proceso de atención selectiva, por lo que de forma indirecta evalúa la función de la corteza prefrontal, con una consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach para la sub escala P: 0.74, para la sub escala C: 0.72 y para la subescala PC: 0.74¹³.

2. Cartas de Wisconsin:

Esta tarea consiste en descubrir una regla o criterio de clasificación a través del emparejamiento de una serie de tarjetas que varían en función de tres categorías básicas (forma, color y número). Además, el sujeto debe adaptar la respuesta a los cambios en el criterio de clasificación que se producen cada vez que el examinado da una serie de respuestas consecutivas correctas¹³.

En esta prueba se evalúa la dificultad del sujeto para modificar su conducta y lograr aprender nuevas respuestas dejando de utilizar la estrategia aprendida con anterioridad (Flexibilidad cognitiva). Alfa de Cronbach de 0.88 a 0.97¹³.

Autolesiones No Suicidas (ALNS):

Las autolesiones sin intención suicida son aquellos daños en el cuerpo autoinflingidos e intencionales sin un intento suicida, lo cual no es socialmente sancionado. Esta definición excluye comportamientos autoinflingidos de manera accidental o indirecta (ejemplo: trastorno de la conducta alimenticia o abuso de sustancias), comportamientos suicidas, así como comportamientos socialmente aceptados como el tatuaje, piercings o rituales religiosos.¹⁴

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, quinta versión (DSM-5) se incluyen las autolesiones sin intento de suicidio, como Autolesiones No Suicidas con los siguientes criterios para el diagnóstico ²³:

A. En el último año, durante al menos 5 días, el sujeto se ha auto-inflingido de manera intencional daño en la superficie de su cuerpo, del tipo que puede inducir sangrado o

moretones o dolor. La conducta no es de naturaleza común ni trivial, como lo es el hurgarse una herida o morderse las uñas

B. La lesión intencional está asociada con al menos dos ítems de los siguientes:

B1. Pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada, o auto-crítica, que ocurran en el período inmediatamente previo al acto de autolesión.

B2. Antes de incurrir en el acto, existe un período de preocupación (pensamientos alrededor de) acerca de la conducta a realizar que es difícil de resistir.

B3. El impulso de realizar la autolesión ocurre frecuentemente, aunque no se haya tenido que actuar consecuentemente.

B4. La actividad se realiza con un propósito; este puede ser el alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo, o una dificultad interpersonal, o para inducir un estado emocional positivo. El paciente anticipa que esto va a ocurrir ya sea durante o inmediatamente después de la autolesión.

C. La conducta y sus consecuencias afectan áreas como la interpersonal, académica u otras.

D. La conducta no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación. En sujetos con un trastorno del desarrollo, la conducta no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. La conducta no se debe a ningún otro trastorno mental o médico (por ejemplo, trastornos psicóticos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, síndrome de Lesch- Nyhan).

Epidemiología:

De acuerdo a la bibliografía las tasas internacionales de prevalencia se da sobre todo en adolescentes del 17-18% para al menos una incidencia de ALNS, reportándose además una prevalencia de ALNS de por vida de 18-37%⁹.

Las ALNS muestran un pico importante en la adolescencia, los investigadores han descrito como la prevalencia de estas fue más alto entre los 15 y 16 años y disminuye después de los 17 años¹⁵.

Un metaanálisis mostró que las ALNS en la adolescencia y la adultez temprana afecta más comúnmente a las mujeres jóvenes (odds ratio 1.5), mientras que la diferencia entre los sexos se ve más claramente en las muestras clínicas. Parece que también existe una

diferencia entre los sexos con respecto a los métodos de ALNS. Las mujeres jóvenes tienden a infligir recortes en más casos, mientras que los hombres jóvenes parecen golpearse más que las mujeres jóvenes (55.0% versus 42.4%)¹⁵.

Las ALNS también representan un factor de riesgo para el comportamiento suicida posterior (OR = 4.27). Esta relación puede explicarse por la teoría interpersonal del suicidio, ya que incluso cuando las ALNS actúan como una respuesta a corto plazo para hacer frente a los pensamientos suicidas, en última instancia, puede aumentar el riesgo de suicidio a través de procesos como el desarrollo de la capacidad de un individuo para autolesionarse (es decir, una capacidad adquirida).²⁰

Los factores de riesgo para presentar autolesiones se encuentran los siguientes :³

1. Demográficos: Sexo femenino, estar en etapa de adolescencia, desempleo, vivir solo.
2. Familiares: Problemas de salud en los padres, estrés mental que afecta a uno o dos padres, padres separados, conflictos en la relación padre-hijo.
3. Trastornos mentales y síntomas: Trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, desesperanza, agresión y/o alteraciones en el comportamiento de tipo externalizado, trastorno de personalidad cluster B, trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones internalizadas, dificultad para regulación emocional, abuso de sustancias
4. Abuso y maltrato en la niñez. Maltrato y negligencia física, maltrato y negligencia psicológica, abuso sexual
5. ALNS y conducta suicida: Historia previa de ALNS, historia previa de pensamientos suicidas e intentos, experiencia de ALNS en pares.⁵

La evaluación sistemática de las causas de las ALNS puede ayudar a los médicos a comprender mejor el sentido de las conductas autolesivas. El Cuestionario de autolesiones (SHQ por sus siglas en inglés) es un cuestionario auto-aplicable de 15 reactivos enfocado en identificar la presencia de pensamientos y conductas autolesivas.

Los autores encontraron que la sensibilidad de la escala para detectar ALNS es de

95%, su sensibilidad de 35%, su valor predictivo positivo de 72% y su valor predictivo negativo de 90%. El SHQ-E presentó una alfa de Cronbach de 0.960, IC 95% (0.954 - 0.966) y una estabilidad temporal a tres meses de 0.9787, IC 95% (0.959 – 0.989), $p < 0.001$.²⁰ La escala fue validada en versión español, por los autores García-Mijares et al., en México en el año 2015.²⁰

Por lo anterior se considera que los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico o cultura. La depresión por sí sola, representa 4,3% de la carga global de enfermedad, y se encuentra entre las principales causas de discapacidad en el mundo, por lo que tener en cuenta esta información repercute en el cuidado de la salud mental poblacional.²⁰

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las mujeres con ALNS presentarían mayor disfunción ejecutiva?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se ha reportado que los pacientes con conductas autolesivas presentan con mayor frecuencia una falla en las funciones ejecutivas, lo que orientaría a un sustrato neurobiológico vinculado con disfunción ejecutiva y una pobre capacidad resolutive ante problemas generadores de estrés, lo que impide una resolución asertiva de conflictos y la emergencia de conductas autolesivas, que, de no ser identificadas y tratadas, constituyen un factor de riesgo para la presencia de conductas suicidas.

JUSTIFICACIÓN

Las conductas autolesivas se han asociado con patología psiquiátrica comórbida, como los son las adicciones, los trastornos de conducta alimentaria y los intentos de suicidio. Por tal motivo la presencia de ALNS se consideran indicadores de riesgo en la salud mental.

En la literatura se menciona la asociación de las conductas autolesivas con dificultades

en el afrontamiento ante estrés, así como tendencia a la disfunción ejecutiva. Es importante describir la relación existente entre el funcionamiento cognitivo ejecutivo y las características clínicas de las autolesiones a fin de buscar identificar los parámetros cognitivos implicados en el manejo del estrés.

OBJETIVO GENERAL.

Describir el funcionamiento ejecutivo en mujeres entre 18 y 59 años que presentaran autolesiones y que fueran evaluadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez entre julio-diciembre 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la función ejecutiva de una muestra de pacientes entre 18 y 59 años que presentaran autolesiones evaluados por el servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Describir las características sociodemográficas de la muestra.
3. Describir las características clínicas de las conductas autolesivas de la muestra.

HIPOTESIS

Las pacientes con ALNS presentaran una disfunción ejecutiva.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1. Tipo de estudio.

Es un estudio clínico descriptivo, transversal.

2. Muestra

Se tomaron en cuenta todas las pacientes mujeres con autolesiones hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo agosto-noviembre de 2021.

Por la pandemia SARS-Cov2 la muestra fue pequeña, un total de 18 pacientes muestreados.

3. Universo de trabajo

Pacientes con autolesiones no suicidas

4. Población Objetivo

Pacientes adolescentes con autolesiones no suicidas atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

5. Población elegible

Pacientes de 18 a 59 años con autolesiones no suicidas hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el período comprendido entre julio – diciembre de 2021.

6. Criterios de selección:

- a. Criterios de inclusión:** Pacientes entre 18 a 59 años, femeninos, que cumplieran con los criterios propuestos por el DSM 5 para las ALNS y que aceptaran participar en el estudio previo asentimiento y consentimiento informado.
- b. Criterios de exclusión** Pacientes que contaran con diagnóstico de retraso mental, trastornos psicóticos o trastorno generalizado del desarrollo.

7. Material y Métodos

Todas las pacientes detectadas en el periodo comprendido entre agosto-noviembre 2021 fueron evaluados por un servidor.

Se realizó una entrevista clínica semiestructurada a la paciente para la obtención de datos sociodemográficos en la hoja de recolección de datos diseñada ex profeso para el estudio. Durante la misma sesión se aplico el test de autolesiones: “Self- Harm Questionnaire, versión en español”.

En una segunda sesión se aplicó el Test de clasificación de cartas de Wisconsin y el Test de Stroop como parte de la evaluación de las funciones ejecutivas.

8. Tipo de muestreo:

Se realizó muestreo necesario, es decir, se incluyeron todos los pacientes que pudieron ser captados y que cumplieron los criterios de selección.

9. Análisis estadístico.

Las variables nominales se describieron en porcentajes, mientras que las numéricas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó U de Mann-Whitney para comparar los puntajes de las pruebas de Wisconsin y Stroop y las variables clínicas de las pacientes con ALNS.

17. Descripción de variables

Variable	Definición categórica	Definición operacional	Tipo de Variable según su naturaleza	Tipo de variable según su relación	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona ²²	Años cumplidos del paciente al momento de la entrevista	Cuantitativa Continua	Independiente	Numérica
Sexo	Condición orgánica, que distingue a los individuos en masculino o femenino. ²²	Sexo del paciente, femenino o masculino	Cualitativa	Independiente	Dicotómica Nominal
Escolaridad	Período de asistencia a un centro	Grado escolar que cursa al momento del	Cualitativa	Independiente	Nominal

Diagnóstico	escolar ²² Determinación de una enfermedad por signos y síntomas ²²	estudio el paciente Diagnóstico psiquiátrico del paciente, en caso de tenerlo. Diagnóstico médico del paciente.	Cualitativa	Independiente	Nominal
Socialización	Hacer vida de relación social ²²	Presencia o ausencia de socialización con pares	Cualitativa	Independiente	Dicotómica Nominal
Nivel socioeconómico	Medición del nivel de bienestar de un hogar, es decir, el nivel en el cual están satisfechas las necesidades de una familia.(AMAI)	Nivel socioeconómico o dependiendo del ingreso monetario mensual: -Alto: ingreso mensual mayor a 90 mil pesos mexicanos -Medio: ingreso mensual mayor a 40 mil pesos mexicanos -Bajo: Ingreso mensual por debajo de 7900 pesos mexicanos	Cualitativa	Independiente	nominal
Abuso	Delito	Existencia o no	Cualitativa	Independiente	Dicotómica

<p>Tipo de abuso</p>	<p>consistente en la realización de actos perjudiciales contra una persona.²² Delito consistente en la realización de actos perjudiciales contra una persona de forma específica</p>	<p>de historia de abuso en el paciente Tipo de abuso que ha presentado el paciente: -Físico -Sexual -Negligencia -Sexual</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Independiente</p>	<p>Dicotómica</p>
<p>Abuso sexual</p>	<p>Delito consistente en la realización de actos contra la libertad sexual de una persona.²²</p>	<p>Tipo de abuso sexual que haya presentado el paciente de acuerdo a la clasificación propuesta por la UNICEF: -Manoseos, frotamientos, contactos y besos sexuales. -El coito interfemoral (entre los muslos). -La penetración sexual o su intento, por vía vaginal, anal y bucal. -El exhibicionismo y el voyeurismo por adultos. -Actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Independiente</p>	<p>Nominal</p>

lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual del adolescente.
 -La exhibición de pornografía. En ocasiones, disfrazada como "educación sexual".
 -Instar a que los adolescentes tengan sexo entre sí o fotografiarlos en poses sexuales.
 -Contactar a un adolescente vía internet con propósitos sexuales (grooming).

Edad en la que se presentó el abuso	Momento en la vida del paciente que presentó el abuso	Edad en años en la que el paciente presentó el abuso	Cuantitativa	Independiente	Numérica
Relación con el perpetrador del abuso	Relación familiar o social con la persona que realizó el acto de abuso hacia el adolescente	Relación o no con la familia	Cualitativa	Independiente	Nominal
Severidad de las autolesiones	Descripción de la gravedad de las heridas autoinflingidas	Tipo de gravedad por criterios clínicos: -Severas: (Más de 5 veces al año). Realizado por	Cualitativa	Independiente	Nominal

2 o más métodos, la herida o acto compromete tejidos más profundos que requieren intervención médica o quirúrgica y/o se comprometen otros sistemas y se ha realizado en más de 2 partes del cuerpo.

-Moderadas: (Menos de 5 veces al año) Realizado por 2 métodos diferentes, la herida compromete tejidos más profundos que ameritan intervención médica o quirúrgica, se ha realizado en más de dos partes del cuerpo, y su resolución amerita más de 15 días.

-Leves: (Menos de 5 veces al año) Realizado por medio de un sólo método, la herida se encuentra de manera superficial sin implicar daño a tejidos

<p>Función ejecutiva</p>	<p>Conjunto de actividades cognitivas que favorecen llevar a cabo un plan coherente dirigido hacia el logro de una meta específica</p>	<p>subcutáneos, y su recuperación no amerita reparación quirúrgica, con resolución en menos de 15 días.</p> <p>Resultados adecuados o no, de acuerdo a las pruebas neuropsicológicas para la exploración de inhibición y flexibilidad cognitiva: STROOP y WISCONSIN.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Dicotómico</p>
---------------------------------	--	--	--------------------	--------------------	-------------------

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con el Artículo 17, Título II Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos y a las Guías de Buenas prácticas Clínicas (GPC), se considera un estudio de riesgo mínimo, ya que solo se realizó evaluación clínica psiquiátrica y psicológica, por lo que no se consideró que el estudio tuviera riesgos para la vida o la función de los pacientes.

De cualquier manera, a los padres se les proporcionó y explicó el consentimiento informado a fin de explicar los objetivos del estudio. Se aclararon las dudas pertinentes y se especificó que, de no desear participar, ello no cambiaría la atención que recibían en la institución y que todos los datos obtenidos en el presente estudio serán confidenciales.

A los pacientes que presentaron patología psiquiátrica se les dio la opción de recibir atención en la institución.

RESULTADOS

La muestra estudiada consistió en 18 pacientes con antecedente de autolesiones no suicidas. La media de edad de 28 años.

El nivel socioeconómico era bajo en 8 (44.4%) y medio en 10 (55.6%). La madre estaba presente en el 100% de los hogares, mientras que se encontró ausencia paterna en 6 (33%) de las familias.

En cuanto al ámbito escolar se reportaron los siguientes datos; escolaridad secundaria en 2 (11%), 10 (56%) bachillerato y 6 (33%) licenciatura

Y aunque casi todas referían una adecuada relación con pares en 16 (88.9%).

Dentro de los antecedentes personales patológicos se encontraron los siguientes

diagnósticos médicos no psiquiátricos; dermatitis atópica en 2 (11.1%), lupus eritematoso sistémico en 2 (11.1%), artritis reumatoide 2 (11.1%), arteritis de Takayasu 2 (11.1%), epilepsia 2 (11.1%) y solo 10 (44.4%) estaban físicamente sanas.

Como antecedentes médicos psiquiátricos se reportó antecedente de diagnóstico de trastorno mixto depresivo-ansioso en 4 (20.2%), trastorno depresivo moderado en 10 (55.6%) y trastorno depresivo mayor grave en 4 (20.2%).

En 8 (44.4%) de las pacientes se encontró historia de maltrato, 4 (22.2%) reportaron maltrato psicológico, 2 (11.1%) abuso sexual con penetración, perpetuado por familiar y 2 (11.1%) abuso por grooming, siendo el acosador ajeno a la familia. En 4 (22.2%) chicas se reportó más de un tipo de maltrato.

Las características de las autolesiones de acuerdo a su gravedad fueron; leves en 16 (88.9%) casos y moderadas en 2 (11.1%). En cuanto a la localización de las lesiones 12 (66.7%) fueron en un solo sitio corporal, mientras que 6 (33.3%) se habían lesionado más de un segmento del cuerpo. La mayor parte de las pacientes 12 (66.7%) mencionaron haber tenido conductas autolesivas en más de cinco ocasiones y solo 6 (33.3%) habían parado dicha actividad con menos de cinco ocasiones de ALNS. Como motivación para provocarse las lesiones 12 (66.7%) pacientes refirieron hacerlo buscando liberar ansiedad y 6 (33.3%) presentaban enojo y fantasías de muerte, sin buscar suicidarse al momento de lesionarse. Posterior a provocarse lesiones 8 (44.4%) refirieron sentir mejoría del estado anímico, 4 (22.2%) se sintieron peor y 6 (33.3%) no tuvieron ningún cambio. Solo 2 (11.1%) dieron aviso previo a autolesionarse y 4 (22.2%) lo relataron después de haberse lastimado. En la mayoría, 12 (66.7%), las autolesiones fueron descubiertas por personal médico. En 16 (88.9%) de los casos, se encontró ideación suicida al momento de la entrevista.

En la evaluación con prueba de clasificación de Cartas de Wisconsin para funciones ejecutivas, la muestra obtuvo una media de 92.33 ± 15.92 en porcentaje de errores y de 89.5 ± 17.8 en puntaje de respuestas conceptuales.

Observándose en 4 pacientes (22.2%) pobre flexibilidad cognitiva, mientras que las 14

restantes (77.8%) mostraron una flexibilidad adecuada. La adaptabilidad mostró ser pobre en 8 (44.4%) y adecuada en 10 (55.6%).

La prueba de Stroop para evaluar atención y funciones inhibitorias y que permite un tamizaje en la detección de disfunción cerebral, mostró un puntaje medio de 40 ± 8.3 en la fase palabras, con una media de 37.6 ± 8.1 en color y un puntaje de palabra-color de 46.6 ± 6 . La fase de palabras mostró encontrarse dentro de la normalidad en 12 chicas (66.7%) y solo 6 (33.3%) estuvieron por debajo de lo esperado, la fase de color mostró ser adecuada en 10 (55.65) de las pacientes y por debajo de lo esperado en 8 (44.4%), en tanto que la falla inhibitoria ante estímulos, evaluada mediante la interferencia color-palabra, mostró valores dentro de la media en 16 (88.9%) y se observó decrementada en 2 (11.1%).

Llama la atención, que a la evaluación neuropsicológica de la muestra, la interpretación de resultados con la prueba de Stroop, solo 10 chicas (55.6%) mostraron puntajes esperados para edad, mientras que en 8 (44.4%), se observaron como hallazgos, datos de probable disfunción de sistema nervioso; En 2 casos (11.1%) se sugirió lesión difusa de hemisferio izquierdo, 4 (22.2%) con datos sugestivos de lesión difusa de hemisferio derecho y 2 (11.1%) con probable lesión prefrontal aislada de predominio izquierdo.

Las 4 pacientes con datos sugestivos de lesión difusa de hemisferio derecho tenían antecedente de procesos vasculíticos (lupus eritematoso sistémico y arteritis de Takayasu), mientras que las 4 chicas con datos de disfunción de hemisferio izquierdo no tenían ningún diagnóstico médico no psiquiátrico de importancia.

Cabe señalar que la paciente con diagnóstico de epilepsia obtuvo puntajes normales en Test de Stroop, sin datos de disfunción hemisférica, aunque fue la que obtuvo menores puntajes en flexibilidad cognitiva y adaptabilidad.

No se observaron diferencias en porcentaje de errores y número de ALNS ($p=0.54$), ni en respuestas conceptuales y número de ALNS ($p=0.09$). Por lo que se rechaza la hipótesis de que la severidad en número de autolesiones o en el número de partes del cuerpo laceradas se relacione con flexibilidad cognitiva o adaptabilidad.

La búsqueda de asociaciones significativas entre los puntajes de Stroop, no mostró significancia estadística en la distribución de los resultados obtenidos entre el tipo de afrontamiento adaptativo versus poco adaptativo. La distribución de puntaje de palabras mostró un valor de ($p=0.905$), ni color ($p=0.90$) o de palabra-color ($p= 1$).

Por lo que se rechaza la hipótesis de que el tipo de afrontamiento estuviera relacionado con inhibición frontal y tendencia a la impulsividad de las pacientes de la muestra. Tampoco se encontró significancia entre el número de ALNS y la distribución de puntaje de palabras ($p=0.54$), puntaje de color ($p=0.71$) o con puntaje de palabra-color ($p=0.26$). Por lo que se rechaza la hipótesis de que el número de autolesiones pudiera relacionarse en ésta muestra con fallas de inhibición o impulsividad. Lo mismo puede decirse para el número de partes del cuerpo lesionadas donde no se encontró significancia con puntaje de palabras ($p=0.90$), color ($p=1$) o palabra-color ($p=0.714$)

Las únicas asociaciones significativas entre puntajes de la evaluación neuropsicológica y variables clínicas fueron las observadas en prueba de Cartas de Wisconsin, ante la presencia de depresión moderada o severa, obteniéndose un valor estadísticamente significativo tanto en la relación de presencia de depresión moderada o severa y la distribución de errores ($p=0.04$), denotando una menor capacidad de flexibilidad cognitiva, como en la distribución de respuestas conceptuales ($p=0.02$) que denotarían una menor adaptabilidad de las pacientes deprimidas.

DISCUSIÓN

A pesar de lo pequeña de la muestra (20 pacientes) se encontraron semejanzas con reportes de la literatura.

En la literatura se menciona predominio elevado en sexo femenino. En el presente estudio todas las pacientes fueron mujeres.

La principal motivación para autolesionarse fue la “necesidad de liberar ansiedad”, lo cual coincide con lo reportado en un estudio realizado en el 2014 en la ciudad de México, donde el impulso para autolesionarse en la población de sexo femenino fue

principalmente la liberación de sensaciones negativas.¹⁷

Con respecto a evaluación de las funciones ejecutivas de las pacientes de la muestra, el Stroop no mostro indicadores de fallas de inhibición en estas adolescentes, lo que Se contrapone a lo expuesto en la literatura, donde se describe un predominio de impulsividad con dificultad para el control de impulsos.

En la prueba de Wisconsin, se encontró asociación significativa con la presencia de trastorno depresivo mayor, el cual aparentemente impacta en la capacidad de flexibilidad y adaptabilidad cognitiva, lo que se vio reflejado en los puntajes de errores y las respuestas de nivel conceptual. De acuerdo con Roiser, y Rubinsztein, existen indicios del impacto en la evaluación neuropsicológica en pacientes con patología depresiva²⁵, y en un estudio de Gomez Maquet, se encontró que los niños deprimidos tienen menores puntajes en la evaluación neuropsicológica en comparación con controles²⁶. Pese a que se ha descrito el impacto de la depresión en las funciones ejecutivas, predominantemente en las características del contenido del pensamiento, en función del procesamiento de la información, existen escasos diseños longitudinales que han explorado la asociación entre las funciones cognitivas y el historial de depresión, por lo que aún no se ha esclarecido si el deterioro cognitivo predice la recurrencia de la depresión, o bien, si las estrategias de afrontamiento o los dominios de la función ejecutiva pudieran predisponer al sujeto a padecer síntomas depresivos.¹¹

Al ser éste un estudio de corte y con un tamaño de muestra muy reducido, no se considera que puedan generalizarse los hallazgos del mismo. Sin embargo, queda abierta la posibilidad de realizar estudios posteriores donde pudiera esclarecerse si la patología emocional pudiera afectar el rendimiento de las funciones ejecutivas, o bien, si la disfunción en tareas ejecutivas, tales como la flexibilidad y la adaptabilidad pudieran reducir las posibilidades de afrontar los eventos estresantes de forma asertiva.

CONCLUSIONES.

- Pese al tamaño de la muestra se encuentran las características descritas en la literatura en las pacientes con ALNS.
- La ideación suicida está presente en un elevado porcentaje de las pacientes que presentaron ALNS.
- No se encontraron datos de falla inhibitoria e impulsividad en las adolescentes con ALNS.
- Se encontró asociación entre la presencia de Trastorno depresivo mayor y fallas en la adaptabilidad y flexibilidad cognitiva en éste grupo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Lucio y Gómez Maqueo E, Durán Patiño C, Barcelata Eguiarte B, Romero Godínez E. Propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A). *Rev Mex Investig en Psicol.* 2017;8(1):36-50.
2. Reising MM, Bettis AH, Dunbar JP, et al. Stress, coping, executive function, and brain activation in adolescent offspring of depressed and nondepressed mothers. *Child Neuropsychol.* 2018;24(5):638-656. doi:10.1080/09297049.2017.1307950
3. Compas BE, Jaser SS, Dunbar JP, et al. Adulthood : Points of Convergence and Divergence. *Aust J Psychol.* 2014;66(2):71-81. doi:10.1111/ajpy.12043.Coping
4. Fernanda L, Suárez G, Hurtado ICV-, Betancurt LN-. Revision De La Literatura Sobre El Papel Del Afrontamiento. *Cuad Hisp Psicol.* 2016;16(1):41-56.
5. Caballero A, Granberg R, Tseng KY. Mechanisms contributing to prefrontal cortex maturation during adolescence. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;70(5):4-12. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.05.013
6. Tottenham N, Galván A. Stress and the adolescent brain. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;70(3):217-227. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.07.030
7. Groschwitz RC, Plener PL. The neurobiology of non-suicidal self-injury (NSSI): a review. *Suicidol Online.* 2012;3:24-42.
8. Coppens CM, De Boer SF, Koolhaas JM. Coping styles and behavioural flexibility: Towards underlying mechanisms. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2010;365(1560):4021-4028. doi:10.1098/rstb.2010.0217
9. Morris MC, Evans LD, Rao U, Garber J. Executive function moderates the relation between coping and depressive symptoms. *Anxiety, Stress Coping.* 2015;28(1):31-49. doi:10.1080/10615806.2014.925545
10. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(3):20. doi:10.1007/s11920-017-0767-9
11. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Non-suicidal self-injury in adolescents | Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(3):23-30. doi:10.3238/arztebl.2018.0023
12. Castro Morales J. Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Rev Neuropsiquiatr.* 2014;77(4):226. doi:10.20453/rnp.v77i4.2192

18. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(4):387-402. doi:10.1007/s00787-016-0915-5
19. Sharp C, Tackett JL. *Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*; 2010. doi:10.4324/9780203361153_chapter_2
20. García-Mijares JF, Alejo-Galarza G de J, Mayorga-Colunga SR, Guerrero-Herrera LF, Ramírez-GarcíaLuna JL. Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud Ment*. 2015;38(4):287-292. doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.039
21. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry*. 2014;59(11):576-585. doi:10.1177/070674371405901103
22. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., consultado en línea en versión 23.3 <<https://dle.rae.es>> el 27 de Octubre 2019.
24. González LF, Vasco-Hurtado IC, Nieto L. Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2016; 16(1): 41-56. ISSN 2346-0253 (En línea)
25. Roiser J., Rubinsztein J, Sahakian B.. *Neuropsychology of Mood Disorders*. *Psychiatry*, 5 (5), 2006; 158-162.
26. Gómez Maquet. Aspectos neuropsicológicos asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños escolarizados. *Acta Colombiana de Psicología* 15 (1): 111-118, 2012

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO CLÍNICO BREVE PARA PACIENTES CON ALNS

Folio o expediente: _____

Fecha:

Hoja para recolección de datos acerca de características del paciente, familia, factores de riesgo que pueden influir en la presencia de ALNS y características clínicas de las heridas autoinflingidas

Datos del paciente	
Edad: _____	Sexo: (1) Mujer (2) Hombre <input style="float: right;" type="checkbox"/>
--Diagnóstico médico: _____	--Diagnóstico psiquiátrico: _____
Area académica: Escolaridad actual: _____	
Relación con pares: Se relaciona con pares Si (1) <input type="checkbox"/> No (2)	
Antecedente de bullying: Si (1) <input type="checkbox"/> No(2)	
Características de la familia	
¿Quiénes viven con el menor en el mismo hogar? Padre (0) SI (1)NO Madre (0) SI (1)NO Hermano(s) (0) SI (1)NO ** Número de hijo: _____ Padrastro (0) SI (1)NO Madrastra (0) SI (1)NO Abuelo(s) o abuela(s) (0) SI (1)NO Otro(s) (especifique): _____	
Tipo de familia: <input style="float: right;" type="checkbox"/> Familia nuclear (1) Familia monoparental (2) Familia extensa (3) Familia reconstituida (4)	
En caso de convivir con familia de tipo monoparental, especificar causa: <input style="float: right;" type="checkbox"/> Divorcio (1) Muerte del padre (2) Muerte de la madre (3) Abandono del padre (4) Abandono de la madre (5)	

Dinámica familiar: Armónica (1) Discusiones frecuentes (2) Violencia intrafamiliar (3)	<input type="checkbox"/>
Nivel socioeconómico 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	<input type="checkbox"/>
Mencione Ingreso Económico mensual aproximado: _____ Pesos	
Historia de abuso	
Si (1) No(2)	<input type="checkbox"/>
Tipo de abuso: (1) Físico (2) Negligencia (3) Sexual (4) Psicológico	<input type="checkbox"/>
En caso de mas de 1 forma de abuso, cuantos tipos de abuso	<input type="checkbox"/>
En caso de abuso físico, especificar de que tipo: (1) Las heridas sanaron en 15 días (2) Las heridas sanaron en más de 15 días	<input type="checkbox"/>
En caso de antecedente de abuso sexual, especificar de que tipo: (1) Manoseos, frotamientos, contactos y besos sexuales. (2) El coito interfemorales (entre los muslos). (3) La penetración sexual o su intento, por vía vaginal, anal y bucal. (4) El exhibicionismo y el voyeurismo por adultos. (5) Actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual del adolescente. (6) La exhibición de pornografía. En ocasiones, disfrazada como "educación sexual". (7) Instar a que los adolescentes tengan sexo entre sí o fotografiarlos en poses sexuales. (8) Contactar a un adolescente vía internet con propósitos sexuales (grooming). (9) Más de 1	<input type="checkbox"/>
El abuso se identificó: (1) Durante la evaluación (2) Previo a la evaluación	<input type="checkbox"/>
Edad en el que se presentó el abuso: _____	
Relación con el perpetrador del abuso: (1) Relacionado a la familia (2) No relacionado a la familia	<input type="checkbox"/>

ANEX02

SELF-HARM QUESTIONNAIRE, VERSIÓN EN ESPAÑOL

Marque con una X la respuesta que mejor represente su opinión

Preguntas de ramizaje:

Pregunta 1. ¿Alguno vez has pensado en lastimarte a propósito, sin querer morir? Por ejemplo, ¿alguno vez has pensado en cortarte los brazos, muñecas u otro parte de tu cuerpo, o haber pensado en tener una sobredosis? (Marca uno cosilla).

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

Pregunta 2. ¿Alguno vez has pensado en suicidarte? (Marco una cosilla)

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

Pregunta 3. ¿Alguno vez te has lastimado a propósito? Por ejemplo, ¿te has cortado o ti mismo, o has tenido uno sobredosis que no fuera accidental? Esto incluye todos los episodios de autolesión, hoyas querido o no morir en ese momento. (Marco uno cosilla)

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

Si contestaste "No" a lo pregunta 3, esle es el final del cuestionario. Continúo sólo si contestaste "Sí" a lo pregunta 3.

Pregunta 4. ¿Cuándo te lastimaste por último vez? (Marco uno cosilla)

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

Pregunta 5. ¿Cuándo te lastimaste por último vez, tú...? (Marco una cosilla)

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

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

- 1.- Problemas familiares
- 2.- Problemas con tu novio(a)
- 3.- Problemas con lo policia
- 4.- Problemas escolares
- 5.- Problemas de salud
- 6.- Problemas con el alcohol
- 7.- Problemas con alguno droga
- 8.- Algún otro (Específico):

Pregunta 7. ¿Gustó lo que experimentaste después de lastimarte? (Selecciona los casillas que apliquen)

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

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

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

Pregunta 9. ¿Después de lastimarte, tú...? (Marco uno cosilla)

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

Pregunta 10. Cuando te lastimaste por última vez, ¿tú querías...? (Marco uno cosilla)

- 1.- Morirte
- 2.- Autolesionarte
- 3.- Ver 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 (Específico):

Pregunta 11. Cuando te lastimaste por último vez, ¿ingeriste...? (Marco uno cosilla)

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

Pregunta 12. Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello? (Marco uno cosilla)

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

AVISO DE PRIVACIDAD
TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “Funcionamiento ejecutivo en mujeres con autolesiones, evaluadas en hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Su información personal será utilizada con la finalidad de tener contacto con usted para solicitar información de seguimiento acerca del estado de salud del paciente en estudio, para lo cual requerimos obtener el número de teléfono particular, de trabajo y/o celular, los cuales se consideran datos sensibles de acuerdo a la Ley federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Es importante que usted sepa que todo el equipo que colabora en este estudio se compromete a que toda la información proporcionada por usted, será tratada bajo medidas de seguridad, y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomarán para ello serán utilizar códigos, iniciales del nombre del paciente en estudio y número de expediente, los cuales se almacenarán en archivo electrónico a cargo del investigador principal.

Los datos que usted nos proporcione no serán compartidos con otras instancias o instituciones, y únicamente serán usados por el equipo de investigadores para este proyecto.

Usted tiene derecho a acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida a el/la investigador (a) responsable.

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD: Manifiesto estar de acuerdo con el tratamiento que se dará a mis datos personales.

Nombre y firma del sujeto de investigación o paciente:

Fecha: _____

El presente Aviso de Privacidad tiene como objeto informarles sobre el tratamiento que se le dará a sus datos personales cuando los mismo son recabados, utilizados y almacenados.

Investigadores responsables:

Dr Santos Rafael Atilano Rodríguez.

Psiquiatra Pablo Vera Flores.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Hospitalización Continua cuarto piso.

Niño Jesus 2, Colonia Tlalpan Centro, Tlalpan CDMX



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Funcionamiento ejecutivo en mujeres con autolesiones, evaluadas en hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Se invita a su hijo (a), a ser participante en un estudio de investigación realizado por el médico: Santos Rafael Atilano Rodríguez, quien labora en el equipo de salud mental del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Usted cumple con los requisitos para participar en este estudio, ya que cuenta con situaciones que afectan su salud mental, como lo son la presencia o antecedente de Autolesiones No suicidas (conocido comúnmente como “cutting”). La participación de su hijo (a) en este estudio es completamente voluntaria. Le solicitamos que lea detenidamente la siguiente información, y al finalizar haga preguntas acerca de cualquier duda antes de decidir si se desea, o no, participar en este protocolo de investigación.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El objetivo de este estudio es obtener información acerca del funcionamiento ejecutivo así como, estudiar la forma en que toman decisiones por medio del estudio de función ejecutiva.

PROCEDIMIENTOS:

Los participantes serán valorados por Psiquiatría por medio de una entrevista clínica, en la cual se preguntará acerca de situación familiar y socioeconómica en el que vive la paciente, y al finalizar la entrevista se le otorgará dos cuestionarios Entrevista semiestructurada y SHQ. Posterior a la valoración por psiquiatría, se le enviará al servicio de neuropsicología, para realizar pruebas escritas que evalúen el funcionamiento ejecutivo.

RIESGOS Y MALESTARES POTENCIALES

Las molestias asociadas al estudio no son un riesgo grave para la salud. La realización de los cuestionarios y pruebas neuropsicológicas conllevan un riesgo mínimo.

INFORMACIÓN ACERCA DE TU ENFERMEDAD

La realización de este estudio permitirá conocer si existen alteraciones en la toma de decisiones (función ejecutiva), que puedan estar asociadas a la presencia de Autolesiones no suicidas.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

A los pacientes se les ofrecerá tratamiento adecuado al momento de evaluarlos.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Usted puede decidir que no quiere participar y esto no afectará de ninguna manera la atención que ahora recibe. Este estudio no afectará la clase de atención que recibe para su enfermedad.

PAGO POR PARTICIPA R

No se cobrará por la valoración por psiquiatría o Neuropsicología, mientras dure su participación en el estudio.

ANONIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Las únicas personas que sabrán de su estudio , son los miembros del grupo de investigación y si es apropiado, sus médicos y enfermeras. Los expedientes del estudio serán anónimos y confidenciales.

Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se presenten en conferencias

NO se incluirá información que divulgue su identidad.

Guardaremos toda la información acerca de su expediente.

Las carpetas de investigación serán guardadas en archiveros con llave y computadores con contraseñas protegidas.

PARTICIPACI ÓN Y RETIRO

La participación de usted en esta investigación es voluntaria. Si decide no participar, esto no afectará su relación con el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, o su derecho a servicios de salud y otros servicios a los cuales de otra manera tiene derecho.

DESCU BRIMIE NTOS

Durante el transcurso del estudio se le informará acerca de cualquier descubrimiento de importancia (ya sea bueno o malo), tal como cambios en los riesgos o beneficios

que resultan al participar en la investigación.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Si tiene preguntas relacionadas con la investigación, por favor siéntase con la libertad de comunicarse con:

Dr Santos Rafael Atilano Rodríguez.

Psiquiatra Pablo Vera Flores.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Hospitalización Continua cuarto piso.

Niño Jesus 2, Colonia Tlalpan Centro, Tlalpan CDMX.

DERECHOS DE LOS SUJEROS BAJO INVESTIGACIÓN:

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar sin sanción. Usted no renuncia a ninguno de sus reclamos legales, derechos o remedios debido a su participación en este estudio de investigación.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO YO CONSIENTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN DESCRITA

Nombre completo y firma del paciente:

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL INVESTIGADOR QUE CONDUCE EL PROCESO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo les expliqué la investigación al sujeto o a su representante legal y he contestado todas sus preguntas. Yo pienso que él/ella entiende la información descrita en este documento y que de libre albedrío consiente en participar.

Nombre completo y firma del investigador:

_____Firma:

Fecha (debe ser la misma que la del sujeto).