



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 MEXICALI B.C.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACIÓN GENERAL DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y PENSAMIENTOS
RELACIONADOS CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No.28 DE MEXICALI BAJA CALIFORNIA.”**

PRESENTA:

Alumno Tesista:

Dr. Luis Alberto Ruiz Vargas

Investigador Responsable:

Dra. Madtie de León Aldaba

Asesor Temático:

Dra. Gloria Jeanett Rosas Ramírez

Asesor Metodológico:

Dra. Vanessa Johanna Caro

Asesor Estadístico:

Dr. Alberto Barreras Serrano

Mexicali B.C. a 26 de agosto 2022

IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

Alumno tesista: Luis Alberto Ruiz Vargas

Residente de la especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 98029603

Sede: Unidad Médica Familiar (UMF) No. 28

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono. 686 190 58 10

Correo: luis_alruiz@outlook.com

Investigador responsable: Dra. Madtie de León Aldaba

Matrícula: 7683022

Sede: UMF Núm. 28 Mexicali B. C.

Lugar de Trabajo: IMSS

Teléfono. 5 55 55 85 con extensión 31409.

Correo electrónico: madtiedra@hotmail.com

Asesor temático: Dra. Gloria Jeanett Rosas Ramírez

Matrícula: Institución Privada

Adscripción: Institución Privada

Institución: Institución Privada

Teléfono: 686 258 22 52

Correo electrónico: sag1912@hotmail.com

Investigador metodológico: Dra. Vanessa Johanna Caro

Matrícula: 99264825

Sede: UMF Núm. 28 Mexicali B. C.

Lugar de Trabajo: IMSS

Teléfono. 5 55 55 85 con extensión 31409.

Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx

Asesor Estadístico: Dr. Alberto Barreras Serrano

Matrícula: 09774, Investigador Ordinario

Adscripción: Instituto de Investigación en Ciencias Veterinarias

Institución: Universidad Autónoma de Baja California

Teléfono: 686 225 53 42

Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

ÍNDICE

	Página
Resumen	3
Marco Teórico	5
Antecedentes	11
Justificación	15
Planteamiento del problema	17
Objetivos	18
Material y métodos	19
➤ Diseño de la investigación	19
➤ Universo de estudio	19
➤ Período de estudio	19
➤ Unidad del estudio	19
➤ Delimitación espacial	19
➤ Tipo de muestreo	19
➤ Tamaño de la muestra	19
➤ Criterios de selección	20
➤ Procedimiento	21
➤ Instrumentos de medición de las variables	23
➤ Operacionalización de las variables	25
➤ Análisis estadísticos	26
Aspectos éticos	27
Resultados	29
Discusión	42
Conclusión	45
Recomendaciones	46
Referencias bibliográficas	47
Anexos	50
➤ Consentimiento informado	51
➤ Asentamiento informado	53
➤ Hoja de recolección de datos	54
➤ Carta de no inconveniente	55
➤ Inventario de depresión Infantil de Kovacs	56
➤ Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas	58
➤ Criterios Diagnósticos para Depresión DSM V	80
➤ Criterios Diagnósticos para Autolesiones no Suicidas DSM V	81
➤ Dictamen de aprobación y Número de registro institucional	82

RESUMEN

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28 DE MEXICALI BAJA CALIFORNIA.”

Dr. Luis Alberto Ruiz Vargas

INTRODUCCIÓN: La depresión y las autolesiones son un problema de salud pública, el 50% de todas las enfermedades de salud mental en los adultos inician antes de la edad de 14 años; estimándose una frecuencia de autolesiones de hasta el 40%, sin embargo, la mayoría de estos trastornos no son diagnosticados ni manejados. El trastorno de depresión es considerado como una de las causas más importantes de enfermedad y discapacidad en el adolescente, provocando que el suicidio se posicione en la tercera causa más común de defunción en los adolescentes de entre 15 a 19 años de edad. Es importante la detección y frecuencia de síntomas depresivos y pensamientos relacionados a conductas autolesivas en este grupo etario en el primer nivel de atención para el diagnóstico oportuno e inicio temprano del tratamiento.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de síntomas depresivos y pensamientos relacionados con conductas autolesivas en adolescentes en el primer nivel de atención de la UMF No.28 de Mexicali Baja California.

MATERIALES Y MÉTODOS: Previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación, se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, en adolescentes de 10 a 15 años que acudieron a la UMF No.28 para determinar la frecuencia de síntomas depresivos y pensamientos relacionados con autolesiones, con previa firma de consentimiento y asentimiento informado. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, escolaridad, ocupación, inventario de depresión infantil de Kovacs y la escala de pensamientos relacionados con las autolesiones. Se analizaron las variables y resultados con ayuda de tablas de frecuencia y graficas de barras. Se utilizara el programa estadístico SPSS ver 26.

RESULTADOS: Tras la aplicación del Inventario de depresión infantil de Kovacs, se detectó la presencia de síntomas relacionados con depresión en 286 adolescentes, lo que se traduce al 77.51% de la muestra. El sexo femenino fue el de mayor predominio con estos resultados con un 50.41%, y el masculino con un 27.10%. El grupo de edad mayormente afectado fue el de adolescentes de 15 años, el grado de depresión mayormente encontrado fue el de depresión leve con una frecuencia del 37.94%, la distribución por escolaridad en relación a los síntomas depresivos fue para aquellos participantes que cursaban algún grado en la secundaria. El 14.63% de la población presentó conductas autolesivas, la intensidad predominante fue la de pensamientos severos en un 16.80%, el sexo más predominante fue el femenino con una frecuencia de 12.20% y en hombres del 2.44%. Las autolesiones representaron el 13.01% de frecuencia en esta población, el sexo mayormente afectado fue el de las adolescentes en un 9.76%, en comparación al sexo masculino con un 3.25%, la distribución por edad fue mayor en el grupo de 15 años con una frecuencia de 5.4%. Las conductas autolesivas más frecuentes fueron cortarse la piel y golpearse intencionalmente.

CONCLUSIONES: La depresión es un problema de salud mental en los adolescentes con una frecuencia alta de un 77.51%, con mayor predominio de síntomas leves en mujeres de 15 años de edad. Los pensamientos relacionados con autolesiones representaron una frecuencia de un 14.63%, con un predominio de intensidad severa, los grupos más afectados fueron las adolescentes de 15 años de edad, quienes cursaban algún grado en secundaria. Las autolesiones representaron un 13.01%, con el mismo predominio, mujeres adolescentes de 15 años de edad. Las conductas más frecuentes fueron hacerse cortes en la piel o golpearse intencionalmente.

PALABRAS CLAVE: Adolescente, depresión y conductas autolesivas.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo que ocurre de los 10 y 19 años de edad.¹ Es un periodo único y formativo de construcción social y emocional, de maduración física y sexual, de búsqueda de la identidad, que expuesta a factores y comportamientos de riesgo pueden vulnerar su salud mental.²

El trastorno de depresión es reconocida hace más de 3000 años en la medicina egipcia. Anteriormente se nombraba a la palabra “melancolía”, como una patología mental provocada por la bilis negra, según Hipócrates. Recientemente ha cobrado importancia la presencia de trastornos de salud mental del tipo depresivo en los adolescentes, principalmente por la falta de diagnósticos oportunos y el retraso en su tratamiento. Actualmente la depresión es considerada una cuestión de salud mental muy común en adolescentes y personas jóvenes en todo el mundo.³

Los trastornos de la salud mental vienen a representar el 16% en todo el mundo de morbilidad y de autolesiones en la población adolescente. El 50% de las enfermedades psiquiátricas en adultos inician antes de los 14 años; sin embargo, la mayoría de estos trastornos no son diagnosticados ni manejados. El trastorno de depresión es considerado como una de las causas más importantes de enfermedad y discapacidad en el adolescente, provocando que el suicidio se posicione en la tercera causa más común de defunción en los adolescentes de entre 15 a 19 años de edad.⁴

Según datos y cifras estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, indican que en el año 2019, más de 1,5 millones de adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 24 años de edad murieron, representando casi 5000 defunciones al día. El grupo de mayor riesgo fueron los adolescentes de 10 a 14 años. Se detectó que una de las principales causas de defunción en este grupo de edad fueron las conductas autolesivas.⁴

Existen muchos factores de riesgo que afectan el bienestar mental en el adolescente. La pobreza, el uso de sustancias, abusos y violencia, exclusión,

estigmatización, crisis humanitarias, frágiles entornos de vida, entre muchos otros, pueden elevar el riesgo de debutar con trastornos de salud mental. El no atender los problemas de salud mental en edades tempranas tiene como consecuencias la progresión a la edad adulta afectando su salud física y mental, y limitando la calidad de vida en la adultez.⁵

La depresión es definida por la OMS como un trastorno mental afectivo, que se caracteriza por alteraciones en el estado de ánimo, acompañado de síntomas físicos y cognitivos; y de origen primario o secundario, es considerada una patología frecuente y tratable. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, 5ta edición (DSM-V), es definida como trastorno del estado de ánimo cuyas características principales son alteraciones en el humor. Se clasifica según su origen y temporalidad, de forma que se observan diferentes trastornos, los principales son el trastorno depresivo mayor, distímico y bipolar.⁶

La relación de depresión en hombres y mujeres es similar en la pubertad y edad adulta pero se vuelve más común en mujeres en la adolescencia. La edad en la que aparece la depresión no se relaciona con los diferentes trastornos depresivos; sin embargo el inicio temprano de la enfermedad se relaciona con un aumento de recurrencia de hasta 60% en la edad adulta con un aumento de los episodios depresivos a lo largo de la vida con síntomas severos y mayor número de intentos suicidas, una mayor carga disfuncional en el ámbito ocupacional y social; mala calidad de vida y comorbilidades médicas y psiquiátricas.⁶

Se espera que el 20% de los adolescentes de 18 años haya presentado un episodio depresivo al menos una vez en la vida clínicamente relevante. Existe una asociación de la depresión con el consumo de sustancias, agresiones, alteraciones en la conducta nutricional, riesgo de padecer trastorno bipolar y es considerado como uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio en la adolescencia. Además, sufrir un episodio de depresión durante la adolescencia tiene una influencia negativa en el rendimiento escolar, desarrollo e interacciones sociales.⁷

La depresión mayor es definida como un trastorno mental del estado de ánimo, con un predominio de síntomas del tipo afectivo (irritabilidad, apatía, tristeza, desesperanza, anhedonia y sensación de malestar subjetiva) y que se presentan en conjunto con síntomas cognitivos y físicos. En la adolescencia predominan síntomas como estados de irritabilidad, apatía, agresividad, rendimiento escolar bajo, malas relaciones familiares y sociales, abuso de sustancias tóxicas, y puede coexistir con ansiedad y manifestaciones somáticas (por ejemplo cefaleas, mialgias, parálisis, dolores abdominales, cansancio).⁷

Para el diagnóstico de depresión en la adolescencia se siguen los mismos criterios diagnósticos que para los adultos. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma edición (CIE-10), debe tener al como mínimo dos semanas de duración y estar presente dos síntomas típicos de depresión como ánimo depresivo, anhedonia (pérdida del interés o capacidad de disfrutar) e incremento de la fatigabilidad. Según el DSM-V (Anexo 7), síntomas durante dos semanas seguidas más 5 síntomas característicos, la presencia de ánimo depresivo o anhedonia debe ser obligadamente uno de ellos.⁷

La distimia en adolescentes se establece cuando en un año ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de diferentes síntomas depresivos que no se encuentran en los criterios determinados para un episodio depresivo mayor. El episodio depresivo mayor no se debe a los efectos directos de alguna enfermedad médica, no está asociado a efectos de las drogas, a los efectos secundarios de los medicamentos o a la exposición a tóxicos.⁸

La Autolesión no suicida (ANS) es referenciada como la lisis directa e intencionada de la superficie corporal propia, sin finalidad suicida. Tras la presencia progresiva de la elevación en su incidencia en la población adolescente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V), lo ha incorporado como un diagnóstico de interés que requiere ser más estudiado.⁹

En el estudio de la ANS, el DSM-V establece criterios diagnósticos (Anexo 8) para investigar si el individuo en al menos 5 días en el año previo, se ha auto

infligido lesiones en la superficie corporal que provoquen dolor, hematomas o sangrado sin intención suicida para aliviar sentimientos negativos, dificultades personales o inducir emociones positivas; si lo asocia a dificultades personales o pensamientos frecuentes de autolesionarse, comportamientos no aceptados por la sociedad, consecuencias funcionales y que las conductas no sean exclusivas de episodios psicóticos, algún síndrome confusional o uso de sustancias.¹⁰

Estos diagnósticos se encuentran clasificados por la CIE-10, para la patología de depresión se encuentran como “trastornos del estado de ánimo afectivos”, desde el código F32 al F39. Enumerando el “Trastorno depresivo mayor episodio único” con el código F32, el “Trastorno depresivo mayor recurrente” en el código F33, en el F34 los “Trastornos persistentes del estado de ánimo”, también se encuentra el diagnóstico de “Trastorno distímico” en el cual se le encuentra ubicado con el código de F34.1.¹⁰

Para los trastornos de autolesiones, los clasifica en los códigos X-71 al X-84, las “Lesiones auto infligidas intencionalmente” especificadas en el código X-78, la “Lesión auto infligida intencionadamente con algún objeto cortante” y la “Lesión auto infligida intencionadamente pero con vapor o algún objeto caliente” en el código X-77.¹⁰

El Inventario de depresión infantil (CDI) fue creado por María Kovacs en coautoría de Aaron Beck en la primera versión en el año de 1977. Kovacs construyó una herramienta para evaluar la depresión infantil basada en la teoría cognitiva de A. Beck como etiología de la depresión. Este instrumento resulta ser de los más aceptados y utilizados por investigadores para el estudio de la depresión infantil, el objetivo es evaluar la presencia síntomas de depresión por lo que se usa como rastreo, investigación y evaluación. Cuenta con un lenguaje sencillo para la fácil comprensión por los menores.¹¹

El CDI puede ser utilizado en la población en general para rastreo de menores con síntomas depresivos, pero también en la población clínica como una herramienta temprana para hacer el diagnóstico. Es una herramienta de aplicación para niños y adolescentes de 7 a 15 años de edad, con una duración estimada de

10 a 25 minutos, su finalidad es la evaluación de sintomatología depresiva, disforia y autoestima negativa. La última versión publicada es en 2004.¹²

Es la herramienta más utilizada para valorar la depresión infantil, se trata de un cuestionario de auto aplicado que se conforma de 27 reactivos, cada una de ellas cuenta con tres opciones de respuesta que miden intensidad o frecuencia de síntomas depresivos en el niño o adolescente, la primer opción caracterizada como normalidad se valora con 0 puntos, la segunda valorada con cierta intensidad, con 1 punto y la tercera demuestra la presencia de síntomas depresivos, con 2 puntos. El punto de corte son 19 puntos para considerar la presencia de depresión.¹³

La Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA) desarrollada en Harvard es un instrumento diagnóstico completo, estudia conductas auto lesivas, ayuda a detectar gestos suicidas y los diferencia de los intentos suicidas. Su fiabilidad se basa en el coeficiente Alfa de Cronbach ($K=0,90-1$), con un análisis de variables relacionadas en ideación, planes e intentos suicidas. La entrevista se encuentra conformada por 169 ítems que se dividen en 5 módulos donde se evalúa la presencia, frecuencia y características de 5 conductas auto lesivas: ideación suicida, planes suicidas, gestos suicidas, intentos suicidas y autolesiones.¹⁴

Se inicia cada módulo con una pregunta de tipo screening en la que el individuo responde si existe o no la presencia de las conductas anteriormente mencionadas, si la respuesta afirma la presencia, se investiga la frecuencia, edad en que inicio, los métodos y severidad de la conducta, en caso de no estar presente, se pasa al siguiente modulo.¹⁴

Para concluir, en los últimos años, se le ha dado mayor atención a la detección de adolescentes con alto grado de depresión, autolesiones y de suicidio, siendo de las primeras causas de mortalidad en los adolescentes, estimándose una frecuencia de entre el 10 y 40% de todos los adolescentes que han cometido suicidio se han autolesionado previamente. Debido a esto, se deben iniciar con medidas preventivas para depresión y conductas autolesivas para identificar a

aquellas poblaciones de riesgo. Lo más importante es realizar un diagnóstico oportuno y el inicio temprano del tratamiento.¹⁵

ANTECEDENTES

Steward y colaboradores, Estados Unidos de América en 2017, publicaron un estudio observacional, realizaron el estudio en un hospital psiquiátrico durante un periodo de 2 años. La población del estudio fueron 397 adolescentes de 13 a 18 años que habían tenido intentos suicidas sin ideación suicida, 317 eran mujeres. La intervención fue la aplicación de la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas y la Escala de ideación suicida de Beck. Los resultados obtenidos clasificaron a los pacientes en tres grupos de los cuales 96 no tenían pensamientos suicidas, 147 tuvieron pensamientos suicidas y 152 ya habían cometido algún intento suicida. Las características demográficas comparadas fueron el maltrato infantil, factores psiquiátricos y conductas de riesgo, evidenciando que es más común el trastorno depresivo mayor y la ansiedad en pacientes con pensamientos suicidas comparado con los que se lesionan sin intención suicida. Se identificaron mayores síntomas psicóticos en pacientes que se autolesionan sin pensamiento suicida y en los que han tenido un intento suicida en comparación a los que solo presentan pensamientos suicidas. También se descubrió que las conductas sexuales riesgosas y toxicomanías fueron mayores en los que se lesionan sin intento de suicidarse, que en los que desean suicidarse. El uso de toxicológicos fue más elevado en pacientes con intentos previos de suicidarse igual que una cantidad mayor de autolesiones, los más comunes: las quemaduras y laceraciones.¹⁶

Vergara y colaboradores, en Estados Unidos de América, 2019, publicaron un estudio transversal realizado en un periodo de 3 años, del 2013 a 2016. La población de estudio fueron 223 adolescentes de 13 a 18 años en una clínica de hospitalización aguda. Se clasificaron 2 grupos; en el primer grupo 106 pacientes con ideación suicida pero sin ningún intento suicida en la vida y en el segundo grupo 117 pacientes con ideación e intento suicida. Se les aplicaron los formularios BDI, EPCA y la Encuesta para detectar victimización; se encontró que los pacientes con intento suicida reportan mayores niveles de victimización de

acosador y de compañeros con mayor riesgo de intentos suicidas si fue en el último mes.¹⁷

Caro-Cañizares y colaboradores, en Madrid, España, 2019. Realizaron un estudio observacional donde incluyeron a 239 adolescentes de la consulta de Psiquiatría en un Centro de Salud Mental de 11 a 17 años, el 63.6% hombres y el 36.4% mujeres, el periodo de estudio fue de 2011 a 2012. En el estudio se determinó el perfil de desregulación evaluado a través de la Escala de Fortalezas y Debilidades (SDQ-DP) y la experiencia de conductas suicidas con la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas. La finalidad fue determinar la prevalencia de los diferentes pensamientos y conductas de la experiencia suicida en una muestra clínica de adolescentes con un elevado nivel en SDQ-DP en comparación con adolescentes con bajos niveles en SDQ-DP. Según los estudios de regresión logística se encontró que los adolescentes con perfil de desregulación elevado tenían más riesgo de presentar planes de suicidio, gestos suicidas, intentos suicidas y de autolesiones.¹⁸

González y colaboradores en Sonora, México, 2018. Realizaron un estudio transversal-correlacional cuyo objetivo fue evaluar las características del entorno de 113 adolescentes con trastorno depresivo. La edad promedio fue de 16.33 años, de los cuales el 59.3% eran mujeres y el resto hombres. Dentro de los instrumentos que utilizaron se encontró la escala de Beck, con estos instrumentos midieron la calidad de vecindario, amigos de riesgo, riesgo en escuela, los sucesos de vida, los problemas de autorregulación y las redes de apoyo. Se observó relación significativa entre los sucesos de vida, las características del vecindario, riesgo en escuela y amigos, con el grado de depresión (Pearson 0.24; $p < 0.05$). Concluyendo que la depresión no es consecuencia exclusivamente de procesos bioquímicos, sino de un conjunto de elementos psicosociales los cuales interactúan para integrar riesgos que favorecen el desarrollo de enfermedades mentales.¹⁹

García y colaboradores, en Chiapas México, 2018, realizaron un estudio de diseño no experimental, transversal, con el objetivo de valorar la presencia de

ideas suicidas y síntomas depresivos en base a variables predictores. La población de este estudio fueron 4,759 adolescentes, 3,275 mujeres y 1,484 hombres, todos estudiantes de bachillerato que cursaban su tercer año, el periodo de estudio fue de 2011 a 2015. Se les aplicaron 4 instrumentos, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Escala de Ideación Suicida de Roberts (EIS), Escala de Impulsividad (EI) y Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados obtenidos fueron que los puntos de media para las ideas suicidas fueron inferiores en comparación a otros estudios, pero para los síntomas depresivos, es parecida. Se detectó una prevalencia de ideas suicidas de 7.8%, inferior a los índices que se señalan a nivel nacional e internacional. Se confirmó la impulsividad y síntomas depresivos con los modelos de regresión logística multivariable, la cual se reportó prácticamente al doble ($OR=1.907$) y multiplicado 9 veces ($OR=9.006$). Por lo que se concluye con una importante relación entre las ideas suicidas y los síntomas depresivos, por lo que se demuestra es relevante como predictor de su presencia en los adolescentes.²⁰

Bustillos-Cotrado y colaborador, en Huánuco, Perú, 2018, realizaron un estudio analítico, transversal durante el año 2016, se incluyeron a 169 adolescentes entre las edades de 13 a 19 años por muestreo aleatorio, 134 mujeres y 35 hombres, se les aplicaron las escalas de APGAR familiar, la Escala de siluetas, la Escala de bullying y la escala EDAR. Las características demográficas estudiadas fueron edad, peso, talla, IMC, género y grado escolar. Las características clínicas estudiadas fueron estado de ánimo, funcionalidad familiar, percepción de imagen corporal y entorno escolar. Los resultados más relevantes del estudio fueron una relación significativa entre la depresión y el género femenino, el 75.5% de los adolescentes presentaban disfunción familiar, 68% de los adolescentes presentaban una alteración de la percepción de su imagen.²¹

Leyva y colaboradores, en Chile 2019, realizaron un estudio no experimental, transversal. El objetivo de estudio consistía en valorar la relación entre las autolesiones no suicidas y el tipo de apego. Aplicando análisis estadísticos a 186

adolescentes de 14 y 18 años de edad, 80 de ellos (43%) del sexo masculino y 106 (57%) del sexo femenino. Se utilizó el Cuestionario de Apego en Adolescentes y Escala elaborada ad hoc en base a los planteamientos del DSM-V relacionados con la presencia de autolesiones no suicidas. Los resultados del estudio fueron que del total de los participantes, 22 (11.8%) reportaron haberse realizado autolesiones no suicidas, 5 hombres (22.7%) y 17 mujeres (77.3%). Se detectó mayor conductas auto lesivas a los 15 años un 36.3%, a los 16 años un 27.3%, a los 14 años un 18.2%, a los 17 años un 13.6% y 18 años 4.5%. De quienes presentaron autolesiones, el 80.9% poseía un tipo de apego inseguro, siendo el 42.8% desorganizado, el 33.3% ambivalente y 4.8% evitativo; puntajes medios a altos en las sub escalas de ira y angustia hacia la figura de apego en un 95.4%. Concluyendo que las figuras de apego son estructuras cognitivas que forman modelos los cuales representan el mundo para el individuo, siendo la principal manera de establecer relación con este. Por lo que la imagen de la persona significativa da paso a estabilizar y desarrollar la dinámica relacional según las construcciones autorreferenciales establecidas, permitiendo así comprender la realidad, actuar y anticipar el futuro según las metas establecidas, en base al conocimiento del mundo y de sí mismo en función del desarrollo cognitivo y afectivo del sujeto de apego.²²

De la Torre y colaboradores en 2016, Sonora, México; realizaron un estudio descriptivo, analítico y transversal que consistió en aplicar el Inventario de depresión infantil de Kovacs a niños de escuelas públicas del quinto y sexto grado, para obtener cuales son las propiedades psicométricas de esta herramienta, valorar su confiabilidad y adecuación en esta población, incidencia de síntomas depresivos y relación con el género. La población de estudio fueron 557 niños de ambos sexos, la edad promedio fue de 10.6 años. Se determinó un elevado índice de síntomas depresivos en la población estudiada con una severidad de moderada a severo, el género no mostro diferencias importantes, se determinó que el CDI es una herramienta confiable y adecuada para niños de sonora, México.²³

JUSTIFICACIÓN

La depresión y las conductas auto lesivas representan un problema de salud pública frecuente en los adolescentes, lamentablemente son patologías que se encuentran sub diagnosticadas y a las que se les ha prestado poca atención. Se ha detectado que el 50% de los pacientes con depresión se presentan por primera vez antes de los 14 años y hasta un 40% de los suicidios en adolescentes han tenido antecedentes de autolesiones.

Se ha demostrado que estos malestares mentales afectan la calidad de vida y la funcionalidad, generando problemas en la dinámica familiar, en el desempeño académico o laboral, así como problemas en la integración y funcionalidad en la sociedad, llegando a presentar consecuencias graves, como el suicidio.

Recientemente estas enfermedades han cobrado importancia debido a la falta de diagnósticos oportunos y retraso en el inicio temprano del tratamiento, lo que ha conllevado al aumento de la frecuencia de los trastornos mentales, así como a la atención de estos pacientes en etapas complicadas de la enfermedad, siendo frecuentes los adolescentes que acuden a servicios de urgencias por intentos de suicidio con problemas disfuncionales en varios aspectos de su vida, donde se ve afectada su calidad de vida y llegan a presentar condiciones incapacitantes, lo que se refleja en aislamiento social, baja productividad, problemas legales, psicosociales y adicciones.

Los trastornos mentales y suicidios en este grupo etario se ven reflejado en un aumento de los recursos familiares y del sector salud. Debe de priorizarse una intervención adecuada con un equipo multidisciplinario para el inicio de tratamiento y su seguimiento por médicos especializados y familiares, con apoyo de terapia individual y familiar para poder evitar futuras complicaciones y mejorar la calidad de vida en las relaciones familiares e interpersonales, garantizar una integración a la sociedad como individuos funcionales para lograr una vida sana personal, escolar, laboral y en todos los ámbitos que le sea posible.

La factibilidad del estudio se basa en que la Unidad de Medicina Familiar No.28 cuenta con una población activa de adolescentes que acuden a los servicios de primer nivel de atención, como consultorios médicos, consultorios dentales, áreas de nutrición, módulos de prevención como prevenimss, etcétera, en los cuales es posible localizar adolescentes y ofrecerles la oportunidad de detección y prevención de trastornos mentales a través de la aplicación de escalas altamente validadas para el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas y posteriormente normar la conducta a seguir.

La finalidad de esta investigación es determinar la frecuencia de síntomas de depresión, pensamientos relacionados con conductas auto lesivas y las mismas autolesiones en un grupo ya reconocido como vulnerable, que requieren mayor atención en la detección temprana de estas enfermedades, por lo cual es oportuno empezar a priorizar medidas preventivas en los adolescentes en el primer nivel de atención y prevención de complicaciones futuras.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión y pensamientos relacionados a las autolesiones durante la adolescencia son problemas de salud pública que se encuentran sub diagnosticados. Actualmente es común ver un índice elevado de adolescentes que acuden a los servicios de urgencias secundarios a estas patologías psiquiátricas, llegando incluso a tener desenlaces fatales, pudiendo ser prevenibles. Por todo lo anterior es importante identificar a los adolescentes con síntomas depresivos y la frecuencia de pensamientos autolesivos, con el fin de difundir el bienestar mental en el adolescente a través de diagnósticos y tratamientos tempranos. El personal de salud del primer nivel debe concientizarse y priorizar la detección preventiva de estos trastornos mentales con el fin de evitar complicaciones que afectan al adolescente, a las familias, a la sociedad y a los recursos del sector salud.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de síntomas depresivos y pensamientos relacionados con conductas autolesivas en adolescentes en el primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar No.28 de Mexicali Baja California?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la frecuencia de síntomas depresivos y pensamientos relacionados con conductas autolesivas en adolescentes en el primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar No.28 de Mexicali Baja California.

Objetivos Específicos:

- Identificar características sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad y ocupación) de los adolescentes que acuden a la atención médica en la UMF No. 28.
- Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en adolescentes, así como conocer el grado de depresión según el inventario de depresión infantil de Kovacs.
- Determinar la frecuencia de pensamientos relacionados a conductas autolesivas con la Escala de pensamientos y conductas auto lesivas (EPCA).

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

UNIVERSO DEL ESTUDIO:

Adolescentes que acudan a recibir atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No.28 del IMSS, Mexicali, Baja California, que cuenta con una población de 21,360 adolescentes hasta el 30 de junio del año de 2020.

PERIODO DE ESTUDIO:

Diciembre del 2021 a junio del 2022.

UNIDAD DE ESTUDIO:

Adolescentes de 10 a 15 años.

DELIMITACIÓN ESPACIAL:

Unidad de Medicina Familiar No.28 del IMSS, Mexicali, Baja California.

MUESTREO:

Muestreo aleatorio simple.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño muestral se obtuvo con la fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \pi (1 - \pi)}{\delta^2}$$

Dónde:

Z: Nivel de confianza al 95% = 1.96

δ : Precisión = 5%

π : Proporción = 40% = 0.4 (Fleta J., 2017¹⁵)

n: Tamaño muestral = 369

CRITERIOS DE SELECCIÓN

DE INCLUSIÓN

- Adolescentes derechohabientes del IMSS, de 10 a 15 años, que acudan a recibir atención en la Unidad de Medicina Familiar No.28, de sexo indistinto.
- Adolescentes que acepten participar en el estudio previa firma de consentimiento informado por el padre o tutor y asentimiento informado por el adolescente.

DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes de 9 años y de 16 a 19 años.
- Adolescentes con incapacidad para recibir y seguir indicaciones.
- Adolescentes con diagnóstico de depresión y autolesiones.
- Adolescentes embarazadas.

DE ELIMINACIÓN

- Encuestas incompletas.

PROCEDIMIENTO

Con previa autorización del Comité de Ética, Comité local de Investigación y del director de la Unidad de Medicina Familiar No.28, se desarrolló el siguiente trabajo de campo para identificar a adolescentes de 10 a 15 años de edad que no tenga un diagnóstico establecido de depresión o autolesiones por un médico facultativo y que su Unidad de Medicina Familiar sea la clínica No.28. El rango de edad se consideró con base a la edad de aplicación del instrumento de medición de Kovacs. Se seleccionaron por conveniencia a adolescentes que cumplan el rango de edad anteriormente mencionado, se les localizó en las salas de espera, consultorios médicos, en los distintos módulos de atención de la clínica, en las listas de pacientes citados y en salas de espera a aquellos adolescentes que acudían como acompañantes, se les brindó toda la información necesaria sobre el estudio al adolescente y al padre o tutor con quien se encontraban en ese momento. Se les invitó a pasar a la privacidad de un consultorio donde se les dio a conocer la información necesaria así como el objetivo del estudio de investigación, explicándose que es considerado un estudio de riesgo mínimo pues no habrá contacto salvo la entrevista para contestar las evaluaciones y que el beneficio será la detección temprana de un trastorno de salud mental como relacionados con síntomas de depresión o presencia de pensamientos relacionados con conductas autolesivas, de ser necesario y si así lo desea el adolescente y responsable legal, poder recibir la atención médica necesaria, terapia psicológica y tratamientos tempranos al ser referido oportunamente a las áreas correspondientes para su atención. A quienes aceptaron participar, se les solicitó la firma del consentimiento informado por el padre o tutor (Anexo 1) y asentimiento por parte del menor (Anexo 2), en donde se explicaron los beneficios y/o riesgos de participar en el estudio.

Se aplicaron dos encuestas y una hoja de recolección de datos personales dentro de un consultorio, bajo ambiente de privacidad y tranquilidad, para poder obtener la información necesaria y que el adolescente respondiera lo más certeramente posible, se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Inventario de depresión de Kovacs para clasificar al adolescente con o sin síntomas depresivos, así como la severidad de los síntomas: levemente deprimido, moderadamente deprimido y severamente deprimido.
2. Escala de Pensamientos relacionados a Conductas Auto lesivas para valorar su frecuencia, como nulo, bajo, poco, medio, mucho, severo, o si alguna vez ha logrado lesionarse, a lo cual responderá con: si o no.

Los resultados de las encuestas aplicadas fueron informados al adolescente y al padre o tutor posterior a la evaluación, en quienes se detectó síntomas relacionados con depresión, riesgo de autolesión o consumación de esta, se les entregaron los resultados y fueron canalizados conforme los protocolos institucionales y guías de práctica clínica referentes a trastornos de salud mental en niños y adolescentes, esto para salvaguardar la integridad y seguridad de los menores que fueron entrevistados. En el primer nivel de atención, será su Médico Familiar quien determine si se sospecha la presencia de alguna condición médica de salud mental y su severidad, los adolescentes con condiciones que no representaron riesgo para la vida fueron enviados a la consulta externa de pediatría y posteriormente ser referidos a psiquiatría pediátrica, donde se dará el diagnóstico de la patología mental por el psiquiatra, el manejo más indicado para el adolescente y su vigilancia; para los casos de mayor severidad que implicaron un riesgo para el adolescente, se derivaron inmediatamente a los servicios de urgencias.

Finalmente, la información obtenida con las escalas utilizadas, se vaciaron en un documento Excel y fueron procesados y analizados en el programa estadístico SPSS ver 26, posteriormente se presentó la información y resultados de este estudio en un trabajo final de tesis para obtener el título en especialidad de Medicina Familiar.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (Anexo 5)

El Inventario de depresión infantil de Kovacs es una herramienta para evaluar la presencia síntomas de depresión por lo que se usa como rastreo, investigación y evaluación. Cuenta con un lenguaje sencillo para la fácil comprensión por los menores. Su aplicación es para niños y adolescentes de 7 a 15 años de edad, con una duración estimada de 10 a 25 minutos, su finalidad es la evaluación de sintomatología depresiva, disforia y autoestima negativa. Se trata de un cuestionario de auto aplicado que se conforma de 27 reactivos, cada una de ellas cuenta con tres opciones de respuesta que miden intensidad o frecuencia de síntomas depresivos en el niño o adolescente, la primer opción caracterizada como normalidad se valora con 0 puntos, la segunda valorada con cierta intensidad, con 1 punto y la tercera demuestra la presencia de síntomas depresivos, con 2 puntos. El punto de corte son 19 puntos para considerar la presencia de depresión.

Escala de Pensamientos relacionados a Conductas Autolesivas. (Anexo 6)

Con un alfa de Cronbach de 0.90 según diversos autores y un tiempo estimado de 3 a 15 minutos para su resolución, es una entrevista de 169 ítems agrupados en cinco módulos que estudian la presencia, frecuencia y características de los tipos de conductas autolesivas suicidas: 1.Ideación, 2.Planes, 3.Gestos, 4.Intentos y 5.Autolesiones. El módulo inicia con una pregunta que valora la presencia o no de un pensamiento o conducta auto lesiva a lo largo de su la vida. Si se niega la presencia de la conducta se salta al módulo siguiente, si confirma la presencia se estudia la conducta en base a su frecuencia a lo largo de la vida, la edad de aparición, la severidad y los métodos usados.

La clasificación de cada tipo de conducta estudiada es mediante preguntas se responden en una escala de cero a cuatro, los valores: No se considera como nulo, 0 es bajo, 1 es poco, 2 es medio, 3 es mucho y 4 es severo.

Este instrumento estudia las funciones de regulación emocional positivas o negativas, un ejemplo es: evadir o generar sentimientos, como medio para comunicación hacia otras personas, escapar de situaciones o llamar la atención. La EPCA examina además los factores que han contribuido a la conducta, de la misma manera en una escala de cero a cuatro, considerando factores a la familia, amigos, pareja, compañeros, trabajo, estudios y estado mental. Se les interroga sobre el consumo de alcohol y drogas durante el momento en que se presentó la conducta auto lesiva y el grado de premeditación o impulsión.

Hoja de recolección de datos. (Anexo 3)

Se incluirán las variables: edad, sexo, escolaridad, ocupación, Inventario de depresión de Kovac y la Escala de pensamientos y conductas auto lesivas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Síntomas depresivos.

Variable dependiente: Pensamientos auto lesivos.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Valor
Sexo	Características fenotípicas, ya sea hombre o mujer.	Género	Cualitativa Nominal Dicotómica	1 Masculino 2 Femenino
Edad	Corresponde al tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de aplicación de la encuesta.	Años de vida que tiene el paciente al momento del estudio.	Cuantitativa Razón	1. De 10 - 12años 2. De 13 - 15 años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.	Básica o superior según lo referido por el paciente mediante el interrogatorio.	Cualitativa Ordinal	1.Nula 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria
Ocupación	Conjunto de actividades, obligaciones y tareas que desempeña un individuo.	Profesional, técnico y oficio.	Cualitativa Nominal	1. Ama de casa. 2. Empleado. 3. Estudiante. 4. Otro.
Síntomas relacionados a depresión	Síntomas del trastorno mental que involucra el estado de ánimo, caracterizado por astenia, adinamia y anhedonia.	Inventario de depresión infantil de Kovacs	Cualitativa Ordinal	0-6. Sin síntomas de depresión. 7-13. Síntomas leves. 14-19. Síntomas moderados. 20-54. Síntomas severos.
Pensamientos de Conductas Autolesivas	Cualquier pensamiento relacionado con comportamientos que se realizan de manera intencional, autodirigida directa y deliberada con el propósito de destrucción inmediata de la propia superficie corporal sin intención letal.	Clasificados según la Escala de pensamiento y conductas autolesivas.	Cualitativa Ordinal	No. Nulo 0. Bajo 1.Poco 2. Medio 3. Mucho 4. Severo
Conducta Autolesiva	Cualquier comportamiento que se realiza de manera intencional, autodirigida directa y deliberada con el propósito de destrucción inmediata de la propia superficie corporal sin intención letal.	Clasificados según la Escala de pensamiento y conductas autolesivas.	Cualitativo Nominal Dicotómica	1. Si 2. No

ANALISIS ESTADISTICO

La información fue capturada en una hoja electrónica empleando Excel. Para la descripción de las variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad y ocupación se construirán tablas de frecuencia simples y de doble entrada, además de gráficas de barras horizontales, verticales y de pastel. Para el análisis de las categorías resultantes de aplicar el Inventario de depresión infantil de Kovacs (sin depresión, levemente deprimido, moderadamente deprimido y severamente deprimido), la Escala de Pensamientos relacionados a Conductas Autolesivas (nulo, bajo, poco, medio, mucho, severo, o si alguna vez ha logrado lesionarse, a lo cual responderá con: si o no). Se construyeron tablas de frecuencias sencillas, de doble y triple entrada para incluir las categorías por edad, sexo y escolaridad. Las frecuencias de las categorías resultantes se expresaron relativas al total de pacientes incluidos en la muestra. Se contrastaron proporciones resultantes entre categorías bajo la hipótesis nula de igualdad entre ellas empleando la prueba de Chi-cuadrada. Se declararon distintas cuando $p < 0.05$. Las hipótesis de distribución homogénea entre las clases de los distintos criterios sociodemográficos se evaluaron con Chi-cuadrada. Se utilizaron gráficos de barras y de pastel para presentar los resultados. El análisis se realizó con el apoyo del paquete estadístico SPSS ver 26.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se desarrolló siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 2013, los lineamientos en el artículo 98 de la Ley General de Salud con relación a la investigación en seres humanos y los lineamientos de proyectos de investigación en salud del IMSS. Según los reglamentos de la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de investigación, este estudio se consideró de mínimo riesgo para los pacientes debido a que los riesgos en los que se encuentran los participantes no son diferentes a los que implican al estar en contacto con los servicios de salud.

Se efectuó el presente estudio, con la autorización del Comité Local de Investigación y del Comité de Ética en Investigación del IMSS y del director de la unidad; así como la aceptación del padre o tutor del adolescente y de los adolescentes, con la firma de la carta de consentimiento informado (Anexo 1) y asentimiento informado. (Anexo 2).

El procedimiento consistió en la aplicación de dos encuestas en la privacidad de un consultorio, no fue necesaria la exploración física o el contacto de otra índole hacia el paciente. Los beneficios del estudio fueron la detección oportuna de algún síntoma de depresión así como el grado de severidad y presencia de pensamientos relacionados a autolesiones, recibieron la información necesaria para acudir a atención médica y multidisciplinaria de manera oportuna, y el inicio temprano de terapia o tratamiento especializado de ser necesario.

En el presente estudio se guardó la confidencialidad de la información obtenida del paciente, sin embargo, los resultados de los cuestionarios fueron informados a sus padres. Quienes presentaron síntomas depresivos, pensamientos relacionados con conductas auto lesivas o haber presentado algún episodio de autolesión, se brindó la información a su médico familiar para iniciar su manejo y ser canalizado conforme los protocolos institucionales así como las Guías de

práctica clínica referentes a trastornos de salud mental en niños y adolescentes, esto para salvaguardar la integridad y seguridad de los menores que fueron entrevistados.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los adolescentes que acuden a la atención médica en la UMF No. 28.

Respecto al sexo, las de sexo femenino representaron la mayor frecuencia de estudio con un total de 225 pacientes lo que equivale a un 60.98% de la población total en estudio, mientras que el sexo masculino con 144 adolescentes, equivalente al 39.02% de la población total en estudio (Figura 1).

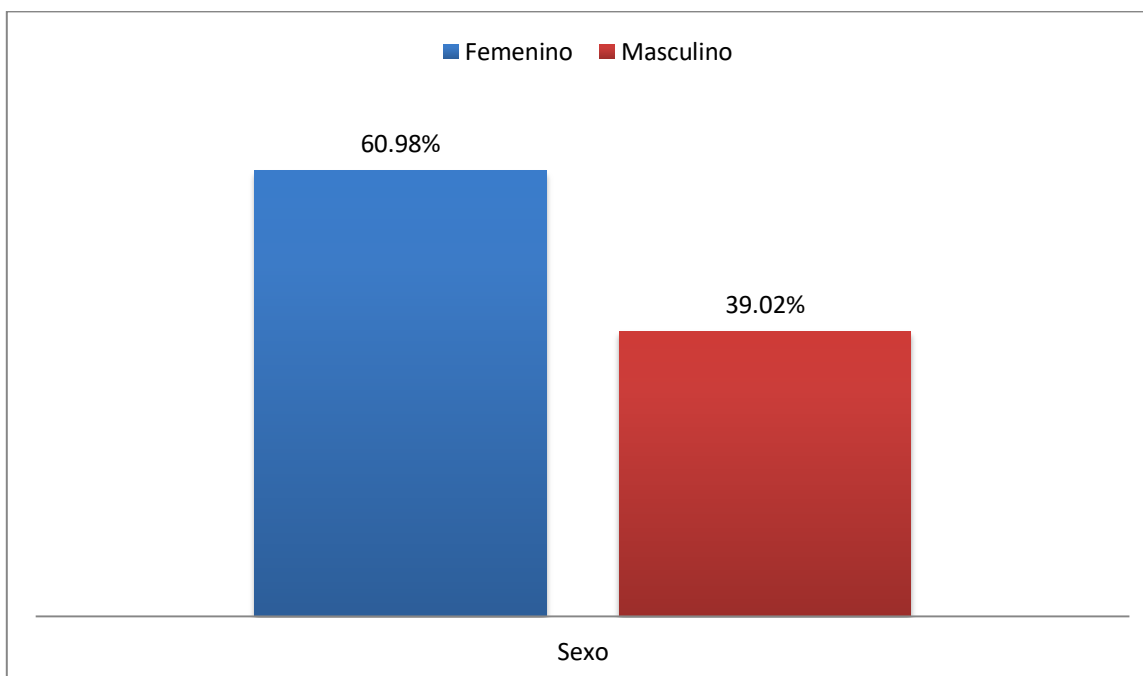


Figura 1. Distribución de las categorías de sexo en la población en estudio

El rango de edad de la población adolescente estudiada fue de 10 a 15 años de edad, esto debido a la población a la que se dirigían las herramientas utilizadas para este estudio. Los totales y porcentajes de esta característica sociodemográfica estudiada fueron los siguientes: Adolescentes de 10 años de edad, representados por un total de 45 adolescentes, equivalentes al 12.20% de la población total, los de 11 años de edad fueron un total de 43 adolescentes,

equivalentes al 11.65%, los de 12 años de edad, representados por 50 adolescentes, con un equivalente al 13.55%, los de 13 años de edad, representados por un total de 63 adolescentes, equivalentes al 17.07%, los de 14 años, siendo 59 adolescentes del total de la población, representaron el 15.99%, y finalmente el último grupo de edad, población de 15 años de edad, un total de 109 adolescentes que representaron el 29.54% total de la población, quienes simbolizaron el rango de edad mayormente estudiado en esta investigación. Sin embargo, esta rango de edad destacado en mayor porcentaje, fue resultado de una selección de adolescentes por conveniencia, donde fue más común poder entrevistar a este rubro de edad que al resto de los adolescentes de otras edades (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución por edad en la muestra de adolescentes en el estudio

Edad	frecuencia	porcentaje
10	45	12.20
11	43	11.65
12	50	13.55
13	63	17.07
14	59	15.99
15	109	29.54
Total	369	100

La escolaridad de los adolescentes que participaron en este estudio fue proporcional a la edad y al grado académico al que deberían estar cursando de acuerdo a su edad. Los resultados fueron los siguientes: El 26.56%, (98/369) se encontraban cursando algún grado escolar en la primaria, el 50.41% representa a 186 adolescentes en la secundaria, mientras que el restante 23.04%, es decir 85 adolescentes de 369 se encuentra cursando la preparatoria. De acuerdo al rango de edad de la población adolescente que fue más frecuente y que se encuentra

cursando algún grado académico, la secundaria fue la más representativa (Figura 2).

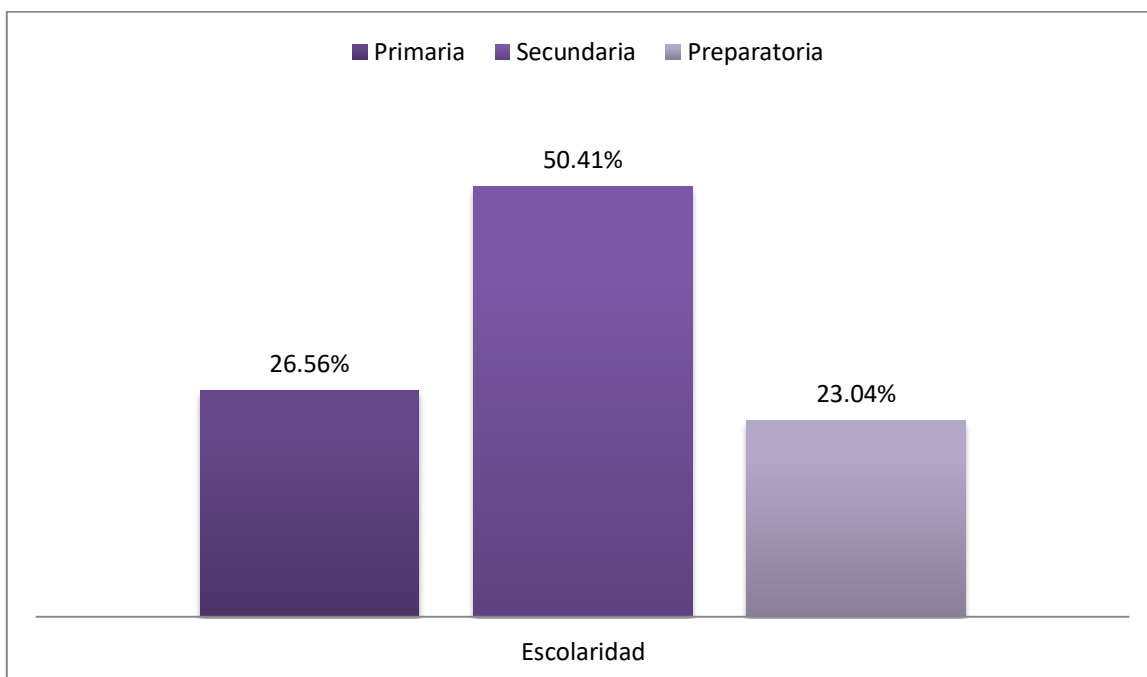


Figura 2. Características demográficas: escolaridad

Dentro de las características sociodemográficas también se investigó la ocupación de los adolescentes, entre las opciones que se dieron a elegir fueron: ama de casa, empleado, estudiante, otro. De los cuales los 369 de los adolescentes, es decir el 100% respondió ser estudiante.

Como información adicional se investigó acerca del conocimiento de drogas y su consumo o utilización de alguna de estas. El 82.11%, que representa a 303 adolescentes, respondió estar familiarizado con alguna de estas sustancias, es decir, conocer la existencia de drogas, mientras que el restante 17.89% o 66 adolescentes, lo negaron. De la población que aceptó conocer algún tipo o tipos de drogas, únicamente 7 adolescentes, es decir el 1.90% aceptó haber utilizado drogas alguna vez, mientras que los restantes 362 adolescentes, es decir 98.10% negó el consumo de estas.

Frecuencia de síntomas depresivos, pensamientos y conductas autolesivas en adolescentes, así como su severidad según el inventario de depresión infantil de Kovacs y la Escala de pensamientos y conductas autolesivas.

Tras la aplicación la herramienta “Inventario de depresión infantil de Kovacs”, se determinó la frecuencia de síntomas relacionados con depresión en este grupo etario, obteniéndose como resultado que 286 de los sujetos de estudio, lo que representa al 77.51% de los adolescentes totales, presentaban síntomas depresivos, mientras que los restantes 83 sujetos de estudio, es decir el 22.49%, no presentaban síntomas relacionados con depresión (Figura 3).

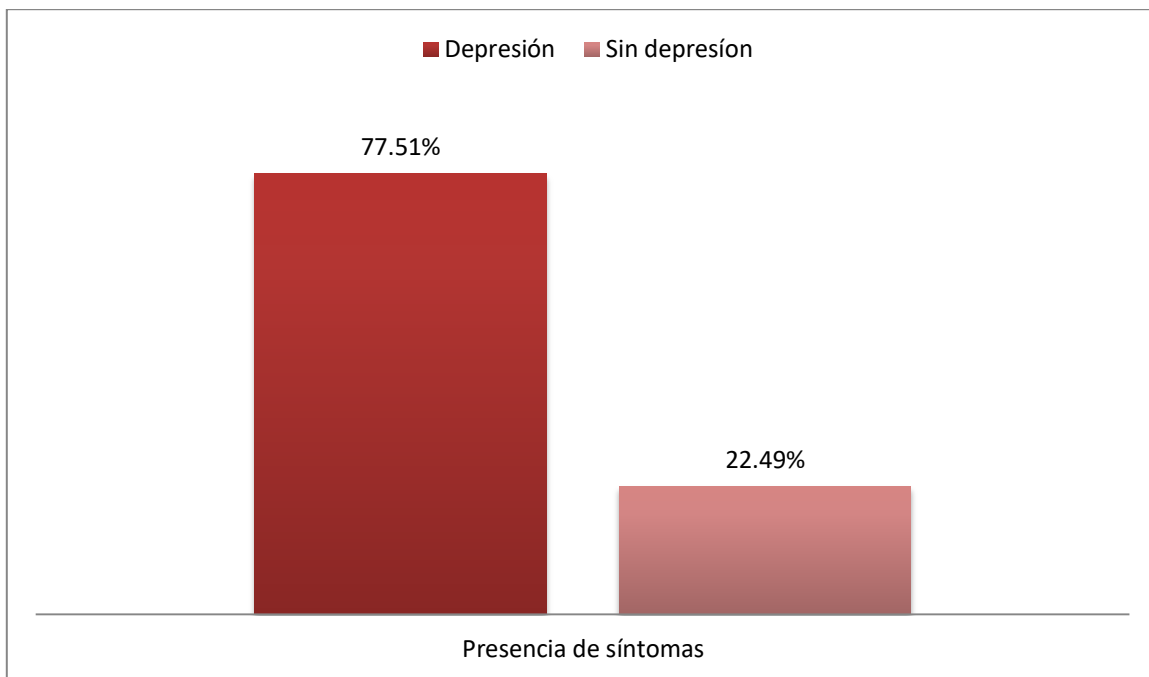


Figura 3. Frecuencia de síntomas relacionados con depresión

Además de detectar la frecuencia de síntomas depresivos, en el 77.51% de la población de estudio, quienes resultaron con la presencia de síntomas de depresión, se determinó su severidad, en donde 140/369 resultaron con síntomas leves de depresión, lo que represento el 37.94% del total de adolescentes en el estudio, 84/369 presentaron síntomas moderados, lo equivalente al 22.76%,

mientras que 62/369 adolescentes presentaron síntomas severos de la enfermedad, lo que se tradujo como el 16.80% de la población (Figura 4).

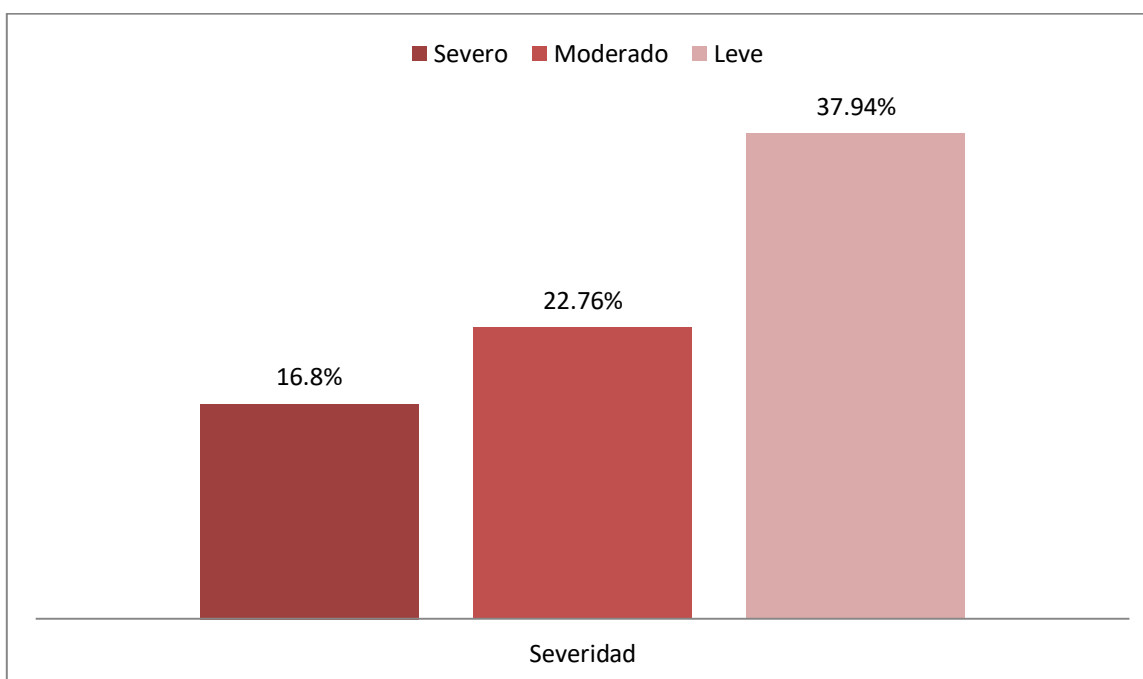


Figura 4. Severidad de los síntomas según la Escala depresión infantil de Kovacs.

A través de la segunda herramienta que se utilizó, “Escala de pensamientos y conductas autolesivas”, se determinó la presencia de pensamientos y conductas autolesivas en el universo de estudio para esta investigación, se encontró que el 14.63% de la población, compuesto por 54 adolescentes, presentan pensamientos relacionados con autolesiones, mientras que el 85.37% compuesto por los restantes 315 adolescentes negaron presentar algún pensamiento autolesivo (Figura 5).

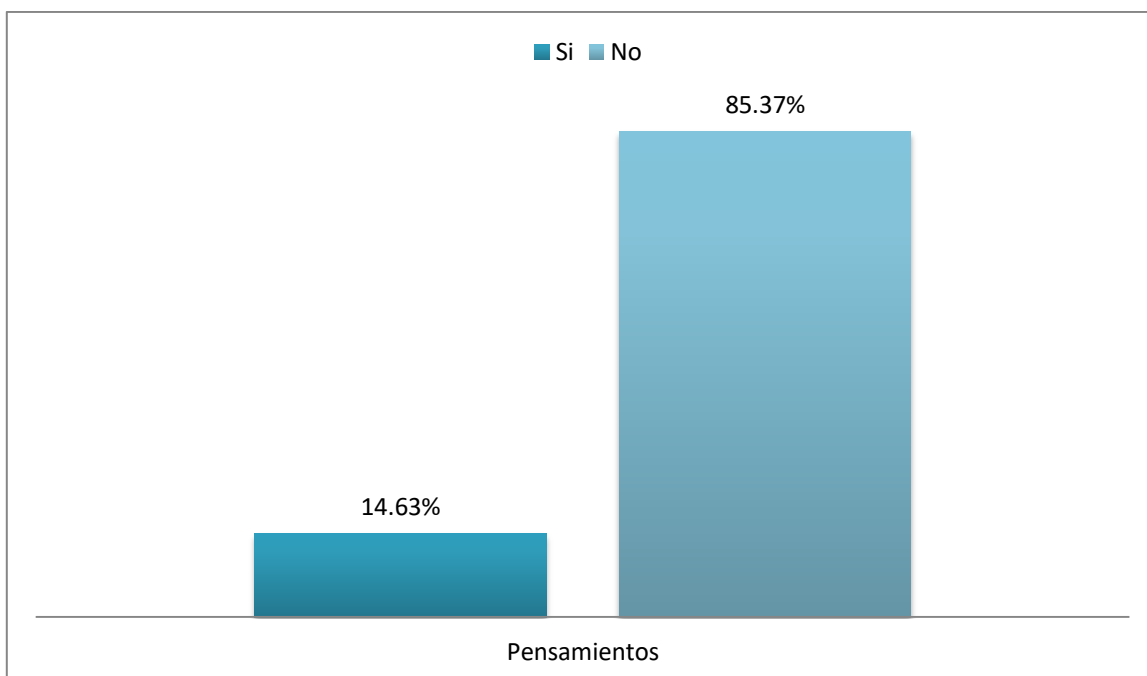


Figura 5. Valores porcentuales de pensamientos relacionados con autolesiones.

Sobre el total de adolescentes, el 14.63% (54/369) aceptaron presentar pensamientos relacionados con autolesiones. Respecto a la severidad, aplicando el mismo instrumento (Cuadro 2), se encontraron los siguientes resultados:

Cuadro 2. Resultados de pensamientos relacionados con autolesiones en adolescentes en este estudio

Categorías por severidad	Frecuencia	Porcentaje
Nulo	315	85.37
Severidad		
Bajo	1	0.27
Poco	15	4.07
Medio	12	3.25
Mucho	9	2.44
Severo	17	4.61
Total	369	100.00

De este cuadro donde se observan las categorías por severidad para pensamientos relacionados con autolesiones, destaca la categoría “severo” compuesto por 17 adolescentes, significando el 4.61% del total en la muestra (Figura 6).

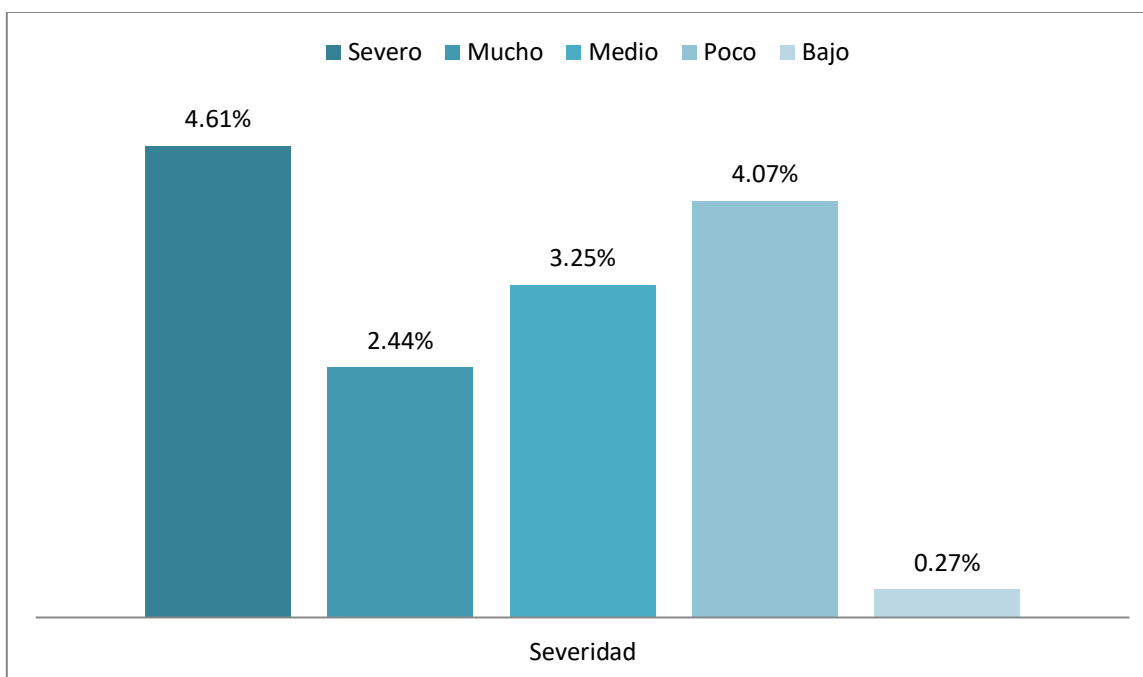


Figura 6. Severidad de los pensamientos relacionados con autolesiones

Además, utilizando la misma herramienta se estudió la presencia de conductas autolesivas en los adolescentes del estudio, se encontró que del total de la población, 48 adolescentes ya habían presentado al menos, un evento autolesivo en su vida, lo que se representó como el 13.01% de la población total, mientras que el restante 86.99% compuesto por 321 adolescentes, negaron haber vivido alguna conducta autolesiva.

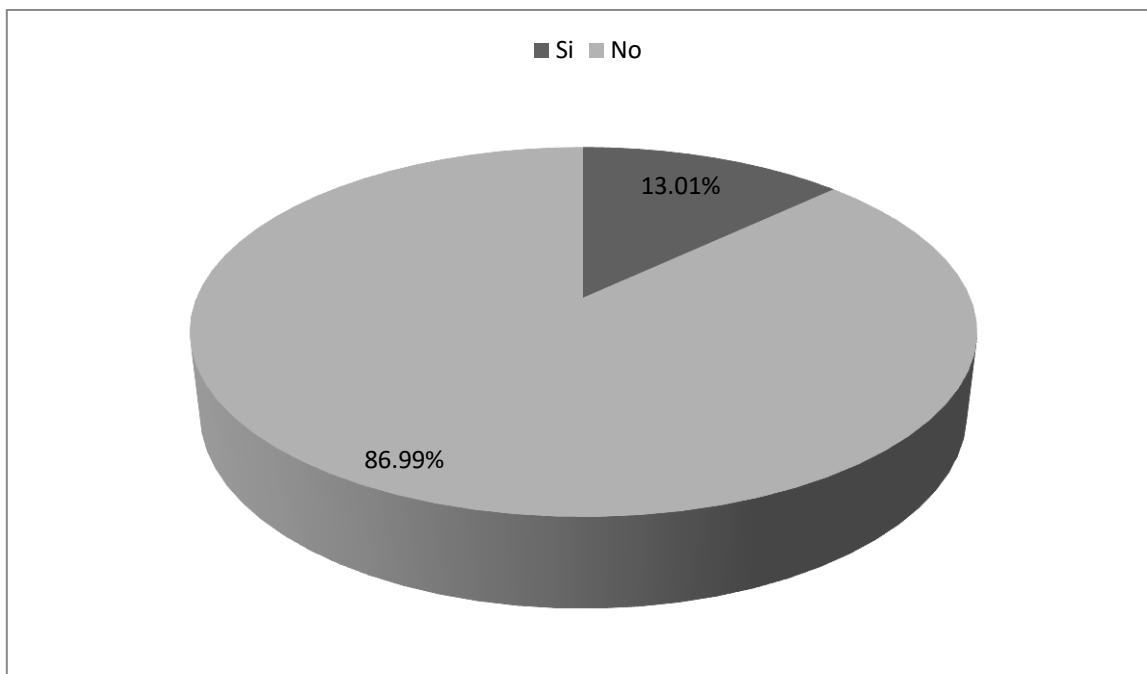


Figura 7. Conductas autolesivas

En el cruce de las variables, el comportamiento del grado de depresión de Kovacs resultó con distribución diferente ($p < .01$) por sexo y edad. En ambos sexos se determinó una mayor prevalencia de síntomas depresivos leves, siendo en las mujeres en quienes se detectó un mayor número de síntomas depresivos. (Figura 8). El comportamiento de los grados de depresión en el sexo masculino, por mayor frecuencia fue en primer lugar la categoría leve con el 14.91% seguido de moderado con 8.13% y la categoría severo con 4.07%. Además, se observó que 44 adolescentes (11.92%), no tuvieron síntomas depresivos. En el sexo femenino, la categoría de mayor frecuencia fue la leve con 23.04%, la categoría moderado fue del 14.63% y solo 47 adolescentes (12.74%), resultaron con síntomas severos. 29 adolescentes (10.57%), no tuvieron síntomas depresivos.

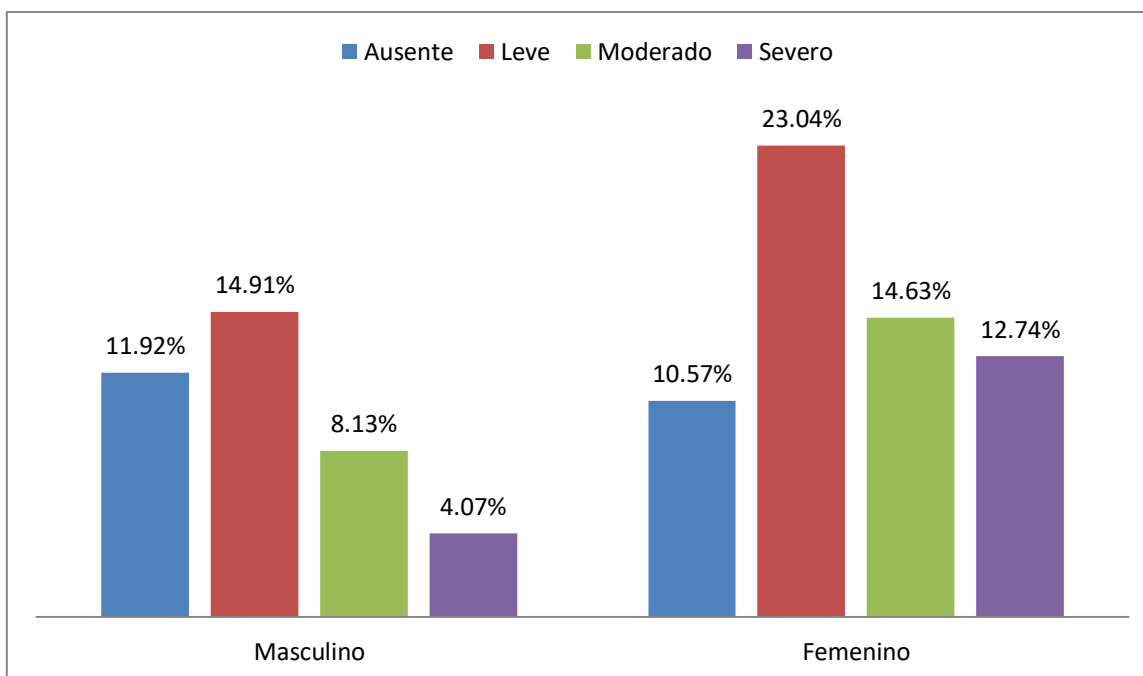


Figura 8. Distribución de los grados de depresión de Kovacs según el sexo.

En el cruce de las variables, la severidad de los síntomas depresivos según el rango de edad, presentó una distribución heterogénea entre clases de edad ($p < 0.01$). La categoría “leve” fue la mayor frecuencia en los grupos de edad de 10, 11 y 15 años, como se observa en la figura 9. En el grupo de edad de 12 años, las clases leve y ausentes se presentaron en la misma proporción (5.15%), mientras que en los grupos de 13 y 14 años la clase leve presentó una frecuencia ligeramente menor que la categoría moderada (5.69 vs 5.96 y 4.34 vs 4.61%, respectivamente) Se encontró que el rango de edad mayormente afectado con síntomas de depresión, fue el de 15 años, con un predominio de síntomas leves, seguido de la clase severo.

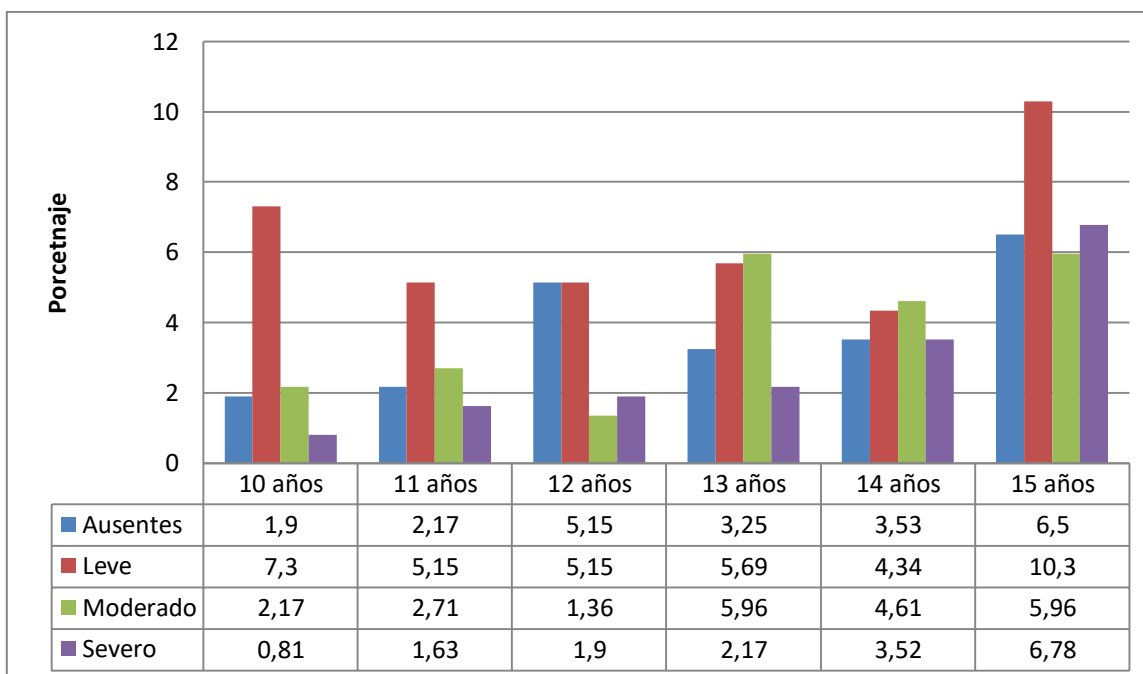


Figura 9. Distribución de los grados de depresión de Kovacs según la edad.

En el cruce de las variables: intensidad de los pensamientos relacionados con autolesiones con respecto a las diferentes variables sociodemográficas no fue posible detectar distribuciones distintas dentro de ellas debido a seis categorías presentes en la variable intensidad de los pensamientos relacionados con autolesiones y a la baja frecuencia presente en algunas celdas (conteo <6).

En el cruce de las variables: conductas autolesivas, la distribución heterogénea de conteos se presentó respecto a las variables sociodemográficas: sexo, escolaridad, y consumo de drogas ($p < .05$).

En el análisis de distribución respecto al sexo, en la población femenina compuesta por 225 mujeres (60.98%), 36 adolescentes (9.76%), tenían antecedentes de autolesiones; mientras que 189 adolescentes (51.22%), no presentaban estas conductas. Por otra parte, en la población masculina compuesta por 144 varones (39.02%), 12 adolescentes (3.25%), tenían antecedentes de autolesiones; mientras que 132 adolescentes (35.77%), no

presentaban estas conductas. Se detectó que son más frecuentes las autolesiones en mujeres que en hombres (Figura 10).

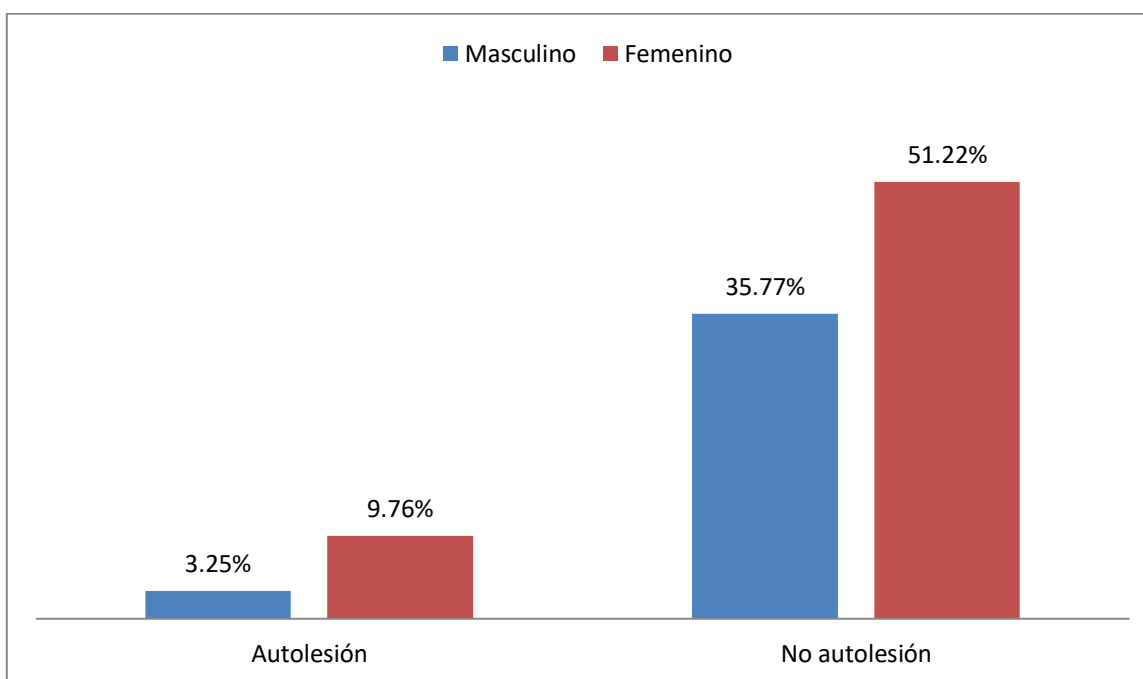


Figura 10. Conductas autolesivas en relación al sexo

En el cruce de las variables, de conductas autolesivas con respecto a la escolaridad, La población que cursa algún grado en la primaria, compuesta por 98 adolescentes (26.56%), solo 5 de ellos (1.36%), mostraron conductas autolesivas; por otra parte, de los adolescentes que cursan algún grado en la secundaria, compuesta por 186 adolescentes (50.41%), solo en el 16.7% de ellos (31, representando el 8.40% del otal analizado), tenían conductas autolesivas; finalmente, la población que cursa algún grado en la preparatoria, compuesta por 85 adolescentes (23.04%), 12 de ellos (3.25%), mostraron conductas autolesivas. Se encontró que las autolesiones son más frecuentes en la población que se encuentra cursando algún grado en la secundaria (Figura 11).

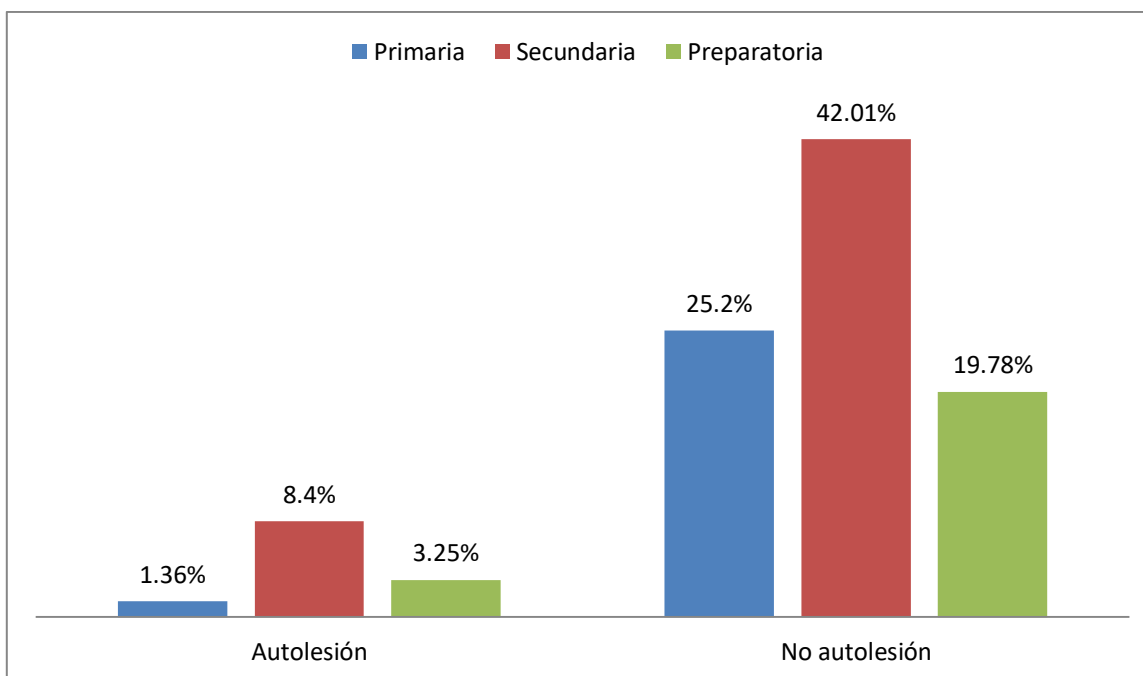


Figura 11. Conducta autolesivas en relación a la escolaridad

En el cruce de las variables, de conductas autolesivas con respecto al consumo de drogas, no fue posible probar la hipótesis de distribución homogénea de los conteos por clase debido al bajo número de adolescentes presentes ($n < 6$) en dos de las cuatro celdas formadas (Cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución de conteos por dos criterios; uso de droga por conducta autolesiva.

Has utilizado alguna droga	Conducta auto lesiva		Total
	Si	No	
Si	4	3	7
			1.90
No	44	318	362
			98.10
Total	48	321	369
	13.01	86.99	100.00

Se detectaron además las conductas autolesivas más frecuentes en los adolescentes quienes refirieron haberse autolesionado (Cuadro 4), encontrándose que la conducta autolesiva más recurrente es hacerse cortes, seguida de hacerse arañazos, y morderse. Algunos adolescentes presentaban más de una conducta autolesiva, en la siguiente tabla se enumeraron las principalmente investigadas en la herramienta de “Escala de pensamientos relacionados con conductas autolesivas”:

Cuadro 4. Conductas autolesivas frecuentes.

Conducta auto lesiva	Frecuencia
Hacerse cortes	34
Hacerse arañazos	10
Pegarle a la pared	1
Golpearle a propósito	17
Hurgar en una herida	5
Arrancarte el pelo	10
Quemarte la piel	7
Morderte	12
Insertar objetos bajo las uñas	3
Pellizcar zonas del cuerpo hasta sangrar	10
Frotar la piel hasta sangrar	5
Hacerse tatuajes	1
Otro	1

DISCUSIÓN

Se determinó tras la aplicación la herramienta “Inventario de depresión infantil de Kovacs” en este grupo etario, que 286 de los sujetos de estudio presentaban síntomas relacionados con depresión, lo que representa al 77.51% de los adolescentes totales, mientras que los restantes 83 sujetos de estudio, es decir el 22.49%, no presentaban síntomas relacionados con depresión. Hubo un predominio en el sexo femenino del 50.41% en comparación al sexo masculino del 27.10%, por arriba de lo reportado en el estudio de Leyva-Jiménez R et al., con una frecuencia de adolescentes con síntomas de depresión de 61.1% y una distribución por sexos de 42.4% en mujeres y 18.7% en hombres.²⁴

Según los resultados de frecuencia por sexo reportados en esta investigación y mencionados anteriormente, donde se observó un mayor predominio de síntomas depresivos en mujeres adolescentes, se confirma lo que Corea et al., en su artículo de revisión menciona que “a diferencia de los adultos, la proporción de la depresión entre niñas y niños es similar en pre púberes, pero se vuelve aproximadamente el doble de común en las mujeres comparado con los hombres durante la adolescencia”.⁶

La distribución de frecuencia de síntomas depresivos por grupo de edad en este estudio presento una distribución heterogénea entre las clases de edad, se observó un predominio en el rango de edad de los 13 a los 15 años, el rango de edad mayormente afectado con síntomas de depresión, fue el de 15 años, con un predominio de síntomas leves, seguido de la clase severo. Los síntomas leves en este grupo de edad obtuvo una frecuencia del 23.04%, similar a lo reportado en el artículo de Voltas et al., donde la mayor frecuencia fue entre los 13 y 14 años.²⁵

La distribución por escolaridad en adolescentes con síntomas depresivos fue de 38.21% para el grupo con algún grado de escolaridad en la secundaria, por debajo a lo reportado en el estudio de Aragón N., et al., con una frecuencia del 43.3%, sin embargo con el mismo predominio según la escolaridad.²⁶

Con respecto a la ocupación, el 100% de la población de estudio refirió ser estudiante, por lo que no se pudo realizar una relación entre la frecuencia de depresión según la ocupación (estudiante, ama de casa, empleado, otro.); similar a lo reportado por Bustillos et al., donde el 100% de su población analizada eran estudiantes,²¹ de igual manera en el estudio de Leyva et al., donde el 100% de su población resulto ser estudiante de algún grado académico.²²

Además de detectar la frecuencia de síntomas depresivos, en el 77.51% de la población de estudio, quienes resultaron con la presencia de síntomas de depresión, se determinó su severidad, 140/369 de los adolescentes resultaron con síntomas leves de depresión, lo que represento el 37.94% de la población resultante con síntomas depresivos, 84/369 adolescentes presentaron síntomas moderados, lo equivalente al 22.76%, mientras que 62/369 adolescentes presentaron síntomas severos de la enfermedad, lo que se tradujo como el 16.80% de la población. Se encontró que son más frecuentes los síntomas depresivos leves en este grupo de edad con una frecuencia del 37.94%, diferente a los reportado en el estudio publicado por De la Torre, et al., donde determinaron una mayor frecuencia en síntomas moderados a severos.²³

Se encontró una frecuencia del 14.63% de la población estudiada con pensamientos relacionados con conductas autolesivas, un valor por arriba de lo reportado en el estudio de Leyva et al., donde reportaron una frecuencia del 11.8%.²²

Se determinó además que del 14.63% de los adolescentes con estos pensamientos, hubo un predominio de síntomas severos del 16.80%. Con respecto a la distribución por sexo se determinó que es más frecuente en mujeres con un 12.20% en comparación a hombres con una frecuencia de 2.44%, y que la distribución por grupos de edad fue más común en el rango de 13 a 15 años de edad, con un predominio en los 15 años de edad con un 5.42%, sin embargo la edad de inicio de las autolesiones se encuentra dentro de este mismo rango. En comparación con Leyva et al., reporto una frecuencia más alta en ambos sexos, del 77.3% en mujeres y 22.7% en hombres, sin embargo en la comparación, sigue

predominando el sexo femenino, con respecto a la distribución por grupos de edad, el predominio fue a los 15 años con una frecuencia de 36.3%, determinándose un grupo de edad igual al de este estudio ²².

En el análisis de la frecuencia de conductas autolesivas, se observó que el 13.01% (48/369) de la población respondió haber tenido alguna conducta autolesiva, mientras que el 86.99% (321/369) negó haber presentado alguna conducta autolesiva; los resultados fueron ligeramente más elevados en contraste con el estudio publicado por Leyva et al., donde reportaron que el 11.8% reportaron haberse autolesionado, y el 88.2% lo negó. Con respecto a la edad, la frecuencia de las autolesiones fueron mayores en el grupo de adolescentes de 15 años de edad reportadas en un 5.4%, en comparación con el mismo estudio de Leyva et al., quien reportó el mismo grupo de edad con mayor frecuencia de autolesiones con un 27.3%. En relación al sexo, el sexo femenino fue quien arrojó valores más elevados con un 9.76% (36/369), en comparación al sexo masculino con un 3.25% (12/369). Los resultados de Leyva et al., demuestran un mismo predominio por el sexo femenino con 17/22 casos, y para hombres 5/22 casos de quienes respondieron tener autolesiones. ²²

Según la OMS en 2019 reportó que el grupo de edad de mayor riesgo de defunción por conductas autolesivas es el grupo de adolescentes entre 10 y 14 años, sin embargo lo encontrado en este estudio es que son los adolescentes de 15 años de edad quienes presentan mayor frecuencia de síntomas de depresión y conductas autolesivas. ⁴

Mediante la información obtenida a través de la Escala de pensamientos y conductas autolesivas, se identificó que el método más común de autolesión son los cortes en piel, seguida de golpearse a propósito, mismos datos que menciona Vega et al., en su artículo de revisión, “las adolescentes son más proclives a utilizar métodos que implican ver sangre (concretamente, cortarse y rasarse a uno mismo gravemente), mientras que los adolescentes varones son más propensos a golpearse o quemarse. Sin embargo en esta investigación, no se analizaron los métodos de autolesiones por frecuencia. ⁹

CONCLUSIÓN

La depresión sigue siendo un problema de salud mental importante para los adolescentes, en quienes su frecuencia sigue siendo muy alta, de hasta el 77.51% según lo encontrado en esta investigación; lamentablemente continua siendo un trastorno sub diagnosticado en esta población por la falta de empatía ante la vulnerabilidad de este grupo etario de padecer depresión, lo que conlleva a que no detectemos oportunamente a estos adolescentes en las etapas tempranas en las que puedan tener mejor pronóstico, si no en etapas en las que tengan algún grado de depresión moderada y severa, representadas por un 16.8% y 22.76% respectivamente; incluso es posible encontrarlos ya con pensamientos relacionados con autolesiones en un 14.63%, donde la intensidad de estos pensamientos es predominantemente severo en un 4.61% de quienes tienen estos pensamientos; y las mismas autolesiones en un 13.01%, que los podrían llevar en futuro a intentos suicidas y defunción. Se demostró que los adolescentes quienes cursan algún grado de secundaria, presentan mayor frecuencia de autolesiones en un 8.4% a diferencia de quienes se encuentran en la primaria 1.36% o preparatoria 3.25%. La depresión sigue siendo una de las principales causas de discapacidad en adolescentes, en quienes podría reflejarse en su aprovechamiento escolar si no son detectados a tiempo.

No se demostró una relación importante entre los adolescentes que consumen drogas vs quienes no, con la asociación de conductas autolesivas, donde se reportó una menor frecuencia de adolescentes que usan drogas y se han autolesionado (4 adolescentes), en comparaciones quienes no usan drogas y se han autolesionado (44 adolescentes). Las autolesiones más frecuentes siguen siendo los cortes en la piel y golpearse intencionadamente.

Sigue siendo confirmado un mayor predominio de síntomas depresivos en el sexo femenino por un 50.41%, además según se mencionó en el marco teórico de este estudio, se ha demostrado que el 50% de las de la enfermedades psiquiátricas en adultos inician antes de los 14 años, en esta investigación se demostró la presencia de síntomas depresivos desde los 10 hasta los 15 años de

edad en diferentes grados de severidad, con una frecuencia de leve (37.94%), moderado (22.76%) y severo (16.8%), lo que sugiere que de no tratarse estas enfermedades mentales en estas edades, se espera un futuro próximo con pacientes con problemas de depresión, intentos suicidios y defunciones lo que representa un problema para las familias, la sociedad y las instituciones de salud pública.

RECOMENDACIONES

Se demostró que las herramientas utilizadas: “Inventario de depresión infantil de Kovacs” y “Escala de pensamientos relacionados con conductas autolesivas” son útiles para la detección de síntomas relacionados con depresión y pensamientos relacionados con conductas autolesivas, las cuales se pueden implementar como un método de tamizaje en las unidades de medicina familiar para la detección oportunas de trastornos psiquiátricos.

Es conveniente fomentar en el personal de salud, la importancia de la prevención de estas patologías mentales, el diagnóstico oportuno y el inicio de una terapia temprana para evitar las complicaciones a largo plazo, contribuyendo a la formación de adolescentes con un bienestar mental y su integración a la sociedad de la manera más funcional posibles, evitando situaciones futuras de discapacidad y enfermedad que impacten en la vida personal y social, integridad familiar, en su economía, y en los recursos de las instituciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Güemes-Hidalgo M. Pubertad y adolescencia. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2017. [Consultado en 2021]; 5(1).
2. García D. Salud mental en la adolescencia montevideana: una mirada desde el bienestar psicológico. Activos Venezolanos de Formación y Terapéutica. 2020 [Consultado en 2021];39(2).
3. Boletín de Información Clínica Terapéutica. Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2017 [Consultado en 2021]; 60(5). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500052
4. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente y el joven adulto. 2021 [Consultado en 2021].Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
5. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. 2021 [Consultado en 2021]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
6. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista Médica Hondureña. 2021 [Consultado en 2021]; 89(1).
7. Sánchez P. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. ADOLESCERE, Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2020 [Consultado en 2021]; 8(1).
8. Morocho G. Análisis semiológico de la distimia, tomando como referencias los manuales de diagnóstico DSM V y CIE 10. Universidad Académica de Ciencias Sociales. Machala, Ecuador. 2018 [Consultado en 2021]; Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12277>
9. Vega D. Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? Actas Esp Psiquiatr. 2018 [Consultado en 2021]; 46(4).

10. Información y Estadísticas Sanitarias. Clasificación Internacional de Enfermedades – 10ª Revisión Modificación Clínica. España. 2018. Segunda edición, Tomo 1, 3-1472. Disponible en: www.msssi.gob.es
11. Pérez Y. Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes de 12 a 15 años. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. 2014 [Consultado 01 diciembre 2021]; 11(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev%20nro1-2014/hph%20orig1.html>
12. Kovacs M. Manual del Inventario de depresión infantil (CDI). Madrid, España: TEA Ediciones, S.A; 2004.
13. Sanchez P. Herramientas para valorar la ansiedad y la depresión en la consulta de atención primaria. ADOLESCERE. Revista de Formacion Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2019 [Consultado 01 diciembre 2021]; 7(2). Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org>
14. Ávila M. Relación entre conductas autolesivas, ansiedad y depresión en adolescentes, una guía enfocada desde el modelo Cognitivo Conductual. Universidad del Azuay, Cuenca-Ecuador. 2016 [Consultado en 2021]; Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5553>
15. Fleita J. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. 2017 [Consultado en 2021]; 47(2).
16. Stewart J. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. J Psychiatr Res. 2017 [Consultado en 2021]; 84(105-112). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.031>
17. Vergara G. Non-Suicidal self-injury and suicide in depressed Adolescents: Impact of peer victimization and bullying. J Affect Disord. 2019 [Consultado en 2021]; 245. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.084>
18. Caro-Cañizares I. The SDQ dysregulation profile is associated with self-injurious thoughts and behaviors in adolescents evaluated at a clinical setting. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2019 [Consultado en 2021]; 12(4).

19. González S. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. Universitas Psychologica. 2018 [Consultado en 2021]; 17(3). Recuperado de: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
20. García G. Variables predictores de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. Ciencias & Salud Colectiva. 2018 [Consultado en 2021]; 23(4). Recuperado de: DOI: 10.1590/1413-81232018234.14492016
21. Bustillos-Cotrado A. Depresión y factores asociados en adolescentes de un colegio de la ciudad de Huánuco, Perú. Revista Peruana de Investigación en Salud. 2018 [Consultado en 2021]; 2(2). Recuperado de: <https://doi.org/10.35839/repis.2.2.219>
22. Leiva J. Autolesiones no suicidas y su relación con el estilo de apego en una muestra no clínica de adolescentes chilenos. Salud & Sociedad. 2019 [Consultado en 2021]; 10(1).
23. De la Torre. Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. Psicología y Salud. 2016 [Consultado en 01 diciembre 2021]; 26(2). Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2203/3941>
24. Leyva-Jiménez R., Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007 [Consultado 2022]; 45(3): 225-232. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745527004>
25. Voltas N., La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado?. Revista de estudios de juventud. 2018 [Consultado 2022]; 121: 25-43.
26. Aragón N., Autoestima baja como factor asociado a la depresión en adolescentes. Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF No.61. Universidad Veracruzana. 2015 [Consultado 2022]; 1-29.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)

Nombre del estudio:	Frecuencia de síntomas depresivos y pensamientos relacionados con conductas autolesivas en adolescentes en el primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar no.28 de Mexicali Baja California.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28, IMSS, Mexicali, Baja California a _____ de _____ del año 202__.
Número de registro institucional:	R-2022-204-049
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión y las autolesiones son un problema de salud frecuente en la adolescencia generando complicaciones en la vida adulta si no es tratada, sin embargo su detección puede ser complicada, es importante tomar medidas para buscar y diagnosticar tempranamente los síntomas depresivos y pensamientos o conductas auto lesivas en este grupo de edad para que puedan ser atendidos de manera oportuna a través de los servicios de salud disponibles en el IMSS. Siendo el objetivo de este estudio determinar la frecuencia de síntomas depresivos y pensamientos relacionados con conductas auto lesivas en adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar Número 28.
Procedimientos:	Con previa autorización del padre y adolescente por medio de este documento, se solicitará información personal y se contestaran dos encuestas: Inventario de depresión de Kovacs y Escala de pensamientos y conductas auto lesivas, respetando en todo momento la información personal proporcionada. Podrá decidir en cualquier momento no continuar con la participación en el estudio. Los resultados de las encuestas serán informados al adolescente, padre o tutor y a su médico familiar en caso estar de acuerdo.
Posibles riesgos y molestias:	No se presenta ningún riesgo para el cuerpo, la salud, los derechos y las emociones en este estudio, salvo el tiempo que se requiera para la recolección de datos y llenado de encuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir información sobre los síntomas depresivos y pensamientos relacionados con autolesiones, detectar síntomas depresivos y pensamientos relacionados con autolesiones y recibir atención médica necesaria para su bienestar mental en caso de desearlo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de las encuestas serán informados al adolescente y padre o tutor. Cuando los resultados de las encuestas demuestren la presencia de síntomas de depresión o pensamientos relacionados con autolesiones, si así lo desean, serán enviados a la consulta de Medicina Familiar para dar seguimiento a la atención requerida de la salud mental del adolescente. El médico especialista en enfermedades de salud mental en conjunto con los responsables del menor, serán quien determinen el tratamiento más adecuado para el adolescente.
Participación o retiro:	Se respetara la decisión en caso de que se decida no participar o no continuar contestando las encuestas, guardando respeto en todo momento ante la decisión del adolescente y padre o tutor.
Privacidad y confidencialidad:	Se respetara en todo momento la información personal que se brinde en este estudio. No se mencionaran nombres en revistas, periódicos, Internet, redes sociales o en conversaciones entre los mismos trabajadores de esta institución.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐
☐
☐

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la información solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la información para este estudios y estudios futuros, hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigador Responsable:

Dra. Madtie de León Aldaba, madtiedra@hotmail.com

Colaboradores:

Dr. Luis Alberto Ruiz Vargas, luis_alruiz@outlook.com, Dra. Gloria Jeanett Rosas
Ramírez, sag1912@hotmail.com ; Dra. Vanessa Johanna Caro,
vanessa.caro@imss.gob.mx; Dr. Alberto Barreras Serrano, abarreras@uabc.edu.mx.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-014

Anexo 2. Carta de Asentimiento Informado

1 de 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: Frecuencia de síntomas depresivos y pensamientos relacionados con conductas auto lesivas en adolescentes en el primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar no.28 de Mexicali Baja California.

Número de registro institucional: R2-2022-204-049.

- Objetivo del estudio y procedimientos: El objetivo es buscar síntomas depresivos y pensamientos relacionados con conductas auto lesivas en adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar Número 28. Se solicitará información personal y se contestarán dos encuestas sencillas de responder, respetando en todo momento la información personal. Podrá decidir en cualquier momento no continuar participando en este estudio. Los resultados de las encuestas serán informados al adolescente, padre o tutor y a su médico familiar en caso de que así lo decida.

Hola, mi nombre es Luis Alberto Ruiz Vargas y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de síntomas depresivos y pensamientos relacionados con autolesiones y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en proporcionarnos información personal como nombre, edad, escolaridad, entre otros datos y llenar dos encuestas fáciles de contestar, sin límite de tiempo y se respetará tu privacidad.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

☐ Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

2 de 2

Anexo 3. Hoja de recolección de datos

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	
EDAD:	años.
SEXO:	1. Masculino 2. Femenino
ESCOLARIDAD:	0. Nula 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria
INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS: 1.Sin síntomas 2.Leve 3.Moderado 4.Severo	
ESCALA DE PENSAMIENTOS RELACIONADOS CON LAS AUTOLESIONES: No. Nulo 0. Bajo 1. Poco 2. Moderado 3. Mucho 4.Severo	
AUTOLESIONES	1. SI 2. NO

Anexo 4. Carta de No Inconveniente



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA REGIONAL BAJA CALIFORNIA
Unidad de Medicina Familiar No. 28
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Mexicali Baja California a 10 Febrero 2022

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 204

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN 2048

PRESENTE

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

"FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.28 DE MEXICALI, BAJA CALIFORNIA."

Que de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad Médica Familiar No. 28 para lo cual se designa a la Dra. Matilde de León Aldaba con matrícula 7683022 adscrita a esta unidad como investigador responsable, en donde se les aplicará a los adolescentes de esta unidad dos instrumentos para valorar la presencia de síntomas depresivos y pensamientos relacionados con conductas autolesivas para valorar su frecuencia, informar a los padres y que puedan recibir la atención correspondiente en caso de requerirla para evitar complicaciones futuras.

En caso de ser aprobado el proyecto, se brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atento a sus comentarios o aclaraciones.

Atentamente

Dr. José Ramiro Herrera López
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS



Calzada Independencia y Calle 4.ª, Zona Centro, Mexicali - C. P. 21000, Mexicali, Baja California
Tel.: 01 (662) 246 1100 - Fax: 246 1105 www.imss.mx Correo: comunicacion@imss.mx



Anexo 5. Inventario de Depresión Infantil de Kovacs

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Edad: ____ años ____ meses. **Sexo** ____ **Curso escolar** ____

7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

- | | |
|--|---|
| <p>1. ☐ Estoy triste de vez en cuando.
 ☐ Estoy triste muchas veces.
 ☐ Estoy triste siempre.</p> <p>2. ☐ Nunca me saldrá nada bien
 ☐ No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 ☐ Las cosas me saldrán bien</p> <p>3. ☐ Hago bien la mayoría de las cosas.
 ☐ Hago mal muchas cosas
 ☐ Todo lo hago mal</p> <p>4. ☐ Me divierten muchas cosas
 ☐ Me divierten algunas cosas
 ☐ Nada me divierte</p> <p>5. ☐ Soy malo siempre
 ☐ Soy malo muchas veces
 ☐ Soy malo algunas veces</p> <p>6. ☐ A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 ☐ Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 ☐ Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles</p> <p>7. ☐ Me odio
 ☐ No me gusta como soy
 ☐ Me gusta como soy</p> <p>8. ☐ Todas las cosas malas son culpa mía.
 ☐ Muchas cosas malas son culpa mía.
 ☐ Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.</p> <p>9. ☐ No pienso en matarme
 ☐ pienso en matarme pero no lo haría
 ☐ Quiero matarme.</p> <p>10. ☐ Tengo ganas de llorar todos los días
 ☐ Tengo ganas de llorar muchos días</p> | <p>☐ Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.</p> <p>11. ☐ Las cosas me preocupan siempre
 ☐ Las cosas me preocupan muchas veces.
 ☐ Las cosas me preocupan de cuando en cuando.</p> <p>12. ☐ Me gusta estar con la gente
 ☐ Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 ☐ No quiero en absoluto estar con la gente.</p> <p>13. ☐ No puedo decidirme
 ☐ Me cuesta decidirme
 ☐ me decido fácilmente</p> <p>14. ☐ Tengo buen aspecto
 ☐ Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 ☐ Soy feo</p> <p>15. ☐ Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 ☐ Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 ☐ No me cuesta ponerme a hacer los deberes</p> <p>16. ☐ Todas las noches me cuesta dormirme
 ☐ Muchas noches me cuesta dormirme.
 ☐ Duermo muy bien</p> <p>17. ☐ Estoy cansado de cuando en cuando
 ☐ Estoy cansado muchos días
 ☐ Estoy cansado siempre</p> <p>18. ☐ La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 ☐ Muchos días no tengo ganas de comer
 ☐ Como muy bien</p> <p>19. ☐ No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 ☐ Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 ☐ Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad</p> |
|--|---|

20. ☐ Nunca me siento solo.
☐ Me siento solo muchas veces
☐ Me siento solo siempre
21. ☐ Nunca me divierto en el colegio
☐ Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
☐ Me divierto en el colegio muchas veces.
22. ☐ Tengo muchos amigos
☐ Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
☐ No tengo amigos
23. ☐ Mi trabajo en el colegio es bueno.
☐ Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
☐ Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. ☐ Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
☐ Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
☐ Soy tan bueno como otros niños.
25. ☐ Nadie me quiere
☐ No estoy seguro de que alguien me quiera
☐ Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. ☐ Generalmente hago lo que me dicen.
☐ Muchas veces no hago lo que me dicen.
☐ Nunca hago lo que me dicen
27. ☐ Me llevo bien con la gente
☐ Me peleo muchas veces.
☐ Me peleo siempre.

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

Corrección:

Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo a estas puntuaciones: La ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos.

El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión. La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que nos indica que entre un 71% y un 94% de las puntuaciones son verdaderas

Anexo 6. Escala de pensamientos y conductas autolesivas

Ideación suicida

1.	¿Alguna vez has pensado en matarte?	0) no										O	
		1) sí										O	
2.	¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste estos pensamientos? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
3.	¿Cuántos años tenías la última vez? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
4.	¿Cuántas veces en tu vida has tenido este tipo de pensamientos? (Episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
5.	¿Cuántas veces en el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
6.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
7.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
8.	¿Cuándo fue la última vez? Fecha	Día	D	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			D'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
		Mes	M	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			M'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
		Año	A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			A'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									

		A''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		A'''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
9.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿cuál era la intensidad de esos pensamientos?	0 1 2 3 4	
10.	Por término medio, en una escala de 0 a 4, ¿cómo de intensos fueron tus pensamientos?	0 1 2 3 4	
11.	Cuando tuviste ese tipo de pensamientos, ¿en qué método pensaste?	1. Sobreingesta medicamentosa	☐
		2. Drogas ilegales	☐
		3. Medicación sin receta	☐
		4. Veneno	☐
		5. Armas de fuego	☐
		6. Inmolación	☐
		7. Ahorcamiento	☐
		8. Objeto afilado	☐
		9. Gas del tubo de escape	☐
		10. Otros gases	☐
		11. Tren/Coche	☐
		12. Saltar desde un lugar alto	☐
		13. Ahogarse	☐
		14. Asfixia	☐
		15. Otras drogas con receta	☐
		16. Otro _____	☐
		17. Varios Métodos	☐
		88. No aplicable	☐
		99. Desconocido	☐

12.	¿Por qué crees que pensaste en matarte?	
13.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida pensaste en matarte para deshacerte de los malos sentimientos?	0 1 2 3 4
14.	¿En qué medida pensaste en suicidarte para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4
15.	¿En qué medida pensaste en suicidarte para comunicarte con otra persona o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
16.	¿En qué medida pensaste en suicidarte para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4
17.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a tener pensamientos de suicidio?	0 1 2 3 4
18.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
19.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
20.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4
21.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4
22.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4
23.	¿Durante qué porcentaje de tiempo (%) tomaste drogas o alcohol cuando tuviste este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
24.	Cuando tuviste pensamientos de suicidio, ¿cuánto tiempo solían durar?	1. 0 segundos	☐									
		2. 1-60 segundos	☐									
		3. 2-15 minutos	☐									
		4. 16-60 minutos	☐									
		5. menos de un día	☐									
		6. 1-2 días	☐									
		7. más de dos días o	☐									
		8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	☐									
		88. no aplicable	☐									
		99. desconocido	☐									
25.	Antes de que tuvieras este tipo de pensamientos, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían pensado en matarse?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
26.	Desde la primera vez que pensaste en suicidarte, ¿cuántos amigos tuyos han pensado en matarse?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
27.	Antes de que pensaras en el suicidio, ¿en qué medida el hecho de que tus amigos pensarán en matarse influyó en tus pensamientos de suicidio?	0 1 2 3 4										
28.	Desde que empezaste a tener pensamientos de suicidio, ¿en qué medida el hecho de que tus amigos pensarán en matarse influyó en tus pensamientos de suicidio?	0 1 2 3 4										
29.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que tengas pensamientos de suicidio en el futuro?	0 1 2 3 4										

Planes de suicidio

30.	¿Alguna vez has hecho un plan para suicidarte? pensado en matarte?	0) no	☐
		1) sí	☐
31.	¿Cuántos años tenías la primera vez que hiciste uno de estos planes? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
32.	¿Cuántos años tenías la última vez? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
33.	¿Cuántas veces en tu vida has hecho este tipo de planes? (Episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
34.	¿Cuántas veces fueron en el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
35.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
36.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
37.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿hasta qué punto consideraste en serio llevar a cabo tu plan?	0 1 2 3 4	
38.	Por término medio, en una escala de 0 a 4, ¿hasta qué punto consideraste en serio llevar a cabo tu plan?	0 1 2 3 4	
39.	¿Qué método planeaste utilizar?	1. Sobreingesta medicamentosa	☐
		2. Drogas ilegales	☐
		3. Medicación sin receta	☐

		4. Veneno	☐
		5. Armas de fuego	☐
		6. Inmolación	☐
		7. Ahorcamiento	☐
		8. Objeto afilado	☐
		9. Gas del tubo de escape	☐
		10. Otros gases	☐
		11. Tren/Coche	☐
		12. Saltar desde un lugar alto	☐
		13. Ahogarse	☐
		14. Asfixia	☐
		15. Otras drogas con receta	☐
		16. Otro _____	☐
		17. Varios Métodos	☐
		88. No aplicable	☐
		99. Desconocido	☐
40.	¿Por qué piensas que haces planes de suicidio?		
41.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de tus sentimientos negativos?	0 1 2 3 4	
42.	¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4	
43.	¿En qué medida lo hiciste para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4	
44.	¿En qué medida lo hiciste para evadir algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4	
45.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia	0 1 2 3 4	

	te llevaron a hacer planes de suicidio?										
46.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
47.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
48.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
49.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
50.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
51.	¿Durante cuánto tiempo (%) tomaste drogas o alcohol cuando planeaste suicidarte?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
52.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en el plan antes de decidir seguir adelante con tu vida o llevarlo a cabo?	1. 0 segundos 2. 1-60 segundos 3. 2-15 minutos 4. 16-60 minutos 5. menos de un día 6. 1-2 días 7. más de dos días o 8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas) 88. no aplicable 99. desconocido									
53.	Antes de que hicieras un plan de suicidio, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían hecho planes de suicidio?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									

54.	Desde la primera vez que planeaste suicidarte, ¿cuántos amigos tuyos han hecho planes de suicidio?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
55.	Antes de que hicieras un plan de suicidio, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hicieran planes de suicidio?	0 1 2 3 4
56.	Desde la primera vez que planeaste suicidarte, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hayan hecho planes de suicidio?	0 1 2 3 4

Gestos suicidas

57.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que planees tu suicidio en el futuro?	0 1 2 3 4
-----	---	-----------

58.	Alguna vez ha hecho algo para que alguien creyera que tú querías matarte cuando realmente no tenías intención de hacerlo?	0) no	☐
		1) sí	☐

Sólo rellenar si **NO** ha habido intención suicida y solo querían que alguien CREYESE que querían intentar suicidarse.

Llamaremos a este tipo de actos "gesto suicida".

59.	¿Cuántos años tenías la primera vez que hiciste algo así? (edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
60.	¿Cuántos años tenías la última vez que lo hiciste? (edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
61.	¿Cuántas veces en tu vida has hecho un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
62.	¿Cuántos fueron el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

63.	¿Cuántos fueron el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
64.	¿Cuántos fueron la semana pasada?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
65.	¿Qué hiciste?	
66.	¿Por qué crees que lo hiciste?	
67.	En una escala de 0 a 4, cuando hiciste un gesto suicida, ¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de tus sentimientos negativos?	0 1 2 3 4
68.	¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4
69.	En qué medida lo hiciste para comunicarte con otra persona o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
70.	¿En qué medida lo hiciste para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4
71.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4
72.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4
73.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4
74.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4
75.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4

76.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4
77.	¿Durante qué porcentaje de tiempo tomaste drogas o alcohol cuando hiciste un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
78.	Durante cuánto tiempo pensaste en hacer un gesto suicida antes de hacerlo?	1. 0 segundos ☐ 2. 1-60 segundos ☐ 3. 2-15 minutos ☐ 4. 16-60 minutos ☐ 5. menos de un día ☐ 6. 1-2 días ☐ 7. más de dos días o ☐ 8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas) ☐ 88. no aplicable ☐ 99. desconocido ☐
79.	Antes de que hicieras un gesto suicida, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían hecho un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
80.	Desde la primera vez que hiciste un gesto suicida, ¿cuántos amigos tuyos han hecho un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
81.	Antes de que hicieras un gesto suicida, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hubieran hecho un gesto suicida? (escala 0a4)	0 1 2 3 4
82.	Desde la primea vez que hiciste un gesto suicida, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hicieran un gesto suicida?	0 1 2 3 4
83.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál crees que es la probabilidad de que vuelvas a hacer un gesto suicida en el futuro?	0 1 2 3 4

Intento de suicidio

84.	Has hecho alguna vez un intento de suicidio en el que tuvieras alguna intención de morir?	0) no										O	
		1) sí										O	
Llamaremos a este tipo de actos "intentos de suicidio".													
85.	Cuántos años tenías la primera vez que intentaste matarte?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
86.	¿Cuándo fue el intento más reciente?	Día	D	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			D'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
		Mes	M	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			M'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
		Año	A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			A'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			A''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			A'''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
87.	¿Cuántos días han pasado desde entonces?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
	No aplicable	O	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
	Desconocido	O	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
88.	¿Cuántos intentos de suicidio has	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											

	hecho en tu vida?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
89.	¿Cuántos intentos fueron el pasado año?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
90.	¿Cuántos intentos fueron en el pasado mes?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
91.	¿Cuántos intentos fueron la semana pasada?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
92.	Qué método utilizaste en tu último intento?	1. Sobreingesta medicamentosa										☐
		2. Drogas ilegales										☐
		3. Medicación sin receta										☐
		4. Veneno										☐
		5. Armas de fuego										☐
		6. Inmolación										☐
		7. Ahorcamiento										☐
		8. Objeto afilado										☐
		9. Gas del tubo de escape										☐
		10. Otros gases										☐
		11. Tren/Coche										☐
		12. Saltar desde un lugar alto										☐
		13. Ahogarse										☐
		14. Asfixia										☐
		15. Otras drogas con receta										☐
		16. Otro _____										☐
		17. Varios Métodos										☐
		88. No aplicable										☐

		99. Desconocido	☐																									
93.	¿Cuáles fueron las circunstancias que contribuyeron a tu intento de suicidio más reciente? (máximo 2 opciones)	<table border="1"> <tr><td>1. Pérdida de trabajo/estrés laboral/fracaso académico</td><td>☐</td></tr> <tr><td>2. Discusiones con familiares o amigos</td><td>☐</td></tr> <tr><td>3. Discusión con esposa o pareja</td><td>☐</td></tr> <tr><td>4. Problemas financieros</td><td>☐</td></tr> <tr><td>5. Desalojo, embargo</td><td>☐</td></tr> <tr><td>6. Problemas de salud</td><td>☐</td></tr> <tr><td>7. Muerte de otra persona</td><td>☐</td></tr> <tr><td>8. Síntomas psiquiátricos</td><td>☐</td></tr> <tr><td>9. Acontecimiento humillante</td><td>☐</td></tr> <tr><td>10. Otro: _____</td><td>☐</td></tr> <tr><td>11. Se niega a contestar</td><td>☐</td></tr> <tr><td>88. no aplicable</td><td>☐</td></tr> <tr><td>99. desconocido</td><td>☐</td></tr> </table>	1. Pérdida de trabajo/estrés laboral/fracaso académico	☐	2. Discusiones con familiares o amigos	☐	3. Discusión con esposa o pareja	☐	4. Problemas financieros	☐	5. Desalojo, embargo	☐	6. Problemas de salud	☐	7. Muerte de otra persona	☐	8. Síntomas psiquiátricos	☐	9. Acontecimiento humillante	☐	10. Otro: _____	☐	11. Se niega a contestar	☐	88. no aplicable	☐	99. desconocido	☐
1. Pérdida de trabajo/estrés laboral/fracaso académico	☐																											
2. Discusiones con familiares o amigos	☐																											
3. Discusión con esposa o pareja	☐																											
4. Problemas financieros	☐																											
5. Desalojo, embargo	☐																											
6. Problemas de salud	☐																											
7. Muerte de otra persona	☐																											
8. Síntomas psiquiátricos	☐																											
9. Acontecimiento humillante	☐																											
10. Otro: _____	☐																											
11. Se niega a contestar	☐																											
88. no aplicable	☐																											
99. desconocido	☐																											
94.	¿Qué clase de lesiones sufriste como consecuencia del intento?																											
En relación al intento de suicidio más letal:																												

95.	¿Cuándo ocurrió?	Día	D	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			D'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Mes	M	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			M'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Año	A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			A'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			A''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			A'''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
96.	¿Qué clase de lesiones sufriste como consecuencia del intento?			
97.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en el suicidio antes del intento?	1. 0 segundos	☐	
		2. 1-60 segundos	☐	
		3. 2-15 minutos	☐	
		4. 16-60 minutos	☐	
		5. menos de un día	☐	
		6. 1-2 días	☐	
		7. más de dos días o	☐	
		8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	☐	
		88. no aplicable	☐	
		99. desconocido	☐	
98.	¿Por qué crees que intentaste suicidarte?			
99.	En una escala de 0 a 4, cuando intentaste suicidarte, ¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de	0 1 2 3 4		

	tus sentimientos negativos?	
100.	¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4
101.	¿En qué medida lo hiciste para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
102.	¿En qué medida lo hiciste para evadir algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4
103.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
104.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
105.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
106.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
107.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
108.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4
109.	En una escala de 0 a 4, ¿cuánto dolor estabas experimentando cuando hiciste el intento de suicidio?	0 1 2 3 4
110.	¿Durante qué porcentaje de tiempo estuviste tomando drogas o alcohol cuando intentaste suicidarte?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
111.	Antes del primer intento de suicidio, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían intentado suicidarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
112.	Desde que intentaste suicidarte por primera vez, ¿cuántos amigos tuyos han intentado suicidarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

113.	Antes del primer intento de suicidio, ¿en qué medida el hecho de que alguno de tus amigos intentara suicidarte te influyó? (Escala 0 a 4).	0 1 2 3 4
114.	Desde que intentaste suicidarte por primera vez, ¿en qué medida el hecho de que alguno de tus amigos intentara suicidarte te influyó? (Escala 0 a 4).	0 1 2 3 4
115.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál crees que es la probabilidad de que vuelvas a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4

Pensamientos relacionados con las autolesiones

116.	¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir? (p.e., cortarte o hacerte quemaduras)	0) no	☐
		1) sí	☐
Llamaremos a este tipo de actos "autolesiones".			
117.	¿Cuántos años tenías la primera vez que lo hiciste? (<i>edad</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
118.	¿Cuántos años tenías la última vez? (<i>edad</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
119.	Cuántas veces en tu vida has tenido este tipo de pensamientos? (episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
120.	¿Cuántas veces en el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
121.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
122.	¿Cuántas veces en la semana	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

	pasada?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
123.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿qué intensidad tenían tus pensamientos de hacerte daño?	0 1 2 3 4
124.	Por término medio, ¿qué intensidad tenían estos pensamientos?	0 1 2 3 4
125.	¿Por qué crees que tienes este tipo de pensamientos?	
126.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida tenías estos pensamientos para deshacerte de sentimientos negativos?	0 1 2 3 4
127.	¿En qué medida los tenías para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4
128.	¿En qué medida los tenías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4
129.	¿En qué medida tenías estos pensamientos para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4
130.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4
131.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
132.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
133.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4
134.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4

135.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4										
136.	Cuando tuviste estos pensamientos, ¿durante qué porcentaje del tiempo estuviste tomando drogas o alcohol?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
137.	Cuando tuviste estos pensamientos, ¿cuánto tiempo solían durar?	1. 0 segundos 2. 1-60 segundos 3. 2-15 minutos 4. 16-60 minutos 5. menos de un día 6. 1-2 días 7. más de dos días o 8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas) 88. no aplicable 99. desconocido										O O O O O O O O O O
138.	Antes de que pensaras en hacerte daño por primera vez, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían tenido este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
139.	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿cuántos de tus amigos han pensado en hacerse daño?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
140.	Antes de que tuvieras estos pensamientos, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño? (Escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4										
141.	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿en qué medida influyó el ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño?	0 1 2 3 4										
142.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que tengas este tipo	0 1 2 3 4										

	de pensamientos en el futuro?	
--	-------------------------------	--

Autolesiones

143.	¿Alguna vez te has autolesionado?	0) no	☐
		1) sí	☐
144.	¿Cuántos años tenías la primera vez? (<i>edad</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
145.	¿Cuántos años tenías la última vez?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
146.	¿Cuántas veces en tu vida te has autolesionado? (Episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
147.	¿Cuántas veces en el último año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
148.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
149.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
150.	Ahora te voy a decir una serie de métodos que la gente utiliza para hacerse daño. Dime, ¿cuáles de estos métodos has utilizado? (<i>Escoge 5 de los métodos que aparecen a continuación</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1. Hacerte cortes 2. Golpear a propósito 3. Arrancarte el pelo 4. Hacerte un tatuaje a ti mismo 5. Hurgar en una herida 6. Quemarte la piel (ej. con un cigarro, cerilla u otro objeto caliente) 7. Insertar objetos bajo las uñas o bajo la piel	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

	8. Morderte (ej. Morderte los labios) 9. Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto de hacerte sangre 10. Hacerte arañazos 11. Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangre. 12. Otro (especificar): _____ 88. No aplicable 99. Desconocido	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
151.	¿Alguna vez has recibido tratamiento medico por las heridas que te causaste?	0) no 1) sí 88) no aplicable 99) desconocido	O O O O
152.	¿Por qué crees que te haces daño?		
153.	En una escala de 0 a 4, cuando te hacías daño, ¿en qué medida lo hacías para deshacerte de los malos sentimientos?	0 1 2 3 4	
154.	¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4	
155.	¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4	
156.	¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?	0 1 2 3 4	
157.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4	
158.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a	0 1 2 3 4	

	autolesionarte?										
159.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4									
160.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4									
161.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4									
162.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a autolesionarte?	0 1 2 3 4									
163.	¿Durante cuánto tiempo (en %) estuviste tomando drogas o alcohol cuando te autolesionaste?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
164.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo?	1. 0 segundos								☐	
		2. 1-60 segundos								☐	
		3. 2-15 minutos								☐	
		4. 16-60 minutos								☐	
		5. menos de un día								☐	
		6. 1-2 días								☐	

		7. más de dos días o	☐
		8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	☐
		88. no aplicable	☐
		99. desconocido	☐
165.	Antes de autolesionarte, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, se autolesionaron?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
166.	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
167.	Antes de autolesionarte, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4	
168.	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4	
169.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?	0 1 2 3 4	

89

Anexo 7

Criterios Diagnósticos de Depresión mayor según el DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Anexo 8

Criterios Diagnósticos para la Autolesión No Suicida según el DSM-5

- A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p.ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).
- B. El individuo realiza comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
 2. Para resolver una dificultad interpersonal.
 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.
- C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
 2. Un periodo de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
 3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
- D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p.ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonales, académica u otras áreas importantes de funcionamiento.
- F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el síndrome confusional, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p.ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía, trastorno de excoriación).

Anexo 9. Dictamen de aprobación y Número de Registro institucional.

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS	
 Dictamen de Aprobado Comité Local de Investigación en Salud 204 H. GRAL. REGIONAL NUM 20	
Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049 Registro CONIDETICA CONIDETICA 02 CI 004 2018081	
FECHA: Martes, 19 de abril de 2022	
 M.E. Madtie de Leon Aldaba	
PRESENTE	
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y PENSAMIENTOS RELACIONADOS CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28 DE MEXICALI BAJA CALIFORNIA." que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es <u>APROBADO</u>:	
Número de Registro Institucional R-2022-204-049	
De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.	
ATENTAMENTE Dr. Juan pablo robles morales Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204 	
Legitimor 	