

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Frecuencia de conducta autolesiva sin intención suicida en estudiantes de la carrera de medicina de noveno y décimo ciclo de la Universidad de Cuenca período académico marzo-agosto 2023. Cuenca, 2023

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico

Autor:

María José Romero Ochoa

Director:

Manuel Ismael Morocho Malla

ORCID:  0000-0001-5959-3582

Cuenca, Ecuador

2024-02-01

Resumen

Antecedentes: conducta autolesiva se entiende como la autolesión sin intenciones suicidas por una persona. En muchas ocasiones, realizada a través de objetos punzantes y/o lacerantes. Es un comportamiento asociado a edades adolescentes, pero también en edades universitarias. Objetivo: determinar la frecuencia de conducta autolesiva sin intención suicida en estudiantes de la carrera de medicina de noveno y décimo ciclo de la Universidad de Cuenca período académico marzo-agosto. Metodología: estudio observacional, analítico con muestra de 169 alumnos. A quienes se les realizó dos encuestas, una con el fin de hallar factores sociodemográficos y factores de riesgo asociados. La otra fue un test con el fin de hallar presencia de autolesión. Se utilizaron tablas de frecuencia, porcentajes y estadígrafos para relaciones entre variables. Resultados: el 81,1% lo conformaron estudiantes entre 22-25 años; con un 58,6% de mujeres; un 89,9% sin parejas y el 71% conviven con los padres. En cuanto a conductas autolesivas, apenas estuvo presente en el 13,6% de total con cortes de piel en el 52,2% y sobredosis o envenenamiento en el 30,4%. Se constató también antecedentes familiares del 18,3% y trastornos psiquiátricos en el 9,5%. Conclusiones: predominio del sexo femenino, estudiantes entre 22 y 25 años, solteros(as), sin relación sentimental la mayoría, que convivían con sus padres. La inmensa mayoría no incurrió en autolesión, pero los que sí, lo hicieron repetidas veces, a través de cortes de piel y sobredosis. Se halló también antecedentes familiares, trastornos psiquiátricos y maltrato durante la infancia.

Palabras clave: adulto joven, conducta autodestructiva, heridas penetrantes, trastornos mentales, violencia



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Background: self-harming behavior is understood as self-harm without suicidal intent by a person. In many cases, made through sharp and/or lacerating objects. It is a behavior associated with adolescent ages, but also in university ages. Objective: to determine the frequency of self-injurious behavior without suicidal intent in students of the ninth and tenth academic cycle of the University of Cuenca, period March-August. Cuenca, 2023. Methodology: An observational, analytical study was made with sample of 169 students. Two surveys were conducted, one to identify socio-demographic factors and associated risk factors. The other was a test in order to find self-harm. Tables of frequency, percentages and statisticians were used for relationships between variables. Results: A total of 81.1% were students between 22-25 years; with 58.6% of women; the 89.9% without partners and 71% live with parents. In terms of self-injury, it was barely present in 13.6% of the patients with skin cuts in 52.2% and overdose or poisoning in 30.4%. Family history was also found at 18.3% and psychiatric disorders at 9.5%. Conclusions: predominance of the female sex, students between 22 and 25 years of age, mostly singles, most of whom lived with their parents. The vast majority did not incur self-harm, but those who did it they repeat this behavior repeatedly, through skin cuts and overdoses. Family history, psychiatric disorders and childhood abuse were also found.

Keywords: young adult, self-destructive behavior, penetrating wounds, mental disorders, violence



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

| | |
|---|-----------|
| Resumen..... | 2 |
| Abstract | 3 |
| Agradecimiento..... | 7 |
| Dedicatoria | 8 |
| Capítulo I | 9 |
| 1.1 Introducción..... | 9 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 10 |
| 1.3 Justificación..... | 12 |
| Capítulo II | 14 |
| 2. Fundamento teórico..... | 14 |
| Capítulo III | 21 |
| Objetivo General | 21 |
| Objetivos específicos..... | 21 |
| Capítulo IV..... | 22 |
| 4. Metodología..... | 22 |
| Tipo de Estudio:..... | 22 |
| Área de Estudio: | 22 |
| Universo y Muestra: | 22 |
| Criterios de inclusión y exclusión | 22 |
| Variables de estudio | 22 |
| Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información. | 23 |
| Procedimientos: | 24 |
| Plan de tabulación y análisis: | 25 |
| Aspectos éticos..... | 25 |
| Capítulo V | 27 |
| 5. Resultados | 27 |
| Capítulo VI..... | 31 |
| 6. Discusión..... | 31 |
| Capítulo VII..... | 34 |
| 7. Conclusiones, recomendaciones y bibliografía | 34 |
| 7.1 Conclusiones | 34 |
| 7.2 Recomendaciones | 35 |
| Referencias | 36 |

| | |
|--|-----------|
| Anexos..... | 41 |
| Anexo A. Operacionalización de variables..... | 41 |
| Anexo B. Formulario de consentimiento informado..... | 43 |
| Anexo C. Formulario de recolección de datos | 47 |
| Anexo D. Cuestionario de Autolesionismo (Self Harm Questionnaire; SHQ) | 48 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Caracterización de la población según aspectos sociodemográficos. (edad y sexo, estado civil, relación de pareja, convivencia y religión). | 27 |
| Tabla 2. Caracterización de la población según aspectos sociodemográficos. (edad y sexo, estado civil, relación de pareja, convivencia y religión). | 28 |
| Tabla 3. Formas de autolesión más frecuentes entre los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina..... | 28 |
| Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva. | 29 |
| Tabla 5. Relación entre las conductas autolesivas y los factores de riesgo. | 30 |

Agradecimiento

Agradezco a mis padres, que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos los objetivos tanto en el ámbito personal y académico. A ellos quienes con su cariño me han impulsado siempre a prosperar y perseverar por mis metas, y a no rendirme frente a las adversidades.

Al Dr. Ismael Morocho, director de mi trabajo de investigación, quien me brindo su asesoría y apoyo durante el desarrollo del presente trabajo. A la Universidad de Cuenca, por permitirme continuar con mi formación académica y humana.

A Kerlly, quien me ha brindado su amistad en cada etapa que hemos atravesado. A los grandes amigos y amigas que hice durante la carrera: Karla, Dianna, Paula, Jimmy, Camila y Eli ya que sin ellos no hubiera sido tan maravillo este camino. Gracias por las risas, el cariño y la fuerza.

Y a cada persona que fue parte de esta experiencia, llevo conmigo los mejores recuerdos.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre, Martha Ochoa y mi padre, Jaime Romero, que siempre me han acompañado, no solo a lo largo de la carrera de medicina, sino desde muy pequeña explicándome, dándome tiempo, amor y ánimos para seguir mis sueños y deseos. Por ser quienes fundaron en mí los cimientos, valores para que hoy sea lo que soy y darme todas las herramientas que he necesitado a lo largo de mi vida para todo pequeño o gran logro que he tenido. Y, especialmente, por aceptarme tal y como soy, y darme la fuerza para levantarme y persistir tras cualquier dificultad que haya tenido.

A mi hermana Nathaly, por ser esa chispa de alegría y locura que alumbra cada uno de mis días, nos tendremos siempre la una a la otra.

Capítulo I

1.1 Introducción

La autolesión no suicida también conocida en la literatura científica con términos como autoagresión, autolesión, auto-autoagresión deliberada, conducta autolesiva, parasuicidio, conductas autodestructivas, comportamiento autolesivo, violencia autodirigida, lesiones autoinfligidas, autoagresión deliberada, y en el 2013 en la quinta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), fue denominada como autolesiones no suicidas (1).

Es definida como un daño intencional en el tejido corporal sin intención suicida, y usualmente se realiza en busca de una reparación inmediata de la angustia psíquica. Entre los métodos utilizados, el 70-90% son cortes, rasguños en la piel; entre los menos frecuentes son los golpes, moretones (21-44%), y ardor (15-35%). Esta conducta se encuentra asociada con una variedad de trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos afectivos, de personalidad y neuropsiquiátricos (2).

Dentro de las variables más relevantes que inciden en la realización de autolesiones se encuentran los factores modificables, modulables, y no modificables. Entre estos resaltan las relaciones familiares pobres, victimización escolar, violencia psicológica, física y sexual. Aunque este comportamiento se presenta con mayor frecuencia en adolescentes, como se mencionó anteriormente, es posible también hallarlo en adultos jóvenes (3).

Las conductas suicidas y la autolesión con frecuencia se producen en las mismas personas, incluso llega a ser un precursor de la conducta suicida. En Alemania, el estudio epidemiológico Behavior and Mind Health (BeMIND) en una muestra comunitaria aleatoria de N = 1180 de 14 a 21 años de edad, observó que el 19,3 % (pensamientos: 18,0 %, comportamientos: 13,6 %) de la muestra informó cualquier conducta autolesiva, con mayor prevalencia en mujeres (OR = 2,7, IC del 95 %: 1,9-3,8, P < 0,001). La prevalencia de conducta autolesiva concurrente y comportamiento suicida fue del 7,7%. Las mujeres tenían una probabilidad de co-ocurrencia de 3,3 a 8,8 veces mayor que los hombres. Los participantes con cualquier tipo de autolesión (39,6%) informaron también un comportamiento suicida y el 66,3% con cualquier comportamiento suicida informaron cualquier tipo de conducta autolesiva (4).

Según el último informe sobre el suicidio en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las tasas de suicidio de adolescentes de 10 a 19 años y de 15 a 24 años de Ecuador fueron, respectivamente, 7,5 y 13,6 por 100 000, pese a estas cifras

la información epidemiológica en el Ecuador aún es escasa y evita centrar esfuerzos en áreas que requieren atención como son la conducta autolesiva y suicida (5).

A fin de determinar la frecuencia de autolesión no suicida en los estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca, e incrementar la información sobre esta problemática, se aplicará el cuestionario Autolesionismo (Self Harm Questionnaire; SHQ), y se indagará en los factores de riesgo para desarrollar esta conducta.

1.2 Planteamiento del problema

La etapa universitaria es la transición entre la adolescencia y adultez, y aunque es un período lleno de oportunidades de crecimiento en áreas académicas, personales y sociales, también es un período de mayor riesgo para el desarrollo de trastornos mentales y conductas de riesgo como la autolesión no suicida. Los cálculos internacionales agrupadas de prevalencia de la autolesión no suicida son de aproximadamente el 20% en estudiantes universitarios, con estimaciones de 12 meses en el rango de 2-14% (6).

En un estudio realizado en *the World Mental Health International College Student (WMH-ICS)*, sobre la incidencia de la autolesión no suicida en estudiantes universitarios durante dos años, destacan dos hallazgos principales. En primer lugar, durante el primer año del estudio la incidencia de autolesión no suicida fue de 10,3% y en el segundo año fue de 6,0%. El 7% notificó la aparición de autolesiones repetitivas durante los primeros dos años de universidad. En segundo lugar, ningún factor de riesgo fue responsable por sí solo del inicio de la conducta autolesiva, más bien, fueron varios factores de riesgo los que estuvieron asociados a su aparición tanto de forma esporádica como repetitiva (6).

Con referencia al análisis mencionado anteriormente, aunque la mayoría de estudiantes informaron el inicio de una conducta autolesiva, estos no cumplían con los criterios de trastorno del DSM-5. Una gran cantidad de adultos jóvenes se autolesionaron por primera vez en la universidad.

En el 2021, también se observó que el suicidio fue una de las principales causas de muerte en todo el mundo. En el 2019, se suicidaron más de 700 000 personas, es decir 1 de cada 100 muertes. El suicidio se considera la cuarta causa de muerte en jóvenes entre los 15 a 29 años, siendo el doble en hombres, que en mujeres. Estas cifras son importantes ya que varios estudios internacionales han identificado una estrecha relación entre el suicidio y la conducta autolesiva (7).

En el 2022, en una investigación que se realizó entre 730 adolescentes, casi la mitad de la muestra 327 (44,8%) informó antecedentes de autolesión en el último año. El tipo más común

de método autolesión no suicida utilizado fue pellizcarse una herida (27,3 %), morderse a sí mismo (20,3 %), arrancarse el pelo (11,8 %), cortarse a sí mismo (11,1 %). Además, entre los 730 adolescentes que completaron el cuestionario de conductas suicidas, 131 (17,9%) tenían conductas suicidas. Con respecto a las diferencias de sexo, las mujeres fueron significativamente más altas en la prevalencia de comportamiento suicida durante la vida que los hombres ($\chi^2 = 30.26$, $p = 0.001$). Las pruebas simples de Chi-cuadrado indicaron que la conducta autolesiva se asoció significativamente con las conductas suicidas ($\chi^2 = 58.16$, $P < .001$) (8) .

En Suecia se realizó un estudio longitudinal durante 10 años, los participantes fueron una cohorte de estudiantes de escuelas regulares ($n=1064$) en los grados 7mo y 8vo, de los cuales 991 completaron un cuestionario de 11 páginas (T1: 13.7% Hombres; 50.3% Mujeres). Un año después, 984 alumnos volvieron a completar el cuestionario (T2: 14,8 Hombres; 51,1% Mujeres) y 10 años después participaron 557 (T3: 5,3 Hombres; 59,2% Mujeres) (9).

Se observó que la autolesión no suicida en más de una ocasión en adolescentes disminuyó del 40% al 18,7% en la edad adulta joven, mientras que la prevalencia de autolesión no suicida por más de 5 ocasiones disminuyó del 18 al 10%. Pese a esta disminución, los adolescentes mostraron niveles significativamente más altos de estrés, ansiedad, autolesiones y dificultades en regulación emocional 10 años después. Incluso la autolesión repetitiva poco frecuente e inestable en la adolescencia se asoció con resultados negativos en la edad adulta joven (9).

Aunque la autolesión no suicida es una conducta cuya prevalencia es mayor en adolescentes y disminuye en frecuencia en adultos jóvenes como se observa en el estudio mencionado anteriormente, no se debe obviar su intervención ya que un solo episodio de autolesión se correlaciona significativamente con condiciones comórbidas como suicidio y distrés psicológico en la vida adulta (10).

Tras lo expuesto anteriormente, se puede observar que esta población de estudio, los estudiantes universitarios de la carrera de Medicina, es una población de riesgo para desarrollar un comportamiento autolesivo, y aunque no existe un factor en específico responsable de esta conducta, se puede actuar en varios factores y prevenir el inicio de esta conducta que puede llegar a una conducta suicida.

En Cuenca no hay datos actualizados sobre el tema abordado, y más en nuestra población de estudio, ya que la autolesión es considerada un comportamiento frecuente en adolescentes, lo que nos plantea el siguiente problema interrogante:

¿Cuál es la frecuencia de conducta autolesiva en estudiantes de la carrera de medicina de noveno y décimo ciclo de la Universidad de Cuenca período académico marzo-agosto 2023?
¿Cuenca, 2023?

1.3 Justificación

Cómo ya se ha esbozado, el período universitario es un período caracterizado por etapas en las cuales los estudiantes tienen que coexistir con mucho stress. Es una etapa en la que confluyen pocas horas de sueño y mucho desgaste intelectual. Es el inicio, además de la adultez, con lo cual el estudiante experimenta por primera vez cierta independencia respecto a su vida familiar. Tiene que convivir con todas estas nuevas experiencias por sí solo, y por ende es susceptible a la aparición de algún tipo de conducta depresiva, entre ellas la tendencia a la autolesión.

Tras todo lo planteado, se cree que la siguiente investigación es importante desde varias perspectivas. Primero desde la académica y/o científica, y es que las investigaciones al respecto, son relativamente exiguas. En especial por ser un grupo etario excluido en la mayoría de las investigaciones, siendo la adolescencia, la etapa más analizada por presentar cifras de frecuencia de autolesión más altas. La siguiente investigación puede arrojar datos importantes sobre una temática, que a nuestro entender, ha sido soslayada en la literatura y mostrar una problemática mucho más amplia que la anticipada.

Desde el punto de vista comunitario, las razones son bastante similares y es que este tipo de conductas no suelen atribuirse a los adultos jóvenes. Por ende, dicha investigación mostrará resultados que según se espera, puedan concientizar a la población general. Desbancando así, además, la creencia de que una persona al salir de la adolescencia, ya está completamente apta para cualquier etapa vital (estudiantil, laboral, sentimental, etc.). A nivel comunitario es importante que se conozcan este tipo de trastornos bastante comunes en adultos jóvenes, la frecuencia de los mismo, sus causas, etc. Desde lo particular, el estudio tiene todos los condicionantes de un análisis atractivo para el desarrollo académico personal, y para futuras líneas de investigación.

Los datos que este análisis pueda encontrar serán de uso generalizado, académico, sin fines de lucro, a la vez que se mantendrá la total anonimidad del grupo muestral. La información estará disponible para toda persona que quiera hacer uso de la misma: estudiantes, académicos, docentes, autodidactas, etc.

Para finalizar, este estudio se encuentra dentro de las prioridades de investigación en salud 2013-2017, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ubicándose dentro del área 10 de

lesiones autoinfligidas y violencia interpersonal, la línea de lesiones autoinfligidas y sublínea perfil epidemiológico. En cuanto a las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 2020 - 2025 se encuentra dentro del área 9 de Salud Mental, por lo cual se espera contribuir con información valiosa a la investigación local y nacional (11).

Capítulo II

2. Fundamento teórico

Concepto

La conducta autolesiva sin intención suicida se define como el daño físico deliberado, autoinfligido, sin intención suicida y sin propósito de ser sancionado social o culturalmente. Se incluyen comportamientos como cortarse, morderse, rascarse, quemarse, golpearse contra objetos, arrancarse el cabello, entre otros (12).

Causas

Las causas relacionadas con este tipo de comportamiento son disímiles, complejas e incluyen factores genéticos, biológicos, espirituales, psicológicos, fisiológicos, sociales, culturales, entre otros. Entre los más comunes están la ansiedad, el autismo, síntomas depresivos, anorexia. Al igual que diferentes tipos de trastornos, como el de la alimentación, disociativos, estrés postraumático, y otras formas de trastornos (13).

Prevalencia de conducta autolesiva no suicida a nivel mundial

Recientes informes indican que aproximadamente el 4% de la población en general tiene antecedentes de conducta autolesiva no suicida. McMahon et al. (14), por ejemplo, arguye que cerca del 10% de la población joven mundial ha experimentado la autolesión. Sin embargo, existe una gran inconsistencia en las prevalencias informadas, esto puede deberse a la heterogeneidad entre las muestras estudiadas, los métodos de evaluación y los períodos bajo estudio. Un metaanálisis también informó que los países no occidentales, los países de ingresos bajos y medios y las ubicaciones geográficas podrían contribuir a la mayor prevalencia agregada de comportamientos suicidas, autolesiones deliberadas y autolesiones no suicidas (15).

Entre adolescentes y jóvenes adultos esta conducta es común, estudios con diferentes muestras y provenientes de distintos países sugieren que entre el 13 al 45% de adolescentes y el 5 al 35% de adultos jóvenes se han autolesionado al menos una vez en sus vidas. Y es que, en la adolescencia tardía y adultez joven, este tipo de conducta es bastante más común que en adultos medios y mayores. En Europa, el 27,6% de adolescentes refieren haberse autolesionado al menos una vez en sus vidas (con diferencias según el país, desde el 17,1% en Hungría hasta el 38,7% en Francia) e informan recurrencia de esta conducta en 7,8% (16).

En una investigación, con muestra de 8300 estudiantes universitarios estadounidenses (entre 18 y 24 años), 17% de individuos informaron que se han autolesionado al menos una vez en la vida, de los cuales el 75% lo ha hecho de forma recurrente. En España, en un estudio de

estudiantes entre 18 a 30 años se reportó que 32.7% se han autolesionado en más de 5 ocasiones durante su vida, entre estos el 68% de los jóvenes adultos se autolesionó el año anterior (17).

Faura por su parte, realizó un meta-análisis sobre la conducta autolesiva no suicida en muestras no clínicas, participaron 18 países, y se observó mayor prevalencia en adolescentes (17.2%; 10-17 años) y jóvenes (13.4%; 18-24 años) en comparación con población adulta (5.5%)(18).

Este tipo de conducta puede presentar aumento en su frecuencia, con la aparición de fenómenos extraordinarios en la población. Por ejemplo, durante el confinamiento por COVID 19, los casos de autolesión aumentaron según varios registros. Así es el caso del estudio de Zhang et al.(19), que halla aumentos de más del 10% para casos de autolesión en un análisis pre y post covid, en poblaciones de adultos jóvenes. Cabe reseñar que otras investigaciones, han mostrado cifras pre-post pandemia, que muestran datos diametralmente diferentes, como el caso del estudio danés de Danielsen (20).

Prevalencia de conducta autolesiva no suicida en Ecuador

En Ecuador, los datos sobre la conducta autolesiva son limitados y los existentes se concentran en la población adolescente. Entre algunos estudios, se puede mencionar al realizado en 2019 por Vílchez, cuya finalidad fue la validación de la Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida de Albores-Gallo, basada en los criterios descriptivos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM5), en una muestra de 1252 estudiantes universitarios entre los 18 y 37 años de edad, se concluye que existen dos subdimensiones de la autolesión: autolesión por encima de la piel y autolesión por debajo de la piel. Además, se realizó una comparación entre géneros, en este sentido existe un mayor nivel de autolesión por debajo de la piel utilizando objetos en mujeres con respecto a los hombres. Los hombres, en cambio, tienen mayores niveles de autolesión en general, destacando la autolesión por encima de la piel (21).

En un estudio realizado en Cuenca, en la comunidad terapéutica "Hogar Crecer", compuesto por 40 participantes masculinos, entre 13 a 17 años, se observó que la autolesión moderada apareció en adolescentes de 16 años siendo este el 32,5%, el 60% cursaba la secundaria y el 62,5% pertenecía a la zona rural. Referente a los tipos de autolesión el más frecuente es cortarse hasta sangrar la piel con el 85 %; el 77,50 % prefiere rayar, marcar, pinchar la piel sin sangrar; el 72,50 % se estrella la cabeza con algún objeto o contra la pared y el 65 % frota su piel con objetos punzantes, vidrios o fichas (22) .

Autolesión no suicida según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM5)

Según el DSM5 publicado en el año 2013, la autolesión no suicida debe cumplir los siguientes criterios (23):

- A. En el último año, durante al menos 5 días, la persona se ha autolesionado de manera intencional causando daño en su cuerpo, produciendo sangrado, moretones o dolor, como, por ejemplo: cortarse, golpearse, quemarse, frotar excesivamente con propósitos de que la lesión cause solamente un daño físico, leve o moderado.
- B. La lesión provocada intencionalmente se asocia por lo menos con dos de los siguientes ítems:
 - a. Pensamientos o sentimientos dañinos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, angustia generalizada o autocrítica, que ocurran en el periodo inmediatamente antes de la conducta autolesiva.
 - b. Antes de incidir en el acto, se genera un periodo de intranquilidad acerca de la conducta a realizar que es difícil de oponer resistencia.
 - c. El impulso para llevar a cabo la autolesión ocurre frecuentemente.
 - d. La acción tiene un propósito, alivio de un sentimiento y/o estado cognitivo negativo, conflicto interpersonal, o provocar un estado emocional positivo. El paciente predice que este acto va a ocurrir durante o después de la autolesión
- C. La conducta adquiere consecuencias, afectando su entorno interpersonal, académico, entre otros.
- D. La conducta no ocurre únicamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación. En personas que presentan el trastorno del desarrollo, la conducta no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos.

Tipos de conductas autolesivas sin intención suicida

Según *Conterio et al.*, la conducta autolesiva puede clasificarse según su propósito siendo estos de tipo analgésico o curativo y de tipo comunicativo. El propósito analgésico se refiere a la tranquilidad física tras la autolesión, a la conexión entre mente y cuerpo; el propósito comunicativo se origina cuando las personas simbolizan su estado emocional y expresan sus necesidades y deseos a través de la autolesión. Por otra parte, Grube clasifica a las autolesiones en: insultarse y despreciarse constantemente, autocríticas destructivas, autoevaluaciones negativas, autolesiones, autosabotaje, dejar de hacer cosas agradables, autodegradarse y complacerse con estímulos dolorosos e intentos suicidas (24).

Mientras que Favazza, presentó la siguiente clasificación: 1) Autolesión culturalmente sancionada, 2) Autolesión patológica, 3) Autolesión mayor, normalmente asociada a estados psicóticos e incluye a la castración, amputación de miembros, sacarse los ojos, etc, 4) Autolesión estereotípica que se presenta en personas con retraso mental, autistas, psicóticos, y consiste en acciones como: extracción de dientes, presionar los ojos, golpes continuos de la cabeza, morderse o dislocarse una articulación, 5) Autolesión superficial/moderada, la más frecuente, consiste en cortarse, quemarse, rascarse hasta sangrar, arrancarse el cabello, y se subdivide en autolesión compulsiva y episódica (24).

La autolesión compulsiva está asociada con el desorden obsesivo-compulsivo consiste en acciones como la tricotilomanía, fricción excesiva de la piel, etc., mientras que la autolesión impulsiva puede ser episódica y repetitiva, a menudo las personas con conducta episódica no piensan al momento de realizarlo y no se consideran a sí mismas como personas que se autolesionan; en cambio, la autolesión repetitiva se caracteriza por conscientemente considerar el hacerse daño incluso aunque se lleve a cabo, y las personas se identifican a sí mismas como gente que se autolesiona (24).

Formas de autolesión

Según la literatura, las formas más comunes de autolesión son mediante el uso de: cortes, golpes, quemaduras, inserción de objetos punzantes y/o rotura ósea (25).

La primera variante es una de las más comunes y consiste en la autolesión mediante cortes al cuerpo con diferentes objetos como navajas, cuchillos, tijeras, etc. La segunda variante incluye golpes con partes de la propia anatomía y/o contra objetos sólidos. Las quemaduras consisten en autolesión a través de objetos candentes, en especial con fósforos, velas, cigarrillos. La inserción de objetos punzantes tiene que ver con el uso de armas blancas para autolesionarse. Los puntos más utilizados son las manos, brazos, piernas. En cuanto al quebrantamiento de huesos obedece a la autolesión a través de infligirse algún tipo de lesión o trauma al hueso, en especial en las manos y piernas (25).

Factores de riesgo

Con el fin de identificar los factores de riesgo para una conducta autolesiva no suicida por parte de profesionales de la salud del primer nivel estos han sido clasificados en modificables, modulables y no modificables (26).

- Modificables: el maltrato infantil, desórdenes alimenticios, bullying o matoneo, factores estresantes, comportamientos impulsivos, contagio social.
- Modulables: los trastornos psiquiátricos y rasgos de la personalidad del grupo B.

- No modificables: edad, sexo, antecedente familiar de lesiones autolesivas no suicidas, trastornos familiares y factores de protección.

Factores de riesgo modificables

En un estudio llevado a cabo en Alemania, por *Ernst et al.* (27), en una muestra de 2510 personas, se encontró que 110 tenían antecedentes de alguna forma de autolesión, 47 combinado con intentos de suicidio y 83 con lesiones no suicidas, estos informaron abuso, negligencia infantil ($d = 1,39$, $p < 0,001$) y mayores deficiencias en la personalidad funcional ($d = 1.64$, $p < .001$) que el resto de la población. En análisis más diferenciados, el abuso emocional mostró una asociación más fuerte con las autolesiones. Sólo el abuso físico y sexual tuvo efectos directos.

En otro estudio realizado en Noruega en el 2020, se investigó la relación entre el abuso sexual como factor de riesgo para desarrollar conductas autolesivas y suicidas. En una muestra de 516 personas, principalmente mujeres adultas sobrevivientes de abuso sexual durante la infancia, se encontró que haber tenido un abuso violento y un perpetrador desconocido predijeron el intento de suicidio, mientras que haber tenido un perpetrador conocido, así como depresión, ansiedad y trastornos alimentarios, predijeron positivamente conductas autolesivas persistentes durante el periodo de seguimiento de 4 años (28).

En cuanto al bullying, que se define como el acoso físico o verbal repetido, existen varios estudios que han demostrado que es un predictor importante en la autolesión no suicida entre niños y adolescentes (29). Los jóvenes que son acosados pueden utilizar las autolesiones como una forma de pedir ayuda, aliviar el estrés, y como autocastigo. Además, debido a la falta de autorregulación y la impulsividad, los acosadores también pueden desarrollar conductas autolesivas. Los acosadores que experimentan violencia también son muy propensos a tener comportamientos de riesgo, ya que tienen los mismos factores de riesgo tanto para ser acosadores como para ser acosados (30).

En un metanálisis que incluyó 29 artículos, que incluyó a 53.501 sujetos, se observó que las víctimas [OR 2,46 (IC 95% 2,14-2,83); $p < 0,001$], los acosadores [OR 2,12 (IC 95% 1,37-3,27); $p < 0,001$], y los acosadores-víctimas [OR: 2,98 (IC 95% 1,85-4,82); $p < 0,001$] eran más propensos a autolesionarse sin riesgo suicida que los niños o adolescentes no involucrados. En el grupo de víctimas a mayor edad, existe menor riesgo de autolesión sin riesgo suicida ($z = - 3.74$, $p = 0.00$) (31).

Factores de riesgo modulables

Dentro de los factores de riesgo modulables, se encuentran los trastornos mentales. En este sentido, Wang et al. (13), encuentra que los trastornos más frecuentes fueron la depresión, ansiedad, los trastornos de personalidad y adaptación. Un total de 8 estudios informaron que las adolescentes mujeres tenían más probabilidades de autolesionarse que los hombres. Además, la diferencia de sexo puede disminuir con la edad. La heterogeneidad de los estudios sobre género fue baja ($I^2=20,3\%$; $P < 0,001$).

En otro análisis, llevado a cabo en jóvenes adultos con trastornos psiquiátricos ambulatorios en Noruega se encontró que el 8,1% de los pacientes había experimentado al menos un episodio de autolesión, el 17,3% tenía ideación suicida y el 0,6% había realizado al menos un intento de suicidio. Entre los pacientes con comportamiento autolesivo, el 27,8 % tenía ideación suicida concurrente, y entre los pacientes con ideación suicida, el 13 % tenía comportamientos autolesivos concurrentes. La prevalencia de las conductas suicidas fue más de siete veces mayor entre los pacientes con comportamiento autolesivo que entre los pacientes sin comportamiento autolesivo (32).

Factores de riesgo no modificables

En un estudio llevado a cabo en Colombia, por Obando et al. (33), sobre la conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales en el primer estudio no se observó una correlación significativa entre los comportamientos autolesivos y ser mujer, sin embargo, en el segundo estudio sí se observó una mayor tendencia de las mujeres a reportar conductas de este tipo dentro del proceso terapéutico.

En Nueva Zelanda, los metaanálisis han demostrado consistentemente una mayor prevalencia de autolesiones no suicidas y tendencias suicidas en jóvenes con diversidad de género y sexualidad, en comparación con jóvenes heterosexuales cisgénero en muchas naciones. También se han identificado disparidades de salud mental para jóvenes transgénero y de género diverso y sexualidad diversa. Los riesgos elevados de la autolesión no suicida y tendencias suicidas para los jóvenes en Nueva Zelanda e internacionalmente ocurren en el contexto del estigma cisheterosexista y la discriminación contra las personas transgénero, de género diverso y de sexualidad diversa (34).

Self-Harm Questionnaire

El Self-Harm Questionnaire es un test diseñado en el año 1998 por los autores Ougrin y Boege. Se suele aplicar a personas entre las edades de 11 a 18 años, suele durar un aproximado 15 a 30 minutos y consta de 15 preguntas. Dicho cuestionario fue adaptado en

el año 2015 por García-Luna. Se trata de un test autoaplicable diseñado para determinar la existencia de cogniciones y comportamientos autolesivos (35).

Las 2 primeras preguntas son un screening para determinar si los participantes han experimentado ideas relacionadas a conducta autolesiva, mientras que la presencia de autolesionismo diagnosticado por el SHQ se deriva de la discriminación de la pregunta número 3 con la condición de dos variables dicotómicas “sí o no”. Las restantes 12 preguntas, todas con opción múltiple, se enfocan en los siguientes aspectos (35):

- a) Episodio de autolesionismo
- b) Método utilizado para autolesionarse
- c) Motivación
- d) Vivienda durante autolesionismo
- e) Finalidad de autolesionismo
- f) Si existió consumo de alguna sustancia
- g) Planeación y ejecución
- h) Notificación o no el episodio con alguien más

Capítulo III

Objetivo General

Caracterizar la frecuencia de conducta autolesiva sin intención suicida en estudiantes de la carrera de medicina de noveno y décimo ciclo de la Universidad de Cuenca período académico marzo-agosto 2023. Cuenca, 2023.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población según aspectos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, relación de pareja, convivencia y religión.
- Determinar la frecuencia de conductas autolesivas en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de Medicina.
- Identificar las formas de autolesión más frecuentes entre los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de Medicina.
- Determinar los factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva.
- Hallar la relación entre frecuencia y factores de riesgo asociados.

Capítulo IV

4. Metodología

Tipo de Estudio:

Estudio descriptivo.

Área de Estudio:

Escuela de medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

Universo y Muestra:

El universo se encuentra compuesto por la base de datos de estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca que cursaron el noveno y décimo ciclo en el período académico marzo-agosto 2023, conformado por 91 y 78 estudiantes, respectivamente. La muestra fue igual al universo y fue distribuida de la siguiente manera:

| Ciclo | Cantidad total de médicos internos | Distribución porcentual |
|--------------|------------------------------------|-------------------------|
| Noveno ciclo | 91 | 53,85 % |
| Décimo ciclo | 78 | 46,15 % |
| Total | 169 | 100% |

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, que cursaban el noveno y décimo ciclo en el período académico marzo-agosto 2023.
- Aceptación libre y voluntaria para formar parte del estudio.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que se encuentren bajo la influencia de alguna sustancia que impida el correcto desarrollo del formulario.
- Estudiantes que no hayan consentido participar en la investigación.

Variabes de estudio

Variabes independientes: edad, sexo, estado civil, relación de pareja, con quién vive, religión y conducta autolesiva, formas de autolesión y factores de riesgo asociados.

Variabes dependientes: Conducta autolesiva sin intención suicida.

Operacionalización de las variables (ANEXO A).

Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

Método

Observacional.

Técnica:

Encuesta

Instrumentos

Formulario de recolección de datos y Cuestionario

Para recolectar la información de los estudiantes se presentó el consentimiento informado y el cuestionario que consta de dos partes, la primera corresponde a datos sociodemográficos y la segunda, el Cuestionario de Autolesionismo (Self Harm Questionnaire; SHQ) (ver anexos). Dicho cuestionario presentó un α de Cronbach de 0.960 y que fuera diseñado en el año 1998 por Sansone y Wiederman y traducido al español por García Mijares. Consta de 15 preguntas en total, siendo las dos primeras preguntas son un screening para determinar si los participantes han experimentado ideas relacionadas a conducta autolesiva, mientras que la presencia de autolesionismo diagnosticado por el SHQ se deriva de la discriminación de la pregunta número 3 con la condición de dos variables dicotómicas “sí o no”, en caso que el resultado obtenido sea negativo, se interpreta como ausencia de conducta autolesiva y se da por finalizado el test; si la respuesta obtenida es “sí”, se continuará con el desarrollo del cuestionario. Las restantes 12 preguntas, todas con opción múltiple, se enfocan en los siguientes aspectos

- a) Episodio de autolesionismo
- b) Método utilizado para autolesionarse
- c) Motivación
- d) Vivienda durante autolesionismo
- e) Finalidad de autolesionismo
- f) Si existió consumo de alguna sustancia
- g) Planeación y ejecución
- h) Notificación o no el episodio con alguien más

El Cuestionario valora **dimensiones** que son:

- a) Conducta Autolesiva-**Manifestación** (se valora con las preguntas 4,5 y 6) se muestra en tablas de frecuencia y porcentaje
- b) Conducta Autolesiva-**Temporalidad** (se valora con la pregunta 4) se muestra en tablas o gráficos (frecuencia y porcentaje)

- c) Conducta Autolesiva – **Sentimientos** (se valora con las preguntas 7,8 y 9) se muestra en tablas de frecuencia y porcentaje
- d) Conducta Autolesiva – **Sentimientos experimentados antes de lastimarse** (se valora con la pregunta 7, se muestra en tablas o gráficos)
- e) Conducta Autolesiva – **Manifestaciones última vez** (se valora con las preguntas 10,11 y 15, se muestra en tablas de frecuencia y porcentajes)
- f) Conducta Autolesiva – **Intencionalidad experimentada antes de lastimarse** (se valora con la pregunta 10 se muestra en frecuencia y porcentajes)
- g) Conducta Autolesiva – **Manifestaciones antes de lastimarse por última vez** (se valora con las preguntas 12,13 y 14 se muestra en tablas de frecuencia y porcentaje)
- h) Conducta Autolesiva -**Planeación** (se valora con la pregunta 13 se muestra en gráfico)

Interpretación y análisis

Previo al análisis de los datos, se realizó una exploración de los mismos para determinar el tipo de distribución, encontrando que nuestros datos presentaron una asimetría y curtosis que sugirió una distribución normal, por lo cual se utilizaron pruebas paramétricas mencionadas a continuación.

Una vez mostrado todos los resultados descriptivos con las dimensiones del Cuestionario SHQ expresadas mediante la calificación global de cada uno de los mismos, se realizó el estadístico con el fin de hallar estadígrafos como media y la desviación estándar para la variable edad.

Para la tabulación de los datos, análisis de variables, frecuencias y porcentajes se empleó los programas de Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS. Para la relación entre variables, se planteó utilizar el estadígrafo OR (Odd Ratio) con el fin de medir relación entre prevalencia y factores de riesgo asociados; también se determinó la significancia mediante la prueba de χ^2 , siendo el valor p considerado estadísticamente significativo para valores inferiores 0.05.

Procedimientos:

Autorización

Se siguió el siguiente procedimiento para llevar a cabo el estudio: en primer lugar, se requirió la autorización de la Comisión de trabajos de titulación de la Universidad de Cuenca, Consejo directivo y Comité de ética de investigación en seres humanos de la Universidad de Cuenca. Una vez obtenida la autorización, se procedió a recopilar la información necesaria a través

de encuestas, previa obtención del consentimiento informado de los participantes de la investigación. Se brindó capacitación con una explicación detallada del estudio, sus objetivos, los posibles riesgos y beneficios, y se aclaró cualquier duda o inquietud que surgiera. Si el participante estuvo de acuerdo, se le solicitó que firme el consentimiento y continúe con el cuestionario, la supervisión del proceso estuvo a cargo del Dr. Ismael Morocho Malla. La autora después de aprobar metodología de la investigación, bioestadística y asignaturas de salud mental se encuentra capacitada para realizar este estudio.

Capacitación

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el Cuestionario de Autolesionismo y su correcta aplicación.

Supervisión:

El desarrollo del presente estudio se efectuó bajo la supervisión del Dr. Ismael Morocho, director de tesis.

Plan de tabulación y análisis:

Programas empleados

SPSS versión 22 en español.

Aspectos éticos

Para garantizar el respeto y la justicia, las personas que formaron parte del estudio se eligieron aleatoriamente, de tal forma no exista discriminación.

El siguiente proyecto de investigación representaba beneficios para los participantes como que, al presentarse un caso en el que se detecte riesgo grave para alguno de los estudiantes, se aconsejaría acudir a un profesional de psicología o psiquiatría, según corresponda, a fin de prevenir consecuencias devastadoras; además, para la comunidad estudiantil, el determinar la frecuencia de autolesión, permitiría trazar estrategias de prevención a partir de los resultados que emanen del estudio.

Para garantizar la protección de los participantes, la información obtenida fue exclusivamente para motivos de la investigación y con fines académicos; estos formularios fueron manejados a través de código numérico, y la persona responsable de la recolección de datos fue únicamente la autora de esta investigación, con lo que se garantiza la reserva total de los datos; además se presentó ante los estudiantes el consentimiento informado (Ver ANEXO 3) aprobado por el Comité de Bioética, en el cual se explica a detalle el objetivo del estudio y los instrumentos a aplicar; no se ejerció coacción sobre los participantes, asegurando de esta manera una participación del estudio de forma voluntaria; además, una respuesta negativa o el deseo de retiro de la información brindada por parte de los participantes se garantizó no

tendría repercusión. Para velar por la protección de la intimidad y la confidencialidad de cada respuesta, durante el desarrollo del proceso de investigación estos datos permanecieron almacenados bajo llave.

La idoneidad ética y experticia técnica de la investigadora principal se encuentra respaldada tras haber completado la malla curricular correspondiente a la carrera de medicina y al encontrarse bajo la tutoría del director de tesis, Dr. Ismael Morocho.

Conflictos de interés

La autora declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Capítulo V

5. Resultados

Tabla 1. Caracterización de la población según aspectos sociodemográficos. (edad y sexo, estado civil, relación de pareja, convivencia y religión).

| Características sociodemográficas | N | % | |
|--|---------------------|--------------|------|
| Edad | 22 a 25 años | 137 | 81,1 |
| | 26 a 28 años | 32 | 18,9 |
| | Media | 24,17 | |
| | Desviación Estándar | 1,47 | |
| Sexo | Femenino | 99 | 58,6 |
| | Masculino | 70 | 41,4 |
| Estado civil | Soltero | 162 | 95,9 |
| | Casado | 4 | 2,4 |
| | Unión libre | 3 | 1,8 |
| Relación de pareja | Sí | 17 | 10,1 |
| | No | 152 | 89,9 |
| Convivencia | Padres | 120 | 71,0 |
| | Abuelos | 13 | 7,7 |
| | Solo | 28 | 16,6 |
| | Otros | 8 | 4,7 |
| Religión | Sí | 151 | 89,3 |
| | No | 18 | 10,7 |
| Total | 169 | 100,0 | |

Interpretación: la tabla 1 muestra que la edad promedio fue de $24,17 \pm 1,47$ años, oscilando entre 22 y 28 años, en un total de 169 personas entrevistadas. Se aprecia el predominio del grupo etario de 22 a 25 años con el 81,1%. Seguido por el grupo de 26 a 28 años con un 18,9%. Además, se refleja que la mayor parte de la muestra corresponde al sexo femenino (58,6%) y el resto (41,4%), al sexo masculino. Se refleja también que el 89,9% de las personas no presentan relación de pareja, en contraposición al 10,1% restante que sí mantienen este tipo de relación. En lo referente a la convivencia, el 71,0% viven con sus padres, siendo esta la gran mayoría. Mientras que el 16,6% viven solas, un 7,7% con sus abuelos y sólo el 4,7% viven con otros miembros de la familia. Con respecto a la afiliación

religiosa, el 89,3% practican algún tipo de religión, mientras que sólo el 10,7% no practican ninguna.

Tabla 2. Frecuencia de las conductas autolesivas en los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina.

| | Conductas autolesivas | N | % |
|-----------------------|------------------------------|------------|--------------|
| Comportamiento | Ausencia | 146 | 86,4 |
| | 1 vez | 8 | 4,7 |
| | De 2 a 4 Veces | 13 | 7,7 |
| | 5 veces o Más | 2 | 1,2 |
| | TOTAL | 169 | 100,0 |

Fuente: base de datos

Autores: María José Romero

Interpretación: la tabla 2 muestra el comportamiento de la frecuencia con que las personas han llevado a cabo conductas autolesivas. La ausencia misma del comportamiento autolesivo fue mayoritaria, con el 86,4% de los casos. Mientras que el 13,6%, sí presentó algún tipo de comportamiento autolesivo. De ellas un 7,7% entre 2 y 4 veces, un 4,7% se autolesionaron sólo 1 vez y por último sólo el 1,2% de las personas entrevistadas se han causado lesiones 5 veces o más.

Tabla 3. Formas de autolesión más frecuentes entre los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de medicina.

| | Formas de autolesión | N | % |
|--|-----------------------------|-----------|--------------|
| | Cortes en la piel | 12 | 52,2 |
| | Sobredosis o Envenenamiento | 7 | 30,4 |
| | Ambas Anteriores | 1 | 4,3 |
| | Hice Algo Más | 3 | 13,0 |
| | TOTAL | 23 | 100,0 |

Fuente: base de datos

Autores: María José Romero

Interpretación: La tabla 3 muestra las formas de autolesión más frecuentes entre los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la carrera de Medicina. La forma predominante son los cortes en la piel, estando presente en el 52,2% de los casos, mientras que un 30,4% mostraron sobredosis de sustancias o envenenamiento. Sólo el 4,3% de ellas llevó a cabo las dos formas de autolesión anteriores y un 13,0% de ellas eligieron un método diferente a los mencionados anteriormente.

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva.

| Factores de riesgo | | N | % |
|---------------------------|-----------------------------|------------|--------------|
| Factores | Antecedentes Familiares | 31 | 18,3 |
| | Trastornos Psiquiátricos | 16 | 9,5 |
| | Maltrato Infantil | 15 | 8,9 |
| | Comportamientos Compulsivos | 11 | 6,5 |
| | Desorden Alimenticio | 8 | 4,7 |
| | Bullying | 7 | 4,1 |
| | Ninguno | 81 | 47,9 |
| | TOTAL | 169 | 100,0 |

Fuente: base de datos

Autores: María José Romero

Interpretación: la tabla 4 muestra el comportamiento de los factores de riesgo asociados a las conductas autolesivas. El factor de riesgo con mayor incidencia es Antecedentes Familiares, estando presente en el 18,3% de las personas. El 9,5% de las personas entrevistadas presentan Trastornos Psiquiátricos, un 8,9% reflejaron Maltrato Infantil y sólo un 6,5% presentan Comportamientos Compulsivos. El resto de los factores de riesgo presenta una incidencia menor al 5,0%. Se puede apreciar en la tabla que el 47,9% de las personas no presentaron factores de riesgo, siendo esta la gran mayoría, sin embargo, pertenece a la población que no presentó conducta autolesiva.

Tabla 5. Relación entre las conductas autolesivas y los factores de riesgo.

| FACTORES DE RIESGO | | CONDUCTAS AUTOLESIVAS | | | | Estadígrafo |
|---------------------------------|----|-----------------------|-------------|------------|-------------|--------------------------------|
| | | SI | | NO | | |
| | | N | % | N | % | |
| Antecedentes familiares | SI | 5 | 16,1 | 26 | 83,9 | $\chi^2=9,758$; $p=0,002$ |
| | NO | 0 | 0 | 78 | 100 | |
| Trastornos psiquiátricos | SI | 5 | 31,3 | 11 | 68,7 | $\chi^2=19,913$; $p<0,001$ |
| | NO | 0 | 0 | 78 | 100 | |
| Maltrato infantil | SI | 4 | 26,7 | 11 | 73,3 | $\chi^2=15,739$; $p<0,001$ |
| | NO | 0 | 0 | 78 | 100 | |
| Comportamiento compulsivos | SI | 5 | 45,5 | 6 | 54,5 | $\chi^2=29,481$; $p<0,001$ |
| | NO | 0 | 0 | 78 | 100 | |
| Desorden alimenticio | SI | 1 | 12,5 | 7 | 87,5 | $\chi^2=1,986$; $p=0,159$ |
| | NO | 0 | 0 | 78 | 100 | |
| Presencia de factores de riesgo | SI | 23 | 25,3 | 68 | 74,7 | $\chi^2=26,721$; $p<0,001$ |
| | NO | 0 | 0 | 78 | 100 | |
| TOTAL | | 23 | 13,6 | 146 | 86,4 | 169 100 |

Fuente: base de datos

Autores: María José Romero

Interpretación: el análisis de la relación entre variables en la Tabla 5, mostró que los antecedentes familiares, trastornos psiquiátricos, el maltrato infantil, los comportamientos compulsivos, así como tener factores de riesgo de cualquier tipo favorecen la aparición de conductas autolesivas en estas personas. La relación entre estos factores de riesgo y las conductas autolesivas fue estadísticamente significativa ($p<0,05$). El desorden alimenticio y el bullying (que no estuvo presente sujeto con conducta autolesiva), no resultaron factores de riesgo para autoinfligirse heridas. El Odds ratio no pudo ser calculado porque fue 0 la frecuencia de sujetos con conductas autolesivas sin factores de riesgo, demostrando que se necesita tener algún factor de riesgo para producirse heridas en su cuerpo. Debido a que las personas que no presentaron conducta autolesiva tampoco manifestaron factores de riesgo, no fue posible el cálculo de OR, cumpliendo parcialmente el objetivo planteado.

Capítulo VI

6. Discusión

La investigación estuvo conformada por estudiantes universitarios, cursantes de la carrera de medicina de los ciclos 9no y 10mo. De los cuales, la edad media fue de 24,17 y el 58,6% fueron mujeres. La investigación se enfocó en adultos jóvenes y en este sentido el grupo etario fue bastante similar a los demás análisis revisados. La mayoría de los estudiantes son solteros(as), conviven con sus padres, profesan al menos una religión y arguyeron no formar parte de ninguna relación sentimental.

Autores como Nearchou et al.(36) tuvo una media de 20,2 años en su muestra de 625 adultos jóvenes, realizado en el año 2022. Mientras que Hua et al.(37), tuvo una edad media de 21,3 años en su tesis limeña, del año 2020, con grupo muestral de 500 estudiantes. Klonoff et al.(38), por su parte, muestra un grupo etario similar de 21 años, mayoritariamente hombres 80%, cifra curiosamente diferente a la mayoría de los artículos revisados.

En Corea del Sur, Kim et al.(39), también analiza a un grupo universitario con edades similares y mayoritariamente mujeres (69,7%). Mientras que Chen et al.(40), encuentra 19,65 años como edad media y un 71,1% de mujeres y para finalizar, Hamdan et al.(41), analiza una muestra con edad media de 21,4 años.

Por otro lado, la conducta autolesiva, suele ser una tendencia bastante común en el período adolescente. Sin embargo, puede estar presente también en los primeros años del adulto joven, particularmente en estudiantes. Según se afirma, la presencia de autolesiones, tienen a ser el doble en probabilidad de ocurrir en universitarios, que en adultos jóvenes de la misma edad, no universitarios o no cursantes de algún tipo de estudio (42).

Los varios estudios analizados arguyen datos de porcentajes variados. Nuestra investigación arrojó un 13,6% de conducta autolesiva. Estos pueden ser bastante bajos si se comparan con el estudio de Chen et al.(40) quién encontró un 24,4%. Más distantes quedaron los resultados de Nearchou et al.(36), con el 45% de frecuencia. Cabe señalar que el grupo muestral en este autor, fue más abarcador e incluyó también personas en la adolescencia tardía, además de un período post Covid, lo cual puede explicar cifras tan altas.

En ciertos estudios, en muestras reducidas, la frecuencia puede ser mucho más alta, como el caso de Cliffe et al.(42), en dónde el 80% de los estudiantes universitarios, tuvieron en algún momento, algún tipo de conducta autolesiva. Teniendo incluso un 20% de la muestra, todavía ideas autolesivas

En cuanto a los mecanismos de autolesión, también son disímiles. Mientras los cortes de piel y las sobredosis con envenenamiento fueron más variantes que más se encontraron aquí, Kim et al.(39), halla más de un mecanismo para autolesión en el 80% de su grupo muestral. Siendo rascarse, cortarse y golpearse, indistintamente, los más utilizados. Por su parte, Hamdan et al.(41) arrojó el uso de sobredosis, pensamientos contraproducentes, empeorar diagnósticos clínicos fueron los mecanismos más comunes.

En lo relativo a los factores de riesgo asociados a la presencia de autolesión, nuestra investigación halló como factores de peso, a los antecedentes familiares ($p=0,002$); al maltrato infantil ($p=0,001$); el comportamiento compulsivo ($p=0,001$) y los trastornos depresivos ($p=0,001$). Dicho en otras palabras, todos los aspectos referenciados en la literatura como factores que predisponen a la presencia de comportamiento autolesivo, sin fines suicidas, fueron identificados como predictores para su aparición.

Solamente el desorden alimenticio no mostró relación de peso ($p=0,159$). Pero es que en todos los estudiantes donde no se identificó conducta autolesiva, tampoco hubo presencia de algunos de dichos factores.

En la misma línea, se conoce que el comportamiento autolesivo está asociado con otros trastornos mentales, como el trastorno de personalidad límite, depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos alimentarios (43). En nuestra investigación no se hizo un análisis pormenorizado de cada tipo de trastorno psiquiátrico, sin embargo, su sola presencia (trastornos psiquiátricos de manera general), fue estadísticamente significativa ($p=0,001$).

Dichos trastornos también se relacionaron de manera significativa con la conducta autolesiva en investigaciones como la de Nearchou et al. (44), en especial la presencia de trastornos depresivos ($p<0,002$). En esta investigación en particular, dos factores fueron definidos como predictores para la autolesión: resiliencia personal y del cuidador. Ambos predictores, disminuyeron la probabilidad de que un joven se autolesione sin intención suicida (OR=0,93 para resiliencia personal y OR = 0,79 para resiliencia del cuidador).

Similares hallazgos también se pueden encontrar en Hua et al.(45), en dónde conducta autolesiva estuvo asociada a la presencia de depresión, que a su vez, fue hallada en universitarios que alegaron pocas horas de sueño, como principal condicionante (OR= 2.59) al igual que la presencia de insomnio (OR=4,64). En Kim et al.(46) también se halló relación estadísticamente significativa con los trastornos psiquiátricos, en especial la depresión ($p=0,001$), acompañado del alcoholismo ($p=0.163$). Mientras que Hamdan et al.(41), encontró relaciones estadísticamente significativa solo para presencia de ansiedad ($p=0.001$).

El maltrato infantil también fue otro factor analizado, que en nuestra investigación mostró valores de OR nulos, pues en ninguno de los casos que no presentaron conducta autolesiva, tampoco hubo antecedentes de dicho factor de riesgo. Investigaciones como la de McEvoy et al.(47), mostraron Odds ratio cuyos valores oscilaban entre 1.5 y 2 en casi todos los estudios analizados en dicho meta-análisis, el cual abarcó diferentes países europeos.

Limitaciones

La falta de factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva, en parte de la muestra que no mostró este tipo de conducta, pudo de cierta manera, condicionar el estudio.

Capítulo VII

7. Conclusiones, recomendaciones y bibliografía

7.1 Conclusiones

- La muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres y por personas en edades comprendidas entre los 22 y 25 años. Cuya mayoría son solteros(as), no tenían relación sentimental al momento de la encuesta, que además convivían con sus padres y practicantes al menos de una religión.
- La inmensa mayoría argumentó no haber incurrido en autolesión, pero aquellos que sí incurrieron, por lo general, solían repetir los incidentes autolesivos más de una vez.
- Los cortes de piel, las sobredosis y envenenamiento fueron los mecanismos más utilizados.
- El factor de riesgo más frecuente fue tener antecedentes familiares de conducta autolesiva.
- Los factores de riesgo más relacionados con desarrollar conducta autoestima fueron: los antecedentes familiares, tener trastornos psiquiátricos y la presencia de maltrato infantil.
- Con relación al quinto objetivo específico, no se puede concluir porque no existieron casos suficientes para el análisis.

7.2 Recomendaciones

- Se recomienda la realización de más estudios sobre la temática, en especial a nivel universitario y/o en grupo poblacionales similares.
- Se aconseja también la realización de más estudios con similares instrumentos para medir conducta autolesiva, en otras facultades y en otras universidades, a nivel regional y nacional.
- Se recomienda, además, que los casos detectados por conducta autolesiva, sean atendidos por entidades universitarias, en este caso, el organismo Bienestar Universitario, con el fin de ofrecer apoyo y/o tratamiento, en caso de necesitarlo.

Referencias

1. Cruz NCD la. Autolesiones no suicidas y variables sociodemográficas en adolescentes limeños. *Av En Psicol.* 16 de junio de 2021;29(1):59-77.
2. Pompili M, Goracci A, Giordano G, Erbutto D, Girardi P, Klonsky ED, et al. Relationship of non-suicidal self-injury and suicide attempt: a psychopathological perspective.
3. Wilkinson PO, Qiu T, Jesmont C, Neufeld SAS, Kaur SP, Jones PB, et al. Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress. *J Affect Disord.* junio de 2022;306:240-5.
4. Voss C, Hoyer J, Venz J, Pieper L, Beesdo-Baum K. Non-suicidal self-injury and its co-occurrence with suicidal behavior: An epidemiological-study among adolescents and young adults. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;142(6):496-508.
5. Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffé S, Kestel D. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública [Internet].* 2018 [citado 15 de julio de 2023];42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49163>
6. Kiekens G, Hasking P, Claes L, Boyes M, Mortier P, Auerbach RP, et al. Predicting the incidence of non-suicidal self-injury in college students. *Eur Psychiatry.* junio de 2019;59:44-51.
7. Una de cada 100 muertes es por suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio>
8. Poudel A, Lamichhane A, Magar KR, Khanal GP. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry.* 9 de febrero de 2022;22(1):96.
9. Daukantaitė D, Lundh LG, Wångby-Lundh M, Claréus B, Bjärehed J, Zhou Y, et al. What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* marzo de 2021;30(3):475-92.
10. Muehlenkamp JJ, Xhunga N, Brausch AM. Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Arch Suicide Res.* 2 de octubre de 2019;23(4):551-63.
11. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017.
12. Ospina Gutiérrez ML, Ulloa Rodríguez MF, Ruiz Moreno LM. Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Med Fam SEMERGEN.* 1 de noviembre de 2019;45(8):546-51.
13. Wang YJ, Li X, Ng CH, Xu DW, Hu S, Yuan TF. Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *eClinicalMedicine [Internet].* abril de 2022 [citado 19 de julio de 2023];46:101350. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537022000803>
14. McMahon EM, Hemming L, Robinson J, Griffin E. Editorial: Suicide and self harm in young people. *Front Psychiatry [Internet].* 10 de enero de 2023 [citado 19 de julio de 2023];

- 2023];13:1120396. Disponible en:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.1120396/full>
15. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 19 de noviembre de 2019;16(22):4581.
 16. Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, et al. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Esp Psiquiatr*. julio de 2018;46(4):146-55.
 17. Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, et al. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Esp Psiquiatr*. julio de 2018;46(4):146-55.
 18. Faura-García J, Calvete Zumalde E, Orue Sola I, Faura-García J, Calvete Zumalde E, Orue Sola I. Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles Psicólogo*. diciembre de 2021;42(3):207-14.
 19. Zhang L, Zhang D, Fang J, Wan Y, Tao F, Sun Y. Assessment of Mental Health of Chinese Primary School Students Before and After School Closing and Opening During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open [Internet]*. 11 de septiembre de 2020 [citado 19 de julio de 2023];3(9):e2021482. Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770489>
 20. Danielsen S, Joensen A, Andersen PK, Madsen T, Strandberg-Larsen K. Self-injury, suicidality and eating disorder symptoms in young adults following COVID-19 lockdowns in Denmark. *Nat Hum Behav [Internet]*. 19 de enero de 2023 [citado 19 de julio de 2023];7(3):411-9. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41562-022-01511-7>
 21. Vilchez J. Validación en Población Ecuatoriana de una Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida Basada en el DSM-5. *Rev Iberoam Diagnóstico Eval - E Aval Psicológica [Internet]*. 2019 [citado 15 de julio de 2023];2(51). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/4596/459661106013/>
 22. Reinoso-Brito JM, Quito-Calle JV. Autolesiones sin intención suicida presente en adolescentes. *Kill Salud Bienestar*. 1 de agosto de 2019;3(2):7-12.
 23. Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med Off Organ Wroclaw Med Univ*. febrero de 2018;27(2):257-61.
 24. del Rosario Flores-Soto M, Cancino-Marentes ME, Figueroa Varela M del R, del Rosario Flores-Soto M, Cancino-Marentes ME, Figueroa Varela M del R. Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Rev Cuba Salud Pública*. diciembre de 2018;44(4):200-16.
 25. Yang J, Chen Y, Yao G, Wang Z, Fu X, Tian Y, et al. Key factors selection on adolescents with non-suicidal self-injury: A support vector machine based approach. *Front Public Health [Internet]*. 10 de noviembre de 2022 [citado 19 de julio de 2023];10:1049069. Disponible en:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.1049069/full>

26. Ospina Gutiérrez ML, Ulloa Rodríguez MF, Ruiz Moreno LM. Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Med Fam SEMERGEN* [Internet]. noviembre de 2019 [citado 18 de julio de 2023];45(8):546-51. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359319300784>
27. Ernst M, Brähler E, Kampling H, Kruse J, Fegert JM, Plener PL, et al. Is the end in the beginning? Child maltreatment increases the risk of non-suicidal self-injury and suicide attempts through impaired personality functioning. *Child Abuse Negl* [Internet]. noviembre de 2022 [citado 19 de julio de 2023];133:105870. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213422004045>
28. Steine IM, Nielsen B, Porter PA, Krystal JH, Winje D, Grønli J, et al. Predictors and correlates of lifetime and persistent non-suicidal self-injury and suicide attempts among adult survivors of childhood sexual abuse. *Eur J Psychotraumatology* [Internet]. 31 de diciembre de 2020 [citado 19 de julio de 2023];11(1):1815282. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2020.1815282>
29. Hamada S, Kaneko H, Ogura M, Yamawaki A, Maezono J, Sillanmäki L, et al. Association between bullying behavior, perceived school safety, and self-cutting: a Japanese population-based school survey. *Child Adolesc Ment Health* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 19 de julio de 2023];23(3):141-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12200>
30. Heerde JA, Hemphill SA. Are Bullying Perpetration and Victimization Associated with Adolescent Deliberate Self-Harm? A Meta-Analysis. *Arch Suicide Res* [Internet]. 3 de julio de 2019 [citado 19 de julio de 2023];23(3):353-81. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2018.1472690>
31. Bose KS, Sarma RH. Delineation of the intimate details of the backbone conformation of pyridine nucleotide coenzymes in aqueous solution. *Biochem Biophys Res Commun*. 27 de octubre de 1975;66(4):1173-9.
32. Ose SO, Tveit T, Mehlum L. Non-suicidal self-injury (NSSI) in adult psychiatric outpatients – A nationwide study. *J Psychiatr Res* [Internet]. enero de 2021 [citado 19 de julio de 2023];133:1-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395620310906>
33. Obando D, Trujillo Á, Prada M. Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Rev Psicopatología Psicol Clínica* [Internet]. 5 de febrero de 2019 [citado 19 de julio de 2023];23(3):189. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/21278>
34. Bishop MD, Mallory AB, Russell ST. Sexual minority identity development: Latent profiles of developmental milestones in a national probability sample. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* [Internet]. 5 de mayo de 2022 [citado 19 de julio de 2023]; Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/sgd0000569>
35. Huaman A. Relación entre estrategias de afrontamiento y conductas autolesivas en adolescentes de nivel secundario de S.J.L, Lima 2019 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Cesar Vallejo.; 2020. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60382/Huaman_HA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

36. Nearchou F. Self-harm in Young People: Investigating the Role of Resilience and Posttraumatic Stress Related to the COVID-19 Pandemic. *J Child Adolesc Trauma* [Internet]. 28 de diciembre de 2022 [citado 19 de julio de 2023]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s40653-022-00511-z>
37. Hua Y, Xue H, Zhang X, Fan L, Tian Y, Wang X, et al. Joint Contributions of Depression and Insufficient Sleep to Self-Harm Behaviors in Chinese College Students: A Population-Based Study in Jiangsu, China. *Brain Sci* [Internet]. 6 de mayo de 2023 [citado 27 de octubre de 2023];13(5):769. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3425/13/5/769>
38. Klonoff-Cohen H. College Students' Opinions About Coping Strategies for Mental Health Problems, Suicide Ideation, and Self-Harm During COVID-19. *Front Psychol* [Internet]. 6 de julio de 2022 [citado 27 de octubre de 2023];13:918891. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.918891/full>
39. Kim IH, Jeong YW, Park HK. Korean University Students' Problematic Alcohol use, Depression, and Non-Suicidal Self-Injury During COVID-19 Lockdown. *Chronic Stress* [Internet]. enero de 2021 [citado 27 de octubre de 2023];5:247054702110530. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/24705470211053042>
40. Chen Z, Li J, Liu J, Liu X. Adverse childhood experiences, recent negative life events, and non-suicidal self-injury among Chinese college students: the protective role of self-efficacy. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 3 de diciembre de 2022 [citado 27 de octubre de 2023];16(1):97. Disponible en: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-022-00535-1>
41. Hamdan-Mansour AM, Alzayyat AA, Hamaideh SH, Rafaiah MQB, Al Jammal OL, Hamdan-Mansour LA. Predictors of Deliberate Self-harm Among University Students. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. octubre de 2022 [citado 27 de octubre de 2023];20(5):2993-3005. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s11469-021-00561-8>
42. Cliffe B, Stallard P. University students' experiences and perceptions of interventions for self-harm. *J Youth Stud* [Internet]. 28 de mayo de 2023 [citado 28 de octubre de 2023];26(5):637-51. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13676261.2022.2033187>
43. da Silva Bandeira BE, dos Santos Júnior A, Dalgarrondo P, de Azevedo RCS, Celeri EHVR. Nonsuicidal self-injury in undergraduate students: a cross-sectional study and association with suicidal behavior. *Psychiatry Res* [Internet]. diciembre de 2022 [citado 27 de octubre de 2023];318:114917. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016517812200508X>
44. Nearchou F. Self-harm in Young People: Investigating the Role of Resilience and Posttraumatic Stress Related to the COVID-19 Pandemic. *J Child Adolesc Trauma* [Internet]. 28 de diciembre de 2022 [citado 19 de julio de 2023]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s40653-022-00511-z>
45. Hua Y, Xue H, Zhang X, Fan L, Tian Y, Wang X, et al. Joint Contributions of Depression and Insufficient Sleep to Self-Harm Behaviors in Chinese College Students: A Population-Based Study in Jiangsu, China. *Brain Sci* [Internet]. 6 de mayo de 2023 [citado 11 de enero de 2024];13(5):769. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3425/13/5/769>

46. Kim IH, Jeong YW, Park HK. Korean University Students' Problematic Alcohol use, Depression, and Non-Suicidal Self-Injury During COVID-19 Lockdown. *Chronic Stress* [Internet]. enero de 2021 [citado 11 de enero de 2024];5:247054702110530. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/24705470211053042>
47. McEvoy D, Brannigan R, Cooke L, Butler E, Walsh C, Arensman E, et al. Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: An umbrella review of systematic reviews. *J Psychiatr Res* [Internet]. diciembre de 2023 [citado 11 de enero de 2024];168:353-80. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395623004557>

Anexos

Anexo A. Operacionalización de variables

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Escala |
|--------------------|--|-----------|---------------------|------------------------|
| Edad | Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la cirugía. | Tiempo | Años | Numérica |
| Sexo | Conjunto de peculiaridades anatómicas y cromosómicas que caracterizan a los individuos de una especie. | Fenotipo | Sexo | Cualitativa dicotómica |
| Estado civil | Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones. | Civil | Cédula de identidad | Cualitativa politómica |
| Relación de pareja | Es un vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas. Dentro de lo que se entiende por relación de pareja aparecen el noviazgo, el concubinato y el matrimonio. Una relación de pareja puede estar formada por un hombre y | Social | Nominal | Cualitativa dicotómica |

| | | | | |
|---|--|-------------|---|------------------------|
| | una mujer, por dos hombres o por dos mujeres. | | | |
| Vive con | Habitar en un mismo lugar | Social | Nominal | Cualitativa politómica |
| Religión | Prácticas religiosas de cualquier índole, de forma activa. | Espiritual | Nominal | Cualitativa dicotómica |
| Factores de riesgo | Elementos que predisponen a la presencia de conducta autolesiva | Patológicas | Encuesta | Cualitativa |
| Conducta autolesiva sin intención suicida | La conducta autolesiva es un daño intencional en el tejido corporal sin intención suicida, y usualmente se realiza en busca de una reparación inmediata de la angustia psíquica. | Psicológica | Cuestionario de Autolesionismo (Self Harm Questionnaire; SHQ) | Cualitativa |

Anexo B. Formulario de consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: ***Frecuencia de conducta autolesiva sin intención suicida en estudiantes de la carrera de medicina de noveno y décimo ciclo de la Universidad de Cuenca período académico marzo-agosto 2023. Cuenca, 2023.***

Datos del equipo de investigación:

| | Nombres completos | # de cédula | Institución a la que pertenece |
|----------------------|--------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Primer investigador | María José Romero Ochoa | 0706297686 | Universidad de Cuenca |
| Segundo investigador | - | - | - |

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el año 2022, titulado como "*Frecuencia de conducta autolesiva sin intención suicida en estudiantes de la carrera de medicina de noveno y décimo ciclo de la Universidad de Cuenca período académico marzo-agosto 2023. Cuenca, 2023*". En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

El presente estudio se enfocará en la autolesión no suicida, comportamiento que se define como un daño físico deliberado, sin intención de una culminación letal con el fin de disminuir la angustia. Existen varios factores que influyen en esta conducta, como el acoso escolar, las agresiones sexuales, el ambiente familiar, etc. También existen grupos poblacionales en donde esta conducta es más frecuente, como en adolescentes y en jóvenes adultos.

Estudios internacionales muestran que los estudiantes universitarios tienen más posibilidad de desarrollar una conducta autolesiva, y debido a la falta de estudios relacionados a este tema y grupo de estudio, se han seleccionado a estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, que estén cursando el noveno y décimo ciclo en el período académico comprendido entre marzo-agosto 2023, de manera regular la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca.

Objetivo del estudio

En este estudio se busca determinar la frecuencia de la conducta autolesiva no suicida en estudiantes de Medicina, de noveno y décimo ciclo a través de la aplicación del cuestionario de Autolesionismo (Self Harm Questionnaire; SHQ), también se plantea describir esta conducta según las características sociodemográficas y factores de riesgo de la población en estudio.

Descripción de los procedimientos

Se aplicará el cuestionario de Autolesionismo, que consta de 15 preguntas y a esto se sumarán 7 preguntas sobre características sociodemográficas y factores de riesgo. El tiempo que le tomará llenar el cuestionario será de aproximadamente 10 minutos o menos. Se incluye a los estudiantes que se encuentren cursando el noveno y décimo ciclo de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca.

Riesgos y beneficios

Beneficios: No existe un beneficio directo por su participación en este estudio, pero al final de esta investigación la información obtenida incrementará el conocimiento sobre la conducta autolesiva no suicida.

Riesgos del Estudio: Debido a la índole del estudio y a las preguntas del cuestionario puede existir una afectación emocional por parte de los participantes.

Otras opciones si no participa en el estudio

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libertad de decidir si desea o no contestar las preguntas, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Además, usted puede retirarse del estudio en el momento que desee.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono **0985863343** que pertenece a **María José Romero Ochoa** o envíe un correo electrónico a **mariaj.romeroo@ucuenca.edu.ec**

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

| | | |
|--|----------------------------|-------|
| Nombres completos del/a participante | Firma del/a participante | Fecha |
| Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i> | Firma del testigo | Fecha |
| Nombres completos del/a investigador/a | Firma del/a investigador/a | Fecha |

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Manuel Ismael Morocho Malla, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: ismael.morocho@ucuenca.edu.ec

Anexo C. Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA

FRECUENCIA DE CONDUCTA AUTOLESIVA SIN INTENCIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, PERÍODO ACADÉMICO MARZO-AGOSTO 2023. CUENCA, 2023.

Instructivo:

- Leer el consentimiento firmado y firmar si está de acuerdo con participar, previo a completar este formulario.
- Completar con la información requerida y marcar la respuesta según corresponda.

1. Edad: _____ años
2. Sexo: Hombre _____ Mujer _____
3. Estado civil:
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Viudo
 - d. Unión libre
4. ¿Se encuentra actualmente en una relación de pareja?
 - a. Si
 - b. No
5. Vive con:
 - a. Padres
 - b. Abuelos
 - c. Solo
 - d. Otros
6. Practica religión
 - a. Si
 - b. No
7. Presencia de factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva
 - a. maltrato infantil
 - b. desorden alimenticio
 - c. antecedentes familiares
 - d. Bullying
 - e. trastornos psiquiátricos
 - f. comportamientos compulsivos
 - g. otros

Anexo D. Cuestionario de Autolesionismo (Self Harm Questionnaire; SHQ)

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

- No
- Sí, una vez
- Sí, dos, tres o cuatro veces
- Sí, cinco o más veces

Pregunta 2. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte?

- No
- Sí, una vez
- Sí, dos, tres o cuatro veces
- Sí, cinco o más veces

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

- No
- Sí, una vez
- Sí, dos, tres o cuatro veces
- Sí, cinco o más veces

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

Pregunta 4. ¿Cuándo te lastimaste por última vez?

- En las últimas 24 hrs.
- En la última semana
- En el último mes
- En el último año
- Hace más de un año

Pregunta 5. ¿Cuándo te lastimaste por última vez, tú...?

- Te cortaste la piel
- Tuviste una sobredosis o tomaste veneno
- Ambos, te cortaste la piel y tuviste una sobredosis o tomaste un veneno
- Hiciste algo más

Pregunta 6. Cuando te lastimaste por última vez, ¿qué hizo que pensaras en lastimarte?

- Problemas familiares
- Problemas con tu novio(a)
- Problemas con la policía
- Problemas escolares
- Problemas de salud
- Problemas con el alcohol
- Problemas con alguna droga
- Algún otro (Especifique): _____

Pregunta 7. ¿Qué sentimientos experimentaste antes de lastimarte?

- Enojo
- Tristeza
- Preocupación
- Excitación
- Desorientación
- Tensión
- Vergüenza
- Miedo
- Algún otro (Especifique): _____

Pregunta 8. ¿Qué sentimientos experimentaste después de lastimarte?

- Enojo
- Tristeza
- Preocupación
- Excitación
- Desorientación
- Tensión
- Vergüenza
- Miedo
- Alivio
- Algún otro (Especifique): _____

Pregunta 9. ¿Después de lastimarte, tú...?

- Te sentiste mejor
- Te sentiste peor
- Te sentiste igual

Pregunta 10. Cuando te lastimaste por última vez, ¿tú querías...?

- Morirte
- Autocastigarte
- Mostrarle a alguien más cómo te sentías
- Dejar de sentirte mal
- Evitar hacer algo más
- Sentirte mejor
- Conseguir que otros hicieran algo
- Conseguir detener a otros de hacer algo

Algo más (Especifique): _____

Pregunta 11. Cuando te lastimaste por última vez, ¿ingeriste...?

- Drogas y alcohol
- Drogas
- Alcohol
- Ninguno

Pregunta 12. Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello?

- Meses
- Semanas
- Días
- Minutos
- Segundos

Pregunta 13. Antes de lastimarte por última vez, ¿hiciste algún plan acerca de cómo lo ibas a realizar?

- No
- Sí, parcialmente
- Sí, detalladamente

Pregunta 14. Antes de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien acerca de tu intención?

- A nadie
- A alguien a quien conocía

Especifica a quien: _____

¿Cómo se lo hiciste saber?: _____

- Alguien a quien no conocía

¿Cómo se lo hiciste saber?: _____

Pregunta 15. Después de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien sobre lo que habías hecho?

- A nadie
- A alguien a quien conocía

Especifica a quién: _____

¿Cómo se lo hiciste saber?: _____

- Alguien a quien no conocía

¿Cómo se lo hiciste saber?: _____