

Lilia Albores-Gallo¹
José L. Méndez-Santos¹
Adriana Xóchitl-García Luna¹
Yariela Delgadillo-González¹
Carlos I. Chávez-Flores¹
Olga L. Martínez¹

Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México

¹Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" Secretaría de Salud

Introducción. En México como en otros países los estudios no distinguen entre los intentos de suicidio (IS) de las autolesiones con (A+) y sin intención de suicidio (A-). El objetivo de este estudio fue investigar las autolesiones y su prevalencia a partir de varias definiciones, además de estudiar la frecuencia de los criterios propuestos del DSM-5 para las autolesiones sin intención suicida en adolescentes de ambos sexos.

Metodología. El estudio fue observacional, descriptivo, transversal, comparativo a partir de una muestra no probabilística de adolescentes de ambos sexos de escuelas secundarias oficiales que contestaron la cédula de autolesiones.

Resultados. Los participantes fueron 533 adolescentes con una edad (M=13.37, DE 0.95) y un rango de 11 a 17 años, 54% del sexo femenino. La prevalencia de (A-) definida con los criterios de auto-lesiones propuestos para el DSM-5 fue del 5.6% (N=30), con una definición amplia a partir de sólo el ítem 51 (¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?) fue del 17.1% (N=140), en el último mes (1-3 eventos) fue del 9.9% (N=53), en los últimos 6 meses (1-3 eventos) fue del 11.6% (N=62) y en el último año (5 eventos) fue del 12.6 % (N=67). La edad de inicio fue de 11.9 ±1.39, (rango 6-15 años). La mayoría de los criterios del DSM-5 tuvieron mayor frecuencia en las niñas que los niños.

Conclusiones. Las autolesiones con y sin intención de suicidio son muy frecuentes en la comunidad. Se discuten aspectos importantes para la toma de decisiones en el ámbito escolar y médico.

Palabras clave: Autolesiones, Prevalencia, Suicidio, DSM-5, Instrumentos

Correspondencia:
Lilia Albores-Gallo
Jefa del Laboratorio de Epidemiología Clínica y Comunitaria
División de Investigación
Av. San Buenaventura 86.
Col. Belisario Domínguez Tlalpan, CP. 14080 México D.F.
Tel.: Directo: 5485-4370 Conmutador: 5573-4866 ext. 123
Correo electrónico: liliabores@gmail.com , liliabores@yahoo.com.mx

Actas Esp Psiquiatr 2014;42(4):159-68

Nonsuicidal Self-Injury in a Community Sample of Older Children and Adolescents of Mexico City

Introduction. In Mexico, as in other countries, studies do not distinguish between attempted suicide and suicidal and nonsuicidal self-injury (NSSI). The aim of this study was to investigate self-injury and its prevalence using several definitions, in addition to studying the frequency of the proposed DSM-5 criteria for NSSI in adolescent girls and boys.

Methodology. The study was observational, descriptive, cross-sectional, and comparative using a nonrandomized sample of adolescent girls and boys from official high schools who completed the self-injury questionnaire.

Results. The participants were 533 older children and adolescents with a mean (SD) age of 13.37 (0.95) years, age range 11 to 17 years, and 54% female sex distribution.

The prevalence of NSSI defined according to proposed DSM-5 criteria was 5.6% (N=30) and, according to a broad definition using only item 51 ("Do you hurt yourself without intending to end your life?"), 17.1% (N=140). Prevalence defined by the number of events in the last month (1-3 events) was 9.9% (N=53), in the last 6 months (1-3 events), 11.6% (N=62), and in the last year (5 events), 12.6% (N=67). The age at onset was 11.9 (1.39) years (range 6-15 years). Most DSM-5 criteria were more frequent in girls than boys.

Conclusions. Suicidal and nonsuicidal self-injury are frequent in the community. Important points for decision-making in schools and medical practice are discussed..

Keywords: Self-injury, Prevalence, Suicide, DSM-5, Instruments

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones sin intención suicida (SI-) se definen como la destrucción tisular propositiva que el individuo realiza a su propia piel o cuerpo sin la intención de morir¹.

Un porcentaje de adolescentes con el tiempo van incorporando ideas que contienen la intención de morir (SI+), sin embargo en la literatura muchos estudios investigan una conducta general de autolesión sin explorar la intencionalidad suicida.

La prevalencia a lo largo de la vida es del 15 al 17% de adolescentes en la comunidad² mientras que en población clínica psiquiátrica va del 40-80% en adolescentes³.

Muchos estudios detectan en el sexo femenino una prevalencia mayor de autolesiones frente al sexo masculino a razón de 4:1^{4,5}, estas diferencias pierden significancia estadística al usar una definición estricta de autolesiones sin intención suicida^{4,6,7}.

Las autolesiones son importantes por su asociación con trastornos psiquiátricos como ansiedad⁸, depresión⁹, trastorno límite de la personalidad¹⁰, uso y abuso de sustancias¹¹, autismo, esquizofrenia, intento de suicidio y suicidio consumado,^{12,13} y con el antecedente de haber sido víctima de: acoso escolar^{14,15,16}, abuso físico y/o sexual^{17,18}.

En México como en otros países la mayoría de los estudios no distinguen entre el suicidio y las autolesiones sin intención suicida (A-)^{19,20}. El problema es que según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, las autolesiones sin intención suicida sólo se consideran un síntoma del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, el incremento gradual en adolescentes sin esta comorbilidad sustentó la propuesta de inclusión como trastorno en la siguiente edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 con una definición precisa y criterios de frecuencia y disfunción²¹. La idea es distinguir los intentos de suicidio de las autolesiones sin intención de suicidio, porque con frecuencia se confunden²², la delimitación entre estas dos condiciones promoverá la investigación y el abordaje terapéutico apropiado. Además una definición precisa permitirá la comparación entre los estudios reduciendo la enorme variabilidad en las cifras de prevalencia.

El propósito de este estudio fue: 1) estudiar la prevalencia de las autolesiones usando varias definiciones: a) De acuerdo a los criterios propuestos del DSM-5, b) a partir de un criterio amplio, c) prevalencia al mes, 6 meses y al año y 2) estudiar la frecuencia en que los criterios propuestos del DSM-5 se presentan en adolescentes de ambos sexos de la población general.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal, comparativo.

La muestra fue no probabilística integrada a partir de un grupo comunitario de alumnos adolescentes de ambos sexos entre 11 y 17 años de edad de escuelas secundarias de Tlalpan, cuyos padres después de escuchar el propósito del estudio aceptaron la participación y sus hijos adolescentes dieron su asentimiento.

ÉTICA

Este proyecto recibió la aprobación del comité de investigación y ética en investigación del hospital correspondiente. Los adolescentes dieron su asentimiento y antes de contestar el cuestionario recibieron información sobre el procedimiento para obtener atención en el hospital.

INSTRUMENTOS

Cédula de autolesiones

La cédula de autolesiones consiste de 63 ítems de respuesta dicotómica sí-no, 4 preguntas de opción múltiple y 2 de respuesta abierta. Explora la prevalencia de autolesiones con y sin intención suicida a 1, 6 y 12 meses y a lo largo de la vida. Examina el método, la topografía, componente adictivo y los motivos desencadenantes y atenuantes para autolesionarse así como la edad de inicio de la conducta. Además explora el componente comportamental (criterios del DSM-5) de las autolesiones como son: (B1) precipitantes psicológicos, (B2) preocupaciones, (B3) las urgencias, (B4) respuestas contingentes y (C) deterioro funcional y algunas variables explicativas. El instrumento se diseñó con base en los criterios propuestos del DSM-5²³ para autolesiones sin intención suicida. Además las respuestas pueden organizarse en un algoritmo de diagnóstico acorde con la mencionada propuesta y explora la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado.

Análisis Estadístico

Para investigar la prevalencia de autolesiones sin intención suicida se utilizaron varias definiciones.

1. Prevalencia de autolesiones sin intención suicida (A-) según el algoritmo del DSM-5²¹
 - En el último año, durante al menos 5 días, se han autolesionado
 - Ausencia de intento suicida
- La lesión intencional se asocia con al menos dos:

- B1. Pensamientos o sentimientos negativos antes de la autolesión
- B2. Antes del acto, un período de preocupación
- B3. El impulso de autolesionarse ocurre frecuentemente
- B4. Respuestas contingentes. Alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo, o una dificultad interpersonal, o para inducir un estado emocional positivo.

Además de cumplir con el criterio C y D

- C. Deterioro funcional en áreas interpersonal, académica u otras.
 - D. La conducta no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación.
2. Prevalencia de período: a un mes (1-3 eventos) ítem 42: ¿En el último mes te has lastimado de 1 a 3 veces?, 6 meses (1-3 eventos) ítem 43: ¿En los últimos 6 meses te has lastimado 1 a 3 veces? y un año (5 eventos) ítem 44: ¿En el último año te has lastimado 5 o más veces?
3. Prevalencia de las autolesiones sin intención suicida (A-) con una definición amplia a partir de sólo el ítem 51 (¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?).

Las diferencias sexuales se analizaron a partir de una prueba de χ^2 -cuadrada entre la variable sexo y todas las variables de los criterios del DSM-5.

RESULTADOS

Los participantes fueron 533 adolescentes, 54% fueron del sexo femenino con una edad promedio de 13.37, DE 0.95 y un rango entre 11 a 17 años.

La prevalencia de autolesiones sin intención suicida según los criterios propuestos para el DSM-5 fue del 5.6% (N=30), con el criterio amplio a partir de sólo el ítem 51 (¿Te

lastimas sin la intención de quitarte la vida?) fue del 17.1%. La prevalencia en el último mes (1-3 eventos) a partir del ítem 42 fue del 9.9% (N=53), en los últimos 6 meses (1-3 eventos) a partir del ítem 43 fue del 11.6% (N=62) y en el último año (5 eventos) a partir del ítem 44 fue del 12.6% (N=67). La edad de inicio de las autolesiones para la muestra total fue de 11.9 ± 1.39 , con un rango reportado entre 6 y 15 años. Las diferencias por sexo pueden observarse en la tabla 1.

AUTOLESIONES Y DIFERENCIAS SEXUALES

Método de lesión

El método de autolesión sin intención suicida más común fueron: cortes en la piel (N=120; 22.5%), rascado de cicatrices (N=119; 22.3%), y mordidas (N=108; 20.3%). Por sexo, los métodos para autolesionarse más comunes en las niñas fueron los cortes en la piel (N=87; 31.1%), uso de objetos para marcar la piel (N=69; 24.6%) y rascado de cicatrices (N=66; 23.6%); mientras que en los varones fueron el rascado de cicatrices (N=53; 20.9%), mordidas (N=45; 17.8%) y pellizcado de piel (N=40; 15.8%). Como puede verse en la tabla 2, sólo tres métodos de autolesión mostraron diferencias significativas y fueron: cortes en la piel, pellizcado de la piel y uso de objetos para marcar la piel, siendo mayor la prevalencia de las niñas frente a los niños.

Topografía

Las zonas corporales más comunes para autolesionarse fueron: antebrazos y muñecas (N=90; 16.9%), brazos y codos (N=45; 8.4%) y muslos y rodillas (N=34; 6.4%). Por sexo, las más comunes en las niñas fueron antebrazos y muñecas (N=69; 24.6%), brazos y codos (N=29; 10.4%) y muslos y rodillas (N=22; 7.9%); mientras que en los varones también fueron antebrazos y muñecas (N=21; 8.3%), brazos y codos (N=16; 6.3%) y muslos y rodillas (N=12; 4.7%). Como puede verse en la tabla 3, por sexo sólo antebrazos y muñecas fueron las zonas corporales que mostraron diferencia significativa, siendo mayor la prevalencia de las niñas frente a los niños.

Precipitantes psicológicos

Los precipitantes psicológicos de las autolesiones más comunes en la muestra total de adolescentes fueron: sentimientos o ideas de coraje previos (N=108; 20.3%), sentimientos negativos previos (N=96; 18.0%) y sentimientos o ideas depresivas previos (N=94; 17.6%). Por sexo, los precipitantes psicológicos más comunes en las niñas fueron: ideas o sentimientos previos de coraje (N=77; 27.5%), negativos (N=67; 23.9%), y depresivos (N=60; 21.4%); mientras que en los varones fueron las ideas o sentimientos depresivos (N=34; 13.4%), coraje (N=31; 12.3%) y los negativos (N=29;

Definición de Prevalencia	Niños	Niñas	Total	p
DSM-5 N(%)	6(3.6)	14(7.5)	20(5.7)	0.11
ítem 51 N(%)	25(9.9)	66(23.6)	91(17.1)	0.001
1 mes (1-3 eventos) N(%)	17(6.7)	36(12.9)	53(9.9)	0.018
6 meses (1-3 eventos) N(%)	18(7.1)	44 (15.7)	62(11.6)	0.002
1 año (5 eventos) N(%)	19(7.5)	48(17.1)	67(12.6)	0.001
Edad de inicio M(DE)	11.9(0.29)	11.9 (0.14)	11.9(1.3)	0.82
Rango	8-15	6-15	6-15	

Se usó χ^2 o t de student para calcular las diferencias entre grupo

Tabla 2		Diferencias sexuales por mecanismo de autolesión				
Mecanismo de autolesión	Ítem	Masculino N (%) 253 (47.5%)	Femenino N (%) 280 (52.5%)	Total N (%) 533 (100%)	Chi-cuadrada o Prueba exacta de Fisher	p
Cortes en la piel	A	33 (13.0)	87 (31.1)	120 (22.5)	24.76	0.001
Frotar la piel c/objetos	A	25 (9.9)	37 (13.2)	62 (11.6)	1.43	0.23
Objetos debajo de piel o uñas	A	8 (3.2)	16 (5.7)	24 (4.5)	2.03	0.111
Pellizcado de piel	A	40 (15.8)	63 (22.5)	103 (19.3)	3.81	0.05
Objetos p/marcar la piel	A	20 (7.9)	69 (24.6)	89 (16.7)	26.76	0.001
Rascado de cicatrices	A	53 (20.9)	66 (23.6)	119 (22.3)	0.52	0.46
Jalar piel descamada	A	25 (9.9)	27 (9.6)	52 (9.8)	0.009	0.92
Quemado de piel	A	11 (4.3)	8 (2.9)	19 (3.6)	0.85	0.24
Arrancar pelo, pestañas o cejas	A	9 (3.6)	17 (6.1)	26 (4.9)	1.78	0.18
Arrancar uñas	A	13 (5.1)	23 (8.2)	36 (6.8)	1.99	0.15
Presionar órganos	A	5 (2.0)	5 (1.8)	10 (1.9)	0.02	0.56
Mordidas	A	45 (17.8)	63 (22.5)	108 (20.3)	1.82	0.17
Golpes	A	35 (13.8)	49 (17.5)	84 (15.8)	1.35	0.24

En negrita los datos estadísticamente significativos ($p < 0.05$)

Tabla 3		Diferencias sexuales por mecanismo de autolesión				
Topografía		Masculino N (%) 253 (47.5%)	Femenino N (%) 280 (52.5%)	Total N (%) 533 (100%)	Chi-cuadrada o Prueba exacta de Fisher	p
Antebrazos y muñecas		21 (8.3)	69 (24.6)	90 (16.9)	25.29	0.001
Brazos y codos		16 (6.3)	29 (10.4)	45 (8.4)	2.79	0.094
Muslos y rodillas		12 (4.7)	22 (7.9)	34 (6.4)	2.15	0.14
Abdomen		6 (2.4)	5 (1.8)	11 (2.1)	0.22	0.63
Cara		5 (2.0)	4 (1.4)	9 (1.7)	0.01	0.90
Cabeza		6 (2.4)	7 (2.5)	13 (2.4)	0.009	0.57

En negrita los datos estadísticamente significativos ($p < 0.05$)

11.5%). Como puede verse en la tabla 4, por sexo todos los precipitantes psicológicos resultaron estadísticamente significativos, siendo mayor la frecuencia en las niñas.

Respuesta contingente para lesionarse

La reducción de estados afectivos y/o cogniciones negativas como resultado de autolesionarse más comunes en la muestra total de adolescentes fue: la liberación de sentimientos negativos (N=77; 14.4%), liberación de dificultades

personales (N=61; 11.4%), y disminución de la tensión durante la autolesión y después de la autolesión (ambos con N=47; 8.8%). Por sexo, el impulso para autolesionarse más común en las niñas fue: la liberación de sentimientos negativos (N=54; 19.3%), liberación de dificultades personales (N=44; 15.7%), y liberación de ideas (N=37; 13.2%); mientras que en los varones fue: la liberación de sentimientos negativos (N=23; 9.1%), disminución de tensión después de la autolesión (N=19; 7.5%), y liberación de dificultades personales (N=17; 16.7%). La liberación de sentimientos negativos fue el impulso más común para lesionarse más repor-

Tabla 4		Diferencias sexuales por precipitantes psicológicos				
Precipitantes psicológicos*	Ítem	Masculino N (%) 253 (47.5%)	Femenino N (%) 280 (52.5%)	Total N (%) 533 (100%)	Chi-cuadrada o Prueba exacta de Fisher	p
Negativos	B1	29 (11.5)	67 (23.9)	96 (18.0)	13.98	0.001
Depresivos	B1	34 (13.4)	60 (21.4)	94 (17.6)	5.84	0.01
Ansiedad	B1	18 (7.1)	44 (15.8)	62 (11.7)	9.65	0.002
Tensión	B1	14 (5.5)	38 (13.6)	52 (9.8)	9.83	0.002
Coraje	B1	31 (12.3)	77 (27.5)	108 (20.3)	19.12	0.001
Estrés	B1	13 (5.1)	31 (11.1)	44 (8.3)	6.17	0.03
Autocrítica	B1	10 (4.0)	26 (9.3)	36 (6.8)	6.05	0.01
Resistencia previa	B2	25 (9.9)	47 (16.8)	72 (13.5)	5.42	0.02
Necesidad	B3	16 (6.3)	39 (13.9)	55 (10.3)	8.30	0.004

En negrita los datos estadísticamente significativos ($p < 0.05$)
*Definidos como los sentimientos/ideas previas a la realización de autolesiones

Tabla 5		Diferencias sexuales por respuesta contingente				
Respuesta contingente*	Ítem	Masculino N (%) 253 (47.5%)	Femenino N (%) 280 (52.5%)	Total N (%) 533 (100%)	Chi-cuadrada o Prueba exacta de Fisher	p
Liberación de						
Sentimientos negativos	B4	23 (9.1)	54 (19.3)	77 (14.4)	11.17	0.001
Ideas negativas	B4	8 (3.2)	37 (13.2)	45 (8.4)	17.37	0.001
Dificultades personales	B4	17 (6.7)	44 (15.7)	61 (11.4)	10.61	0.001
Inducción de						
Sentimientos positivos	B3	12 (4.7)	31 (11.1)	43 (8.1)	7.17	0.007
Disminución de tensión						
Durante autolesión	B4	14 (5.6)	33 (11.8)	47 (8.8)	6.39	0.011
Después de autolesión	B4	19 (7.5)	28 (10.0)	47 (8.8)	1.02	0.31

En negrita los datos estadísticamente significativos ($p < 0.05$)
*Definido aquí como el deseo intenso que lleva a hacer algo en este caso (la liberación de sentimientos, ideas, dificultades, las inducciones de sentimientos positivos ó las disminuciones de tensión)

tado en ambos sexos. Como puede verse en la tabla 5, por sexo todos excepto una de las respuestas contingentes para autolesionarse mostraron diferencias significativas y fue la disminución de tensión después de la lesión.

Descripción de las variables explicativas de autolesionarse

Las variables explicativas más comunes fueron: desconocimiento de motivos para autolesionarse ($N=77$; 14.5%), por

desesperación ($N=66$; 12.4%) y como castigo ($N=32$; 6.0%). Por sexo, las variables explicativas más comunes fueron iguales para ambos sexos y fueron: desconocimiento de motivos para autolesionarse ($N=56$; 20.1%), ($N=21$; 8.3%), por desesperación ($N=49$; 17.5%), ($N=17$; 6.7%) y como castigo ($N=20$; 7.1%); ($N=12$; 4.7%) para niñas y niños respectivamente. Como puede verse en la tabla 6, por sexo sólo tres variables explicativas de autolesión mostraron diferencias significativas y fueron: para demostrar desesperación, para asustar a personas y desconocimiento de motivos para autolesionarse, siendo mayor la prevalencia de las niñas frente a los niños.

Tabla 6		Diferencias sexuales por explicativas			
Explicativas	Masculino N (%) 253 (47.5%)	Femenino N (%) 280 (52.5%)	Total N (%) 533 (100%)	Chi-cuadrada o Prueba exacta de Fisher	p
Por desesperación	17 (6.7)	49 (17.5)	66 (12.4)	14.23	0.001
Como castigo	12 (4.7)	20 (7.1)	32 (6.0)	1.35	0.162
P/asustar a personas	2 (0.8)	11 (3.9)	13 (2.4)	5.5	0.019
Llamado de Atención	9 (3.6)	19 (6.8)	28 (5.3)	2.78	0.091
Manipulación (chantaje)	11 (4.3)	12 (4.3)	23 (4.3)	0.001	0.970
Comprobación de afecto	6 (2.4)	13 (4.6)	19 (3.6)	1.99	0.151
Pertenecer a un grupo	0 (0.0)	3 (1.6)	3 (0.8)	2.67	0.10
Desconocimiento de motivos	21 (8.3)	56 (20.1)	77 (14.5)	14.85	0.001

En negrita los datos estadísticamente significativos (p<0.05)

Tabla 7		Diferencias sexuales en la interferencia con la funcionalidad				
Interferencia con la funcionalidad	Ítem	Masculino N (%) 253 (47.5%)	Femenino N (%) 280 (52.5%)	Total N (%) 533 (100%)	Chi-cuadrada o Prueba exacta de Fisher	p
Académica y social	C	19 (7.5)	23 (8.2)	42 (7.9)	0.09	0.76
Necesidades básicas	C	8 (3.2)	16 (5.7)	24 (4.5)	1.98	0.15
Funcionamiento familiar	C	11 (4.4)	20 (7.1)	31 (5.8)	1.83	0.17

En negrita los datos estadísticamente significativos (p<0.05)

Interferencia con la funcionalidad

La interferencia en la funcionalidad más común en la muestra total de adolescentes fue la de tipo "académica y social (escolar)" (N=42; 7.9%). Además, ésta misma fue la interferencia más reportada tanto por las niñas (N=23; 8.2%), y niños (N=19; 7.5%). Sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. Como puede verse en la tabla 7, los resultados indican que por sexo ninguno de los ítems que miden la interferencia con la funcionalidad resultó estadísticamente significativo.

Descripción del componente adictivo

Llama la atención que 68 (12.8%) adolescentes sienten incapacidad para dejar de autolesionarse, 37 (6.9%) adolescentes tienen una sensación de adicción al hacerlo; a pesar de que 100 (18.8%) adolescentes desean dejar de autolesionarse. Además las niñas tuvieron mayor prevalencia en los tres componentes adictivos. Como puede verse en la tabla 8, todas tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

En este estudio investigamos las diferencias en la prevalencia de autolesiones y su variabilidad usando distintas definiciones. En general los resultados son consistentes con estudios que usaron definiciones equivalentes. La cifra de prevalencia según la definición del DSM-5 fue semejante al estudio de Zetterqvist en 2013²⁴ quien obtuvo un 6.7% y Barrocas (2012)²⁵ un 1.5% quienes usaron la misma definición del DSM-5. Se observaron menos diferencias por género con la definición del DSM-5 como en el estudio de Gratz que usó una definición estricta²⁶.

La mayor prevalencia se obtuvo con la definición a partir del ítem 51 fue del 17.1%. Por período de tiempo la frecuencia mayor se obtuvo con la definición de 5 eventos en un año para ambos sexos, dando sustento a los criterios propuestos para el DSM-5 que requiere esta frecuencia en su definición. Estos resultados muestran el curso crónico que las autolesiones tienen. El promedio de edad de inicio en este estudio fue semejante para ambos sexos (11.9±1.3 años) discretamente inferior que lo informado en otros estudios²,

Tabla 8		Diferencias sexuales en el componente adictivo de las autolesiones no suicidas				
Interferencia con la funcionalidad	Ítem	Masculino N (%) 253 (47.5%)	Femenino N (%) 280 (52.5%)	Total N (%) 533 (100%)	Chi-cuadrada o Prueba exacta de Fisher	p
Incapacidad para detenerse	B2	18 (7.1)	50 (17.9)	68 (12.8)	13.89	0.001
Sensación de adicción a autolesionarse	B2	8 (3.2)	29 (10.4)	37 (6.9)	10.65	0.001
Deseo de dejar de autolesionarse	B2	30 (11.9)	70 (25.0)	100 (18.8)	15.06	0.001

En negrita los datos estadísticamente significativos (p<0.05)

Tabla 9		Motivos desencadenantes y atenuantes para autolesionarse		
Motivo		Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
*Desencadenante				
Divorcio padres		9 (25.7)	13 (15.3)	22 (18.3)
Muerte de familiar		7 (20.0)	7 (8.2)	14 (11.7)
Terminar con pareja		9 (25.7)	6 (7.1)	15 (12.5)
Otro		10 (28.6)	59 (64.9)	69 (57.5)
**Atenuante				
Entretimiento		17 (43.6)	22 (28.6)	39 (33.6)
Ocupación		2 (5.1)	7 (9.1)	9 (7.8)
Tener pareja		11 (28.2)	15 (19.5)	26 (22.4)
Viajes		2 (5.1)	1 (1.3)	3 (2.6)
Otro		7 (17.9)	32 (41.6)	39 (33.6)

* $\chi^2=18.5$ 3GL p=0.001. ** $\chi^2=8.90$ 4GL p=0.03

siendo el rango inferior para niñas en contraste con los niños (F: 6-15 años frente a M: 8-15 años) dato que es semejante a lo informado por Barrocas (2012)²⁵ con una muestra de adolescentes de la misma edad. Estos resultados se suman a las observaciones de otros que destacan la importancia de investigar las autolesiones a partir de definiciones homogéneas.

Nuestros resultados muestran que el método más usado por las niñas es el de cortes en la piel, dato que es muy consistente con los resultados de Sornberger y Barrocas en 2012^{28,29}. En nuestro estudio el segundo mecanismo más usado por las niñas fue insertar objetos debajo de la piel o uñas, mientras que en el de Barrocas et. al., fue el tallado de piel²⁹.

En los varones el método más usado fue el rascado de cicatrices, que difiere de los estudios de Barrocas y de Sornberger, quienes reportaron que golpearse a sí mismo fue el método más usado por el sexo masculino^{28,29}.

En cuanto a la topografía, los brazos y las muñecas fueron las zonas corporales de predilección para ambos sexos. Este dato coincide en parte con la mayoría de las investigaciones previas, en donde las niñas prefieren brazos y muñecas,^{28,30} pero no siempre concuerda en los varones, pues otros estudios reportan que ellos prefieren otras zonas como cara y pecho²⁸ o incluso manos y genitales³⁰.

Otro hallazgo interesante fueron las diferencias en los precipitantes psicológicos (presencia de sentimientos e ideas negativas que experimentan los adolescentes antes de realizar estas conductas), siendo las niñas quienes más los reportaron, sobretodo ideas de coraje antes de realizar la autolesión. En cambio los varones (y en menor grado que las niñas) presentaron más sentimientos depresivos previos a la autolesión deliberada. Estos resultados son consistentes con el estudio de Brunner (2007) quien demostró que los adolescentes con autolesiones sin intención suicida, tienen más síntomas depresivos y ansiosos (medidos con el autoreporte del adolescente, *Youth Self-Report*) y con el estudio de

Whitlock (2011)³¹ quien informó sobre la presencia de ideas de coraje en una muestra de universitarias con autolesiones de la comunidad.

Es posible que la desaprobación social para expresar ideas o sentimientos de coraje en las niñas y de depresión en los varones influya en practicar las autolesiones como mecanismo de expresión alterna de estos sentimientos.

En el componente adictivo, a pesar de que las niñas tienen mayor preocupación y deseo de parar las autolesiones, reportaron mayor "necesidad" de practicarlas, incapacidad para detenerse y "sensación de adicción" al autolesionarse.

Las niñas informaron una mayor frecuencia de respuestas contingentes para autolesionarse en comparación con los niños siendo la liberación de sentimientos negativos la respuesta más reportada por ambos sexos aunque los varones con menor frecuencia que las niñas.

Si bien ambos sexos reportaron disfunción asociada a las autolesiones, las diferencias entre ambos no fueron estadísticamente significativas. La baja disfunción reportada es consistente con la idea de que las autolesiones tienen una función de autorregulación y afrontamiento de emociones y circunstancias difíciles descrita por varios autores^{2,32,33}.

Estas diferencias sexuales en la presentación clínica de las autolesiones sin ideación suicida apoyan la existencia de un fenotipo conductual específico para cada sexo que debería recibir más atención.

Es necesario destacar que de aprobarse los criterios del DSM-5, disminuiría la detección de autolesiones en sujetos de ambos sexos, de manera más importante afectaría a los varones con autolesiones ya que se requieren por lo menos dos criterios de la dimensión B del DSM-5 que corresponde al componente adictivo de este trastorno el cual expresan menos los varones.

Se calcula que para el año 2020 aproximadamente 15 a 30 millones de jóvenes se autolesionaran. La conducta de autolesión representa el 3% de la carga por enfermedad en jóvenes de 10-19 años, esta cifra es superior a la carga por asma, tuberculosis, SIDA y comparable a la carga por uso indebido de drogas y violencia^{34,35}. El problema es que la detección de autolesiones es muy difícil, su práctica permanece oculta en el ambiente familiar, prueba de ello es el pobre acuerdo entre informantes (padre-hijos) reportado para la conducta autolesiva¹⁴. La implementación de programas de prevención y escrutinio escolar incrementaría la detección de autolesiones, pues se sabe que los adolescentes que se autolesionan prefieren pedir ayuda a sus amigos antes que a los trabajadores de la salud² y sólo 13-21% de ellos acuden al hospital para recibir atención médica^{15,36,37}. Por eso es tan importante propiciar la detección oportuna en la infancia y la adolescencia cuando la conducta inicia y antes de que

el componente adictivo consolide y de que en otros adolescentes emerja la imitación¹². Además de que la revelación de esta conducta disminuye con la edad pues si bien la mitad de adolescentes con autolesiones informan a un amigo o trabajador de la salud sobre su práctica apenas el 17% de los adultos jóvenes en psicoterapia lo comunican a su terapeuta³¹. Es importante alentar que trabajadores de la salud como médicos familiares, pediatras y enfermeras interroguen sobre la práctica de autolesiones pues sólo el 27% de ellos lo hace³⁸, además de estimular el escrutinio periódico para detectar huellas de autolesión durante la exploración física.

Un elemento clave para evitar la actitud negativa hacia el paciente que se autolesiona es capacitar al personal de salud sobre los aspectos psiquiátricos de las autolesiones^{39,40,41}.

Es importante explorar la ideación, planeación e intención suicida y la conducta de riesgo de compartir objetos (p-ej. navajas) para autolesionarse ya que un 25% de los adolescentes incurre en esta práctica⁴².

Una buena práctica es la detección y la evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes en hospital general e instituir estrategias para mantener o aumentar el apego al tratamiento esto es importante, ya que se sabe que hasta un 40% de los pacientes no acudirán a su primera consulta de seguimiento^{43,44}.

La detección oportuna permitiría realizar intervenciones psicoterapéuticas para disminuir los intentos de suicidio, suicidio consumado y muerte prematura, esta última relacionada con el descuido de aspectos importantes de la salud. Por todo esto instituir programas de ayuda, orientación y prevención en el ambiente escolar es un aspecto fundamental en la prevención y detección oportuna.

LIMITACIONES

Este estudio tiene limitaciones importantes. Nuestros resultados son a partir de una muestra pequeña no probabilística cuyos resultados no pueden generalizarse al resto de la población.

Esta encuesta sólo incluyó adolescentes que asistían a la escuela esto impidió recoger información valiosa de los que se ausentaron de la escuela y/o la han abandonado, quienes se sabe se autolesionan con mayor frecuencia, cronicidad y cursan con mayor psicopatología^{2,45}.

Los resultados provienen de un estudio de corte transversal que no permitió identificar las variables de riesgo para predecir intentos de suicidio o suicidio consumado por lo cual es muy importante realizar estudios longitudinales para conocer los factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000.
2. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ*. 2008 Jan 29;178(3):306-12.
3. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Oct;72(5):885-90.
4. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(1):12-23.
5. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*. 2005 Oct;34(5):447-57.
6. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Feb;76(1):28-38.
7. Yates TM, Tracy AJ, Luthar SS. Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Feb;76(1):52-62.
8. Chartrand H, Sareen J, Toews M, Bolton JM. Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2012 Mar;29(3):172-9.
9. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Aug;50(8):772-81.
10. Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6:12.
11. Duerden EG, Oatley HK, Mak-Fan KM, McGrath PA, Taylor MJ, Szatmari P, et al. Risk factors associated with self-injurious behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2012 Nov;42(11):2460-70.
12. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1207-11.
13. Zlotnick C, Mattia JJ, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*. 1999 May;187(5):296-301.
14. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *J Affect Disord*. 2006 Jul;93(1-3):87-96.
15. Hilt LM, Cha CB, Nolen-Hoeksema S. Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Feb;76(1):63-71.
16. Alfonso ML, Kaur R. Self-injury among early adolescents: identifying segments protected and at risk. *J Sch Health*. 2012 Nov;82(12):537-47.
17. Isohookana R, Riala K, Hakko H, Räsänen P. Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Jan;22(1):13-22.
18. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Acad Pediatr*. 2012 May;12(3):205-13.
19. González-Forteza C. *Indicadores protectores y de riesgo de depresión e intento de suicidio en adolescentes*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. México: [México D.F.]: UNAM Facultad de Psicología, 1996.
20. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Familiar I, Nock MK, et al. Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *Journal of Affective Disorders*. 2010 Jan;120(1-3):32-9.
21. Shaffer D, Colleen J. Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include 8 Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V Disorder 9 [Internet]. 2010 American Psychiatric Association.; 2010 [cited 2013 Feb 10]. Available from: <http://www.dsm5.org/Proposed%20Revision%20Attachments/APA%20DSM-5%20NSSI%20Proposal.pdf>
22. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Dec;192(12):830-6.
23. Home | APA DSM-5 [Internet]. [cited 2012 Jun 23]. Available from: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
24. Zetterqvist M, Lundh L-G, Dahlström O, Svedin CG. Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2013 Jan 24.
25. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JRZ. Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*. 2012 Jul;130(1):39-45.
26. Gratz KL. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*. 2001;23:253-63.
27. Gratz KL. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*. 2007 Nov;63(11):1091-103.
28. Sornberger MJ, Heath NL, Toste JR, McLouth R. Nonsuicidal Self-Injury and Gender: Patterns of Prevalence, Methods, and Locations among Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012 Jun;42(3):266-78.
29. Barrocas AL, Jenness JL, Davis TS, Oppenheimer CW, Technow JR, Gulley LD, et al. Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. *Adv Child Dev Behav*. 2011;40:301-36.
30. Whitlock J, Lader W, Conterio K. The internet and self-injury: What psychotherapists should know. *Journal of Clinical Psychology*. 2007 Nov;63(11):1135-43.
31. Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral Abrams G, et al. Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *J Am Coll Health*. 2011;59(8):691-8.
32. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2005 Feb;114(1):140-6.
33. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med*. 2011 Sep;41(9):1981-6.
34. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011 Jul 6;475(7354):27-30.
35. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011 Jun 18;377(9783):2093-102.
36. Taylor AW, Martin G, Dal Grande E, Swannell S, Fullerton S, Hazell P, et al. Methodological issues associated with collecting sensitive information over the telephone--experience from an

- Australian non-suicidal self-injury (NSSI) prevalence study. *BMC Med Res Methodol.* 2011;11:20.
37. Kidger J, Heron J, Lewis G, Evans J, Gunnell D. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC Psychiatry.* 2012;12:69.
 38. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Hetler J, Edwall G, Wright C, Edwards A, et al. Nonsuicidal Self-Injury among Adolescents: A Training Priority for Primary Care Providers. *Suicide Life Threat Behav.* 2013 Apr 9.
 39. Egan R, Sarma KM, O'Neill M. Factors influencing perceived effectiveness in dealing with self-harming patients in a sample of emergency department staff. *J Emerg Med.* 2012 Dec;43(6):1084-90.
 40. Saunders KEA, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012 Aug;139(3):205-16.
 41. McHale J, Felton A. Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010 Oct;17(8):732-40.
 42. DiClemente RJ, Ponton LE, Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991 Sep;30(5):735-9.
 43. Caine ED. Self-harm behaviour: rethinking physical and mental health. *The Lancet [Internet].* 2012 Sep [cited 2012 Oct 26]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612615098>
 44. Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med.* 2001 Aug;31(6):979-88.
 45. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007 Jul;161(7):641-9.