

Validación en Población Ecuatoriana de una Cédula de Autolesiones sin Intención Suicida Basada en el DSM-5

Validation in Ecuadorian Population of a Self-injury Questionnaire Without Suicide - Intention Based on the DSM-5

Jose L. Vilchez¹

Resumen

Las conductas autolesivas han sido relacionadas con diversos síndromes de ansiedad, depresión, intento de suicidio y suicidio consumado, acoso escolar y abuso físico y/o sexual. De igual modo, también se ha relacionado esta sintomatología con síndromes que necesariamente no conllevan un intento de suicidio como son el uso y abuso de sustancias, el autismo o la esquizofrenia. En este sentido, estas conductas autolesivas han sido planteadas como con causa de necesidad afectiva o llamada de atención. El presente trabajo valida una herramienta para el diagnóstico y posterior tratamiento de estas autolesiones sin intención suicida. Los datos arrojan que existen dos sub-dimensiones de la autolesión: Autolesión por encima de la piel y Autolesión por debajo de la piel. Existen igualmente diferencias de género entre hombres y mujeres tanto en el tipo de autolesión como en el nivel de la misma.

Palabras clave: autolesión, autolesión sin intención suicida, validación, diagnóstico

Abstract

Self-injury behaviors have been related to different syndromes of anxiety, depression, attempted suicide and consummate suicide, bullying, and physical and/or sexual abuse. Similarly, this symptomatology has also been linked to syndromes that do not necessarily lead to an attempted suicide such as substance use and abuse, autism or schizophrenia. In this sense, these self-injury behaviors have been related to affective or attention need. The present study validates a questionnaire for the diagnosis, and subsequent treatment, of these self-injuries without suicidal intent. The results show that there are two sub-dimensions of self-injury: Self-injury above the skin and Self-injury below the skin. There are also gender differences between men and women in both the type of self-harm and in the level of it.

Keywords: self-injury, self-harm without suicide intention, validation, diagnosis

¹ Licenciado en Psicología. Master Universitario en Neurociencia Cognitiva y del Comportamiento. PhD en Psicología Experimental y Neurociencias del Comportamiento. Universidad de Cuenca. Profesor Titular Agregado. Tel.: +84934757173. Correo: vilchez.tornero@tdt.edu.vn. Ton Duc Thang University

Correspondencia: Jose Luis Vilchez, ¹Department for Management of Science and Technology Development, Ton Duc Thang University. ²Faculty of Applied Sciences, Ton Duc Thang University. Correo: vilchez.tornero@tdt.edu.vn

Introducción

Los síndromes son definidos como un “estado patológico asociado a una serie de síntomas simultáneos” (Jablonski, 1995, p. 30). Las autolesiones han sido definidas en la bibliografía como un síndrome de actos autodirigidos cuyo objetivo es causar daño corporal de baja letalidad con el fin de disminuir el estrés (Walsh, 2005). Los síntomas más comunes de autolesión son: cortes, golpes y quemaduras (MacAniff & Kiselica, 2001). Otras formas de autolesión giran en torno a la inserción de objetos bajo la piel, rascarse en exceso, morderse, arrancarse el cabello o la ingesta de cuerpos o líquidos extraños. La prevalencia de este síndrome oscila entre el 13 y el 23.2% de la población general (Jacobson & Gould, 2007). Los motivos de estas conductas autolesivas se han relacionado con el control de impulsos (Claes et al., 2011) o la llamada de atención de otros (Scoliers et al., 2009). Las autolesiones han sido relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad, sentimientos de desesperanza, impulsividad, eventos estresantes, trastorno límitrofe de la personalidad, uso y abuso de sustancias, autismo, esquizofrenia, intento de suicidio y suicidio consumado, acoso escolar y abuso físico y/o sexual (Isohookana, Riala, Hakko, & Räsänen, 2013; Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez Maqueo, & Forns, 2012).

Las conductas autolesivas no deben entenderse como inexorablemente asociadas a las ideas o intenciones suicidas. El incremento de pacientes sin esta comorbilidad requiere la necesidad de distinguir los intentos de suicidio de las autolesiones sin intención de suicidio (Kumar, Pepe, & Steer, 2004). Las autolesiones sin intención suicida se definen como la destrucción intencional de tejido que el individuo realiza en su propia piel o cualquier otra parte de su cuerpo sin la intención de morir (American Psychiatric Association [Asociación Americana de Psiquiatría]; APA, 2013). Las mujeres presentan mayor nivel de autolesión sin intención suicida que los hombres (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

En este sentido, el presente estudio supone la validación de un cuestionario que mide las conductas autolesivas sin intención suicida. El objetivo es disponer de una herramienta eficaz

para detectar y evaluar este tipo de síndrome, mejorar con ello el diagnóstico diferencial y, de esta manera, poder optimizar el abordaje terapéutico. De manera colateral, se comprobará si hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en el nivel de autolesión sin intención suicida, como se ha encontrado en la literatura (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

Método

Participantes

Se empleó una técnica no-probabilística incidental (Cohen & Manion, 1990) para el muestreo de la población objeto de estudio. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2010 de la República del Ecuador (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2010), existe un universo de 6424177 ciudadanos con edades comprendidas entre los 15 y los 39 años. De este universo, se extrajo una muestra de 1252 estudiantes universitarios ($n=551$ hombres, $n=701$ mujeres) con un mínimo de edad de 18 años y un máximo de 37 años ($M = 21.86$ años, $DE = 3.16$ años). Con una fiabilidad del 95%, la muestra seleccionada asume un margen de error del 2.8% en su representatividad del universo total (Buendía Eisman, 2001). La población seleccionada era residente de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador.

El nivel de lectoescritura es cualitativamente superior en esta muestra universitaria seleccionada que en el universo total, según la franja de edad objetivo. Por tanto, existe un sesgo inherente en la extrapolación de los datos al universo de referencia. De todos modos, dado que justamente esta herramienta es una herramienta de papel y lápiz, el sector poblacional del universo de referencia (cuyo nivel de lectoescritura no les permitiese realizar el cuestionario) no podría hacer uso de la herramienta.

Materiales y procedimiento

El instrumento validado fue la Cédula de Autolesiones de Albores-Gallo et al (2014), basada en los criterios *descriptivos* del DSM-5 (“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*” [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5^a ed.];

APA, 2013) sobre autolesiones sin intención suicida. El instrumento aplicado consta de 12 reactivos (ver Anexo 1) con escala de respuesta de tipo Likert, cuyos valores se comprenden entre 1 (*nunca*) hasta 5 (*siempre*). Este instrumento no contiene índices de fiabilidad ni para la población mejicana objeto de estudio inicial ni para ninguna otra población hispanohablante o de cualquier otro idioma.

Procedimiento

A los participantes se les pasó el cuestionario durante horas lectivas dentro de su jornada académica en sus respectivas carreras, al ser todos ellos estudiantes universitarios. Se utilizaron dos Universidades de la Ciudad de Cuenca, Ecuador, para localizar a los participantes y pasar el cuestionario. Los sujetos no recibieron ningún incentivo por su participación en el estudio y se obtuvo su consentimiento informado para la participación en el mismo.

Análisis de datos

El ajuste de la solución fue evaluado por medio del índice de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (Barrera Guzmán y Flores Galaz, 2015). Se realizó un análisis de ítems por medio del método de extracción de componentes principales, forzados a dos factores, con rotación varimax. El filtrado de ítems se realizó tomando como criterio de exclusión un peso mínimo factorial en cualquiera de las posibles dimensiones del cuestionario de, al menos, .30. Posteriormente se realizó un alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad del instrumento global y para cada una de las sub-dimensiones que arrojó el análisis factorial.

Tanto para la puntuación total del cuestionario como para sus sub-dimensiones, se comprobó la normalidad de la distribución de las poblaciones de datos por medio del estadístico Kolmogorov-Smirnov. Una vez comprobada la normalidad, se realizó una *F* de Levene para comprobar la homogeneidad de las varianzas para las muestras de hombres y mujeres. El fin de la comprobación de estos supuestos estadísticos era realizar comparaciones entre géneros con respecto tanto al nivel total de autolesión como a los niveles en sus sub-dimensiones. Cumpliéndose el criterio de

normalidad, se pudo aplicar una *t* de Student para el contraste de diferencias significativas entre ambas muestras para una sub-dimensión. Tanto para la otra sub-dimensión del cuestionario como para la puntuación total del mismo, al no cumplirse el criterio de homogeneidad de las varianzas, se aplicó la versión de *t* de Student para este caso.

Resultados

Análisis factorial

El índice de adecuación muestral, $KMO=.874$, y el de esfericidad de Bartlett, $c2(66)=4216.36$, $p<.001$, se encontraron entre los parámetros aceptables para habilitar un análisis factorial. En este sentido, el análisis exploratorio de extracción de componentes principales con rotación varimax desveló dos sub-dimensiones del cuestionario. La primera dimensión (*Autolesión por debajo de la piel*) explica el 25.21% de la varianza, mientras que la segunda dimensión (*Autolesión por encima de la piel*) explica un 22.25%. El total de varianza explicada por ambas dimensiones se sitúa en el 47.46%. Los ítems que corresponden a la dimensión *Autolesión por debajo de la piel* son: ítem 1, 2, 5, 8 y 12 (ver Tabla 1). Por el contrario, los ítems pertenecientes a la dimensión *Autolesión por encima de la piel* son: ítem 3, 4, 6, 7, 9, 10 y 11.

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio (componentes principales) con rotación varimax con Kaiser

Ítem	Factores	
	Autolesión por debajo de la piel	Autolesión por encima de la piel
Ítem 5	.847	
Ítem 1	.847	
Ítem 2	.715	
Ítem 12	.534	
Ítem 8	.474	
Ítem 7		.657
Ítem 10		.647
Ítem 9		.610
Ítem 6		.561
Ítem 11		.553
Ítem 3		.527
Ítem 4		.483

Nota. Las cargas inferiores a .30 fueron suprimidas de la Tabla.

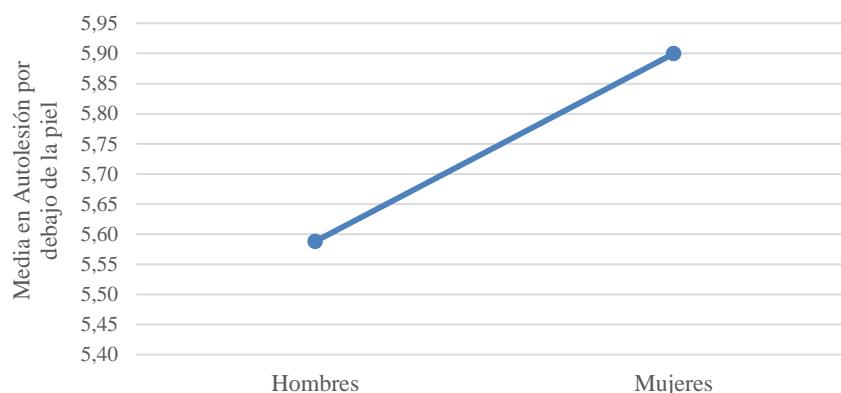


Figura 1. Comparación entre hombres y mujeres en sus puntuaciones en *Autolesión por debajo de la piel*

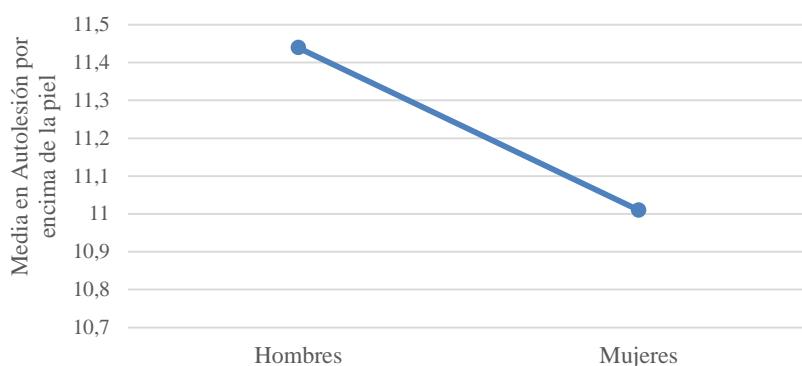


Figura 2. Comparación entre hombres y mujeres en sus puntuaciones en *Autolesión por encima de la piel*

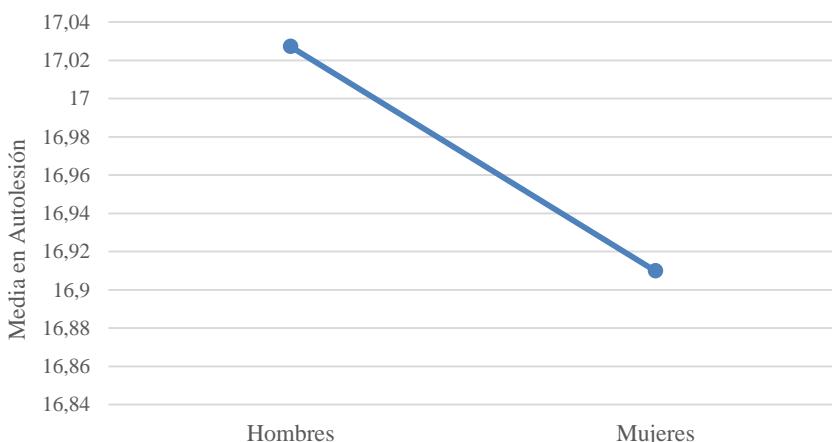


Figura 3. Comparación entre hombres y mujeres en sus puntuaciones totales en Autolesión

Fiabilidad

Los alfas de Cronbach, para la población total de ítems de autolesión y para cada una de las poblaciones de sus sub-dimensiones, están dentro de los parámetros aceptables. El alfa total para el cuestionario es alto, $\alpha=.84$. Para las sub-dimensiones de *Autolesión por debajo de la piel*, $\alpha=.78$, y de *Autolesión por encima de la piel*, $\alpha=.76$, la fiabilidad es moderada.

Comparación por géneros

Las distribuciones de datos para la puntuación total del cuestionario, $Z(1,089)=4.85$, $p<.001$, la sub-dimensión *Autolesión por debajo de la piel*, $Z(1,089)=7.64$, $p<.001$, y la sub-dimensión *Autolesión por encima de la piel*, $Z(1,089)=2.45$, $p<.001$, siguen una distribución normal. Sólo para la primera dimensión de *Autolesión por debajo de la piel*, las varianzas de la distribución de datos para hombres y mujeres es homogénea,

$F(1,087)=6.27, p<.013$. Tanto para la segunda dimensión de *Autolesión por encima de la piel*, $F(1,087)=.61, p=.434$, como para la puntuación total del cuestionario, $F(1,087)=.85, p=.358$, las varianzas en la distribución de puntuaciones para hombres y mujeres no son homogéneas. Existe un significativo, $t(1,087)=18.44, p<.001$, mayor nivel de conductas autolesivas por debajo de la piel en mujeres ($M=5.9, DS=2.84$) con respecto a los hombres ($M=5.59, DS=2.35$; ver Figura 1). En relación a las conductas autolesivas por encima de la piel, existe un significativo, $t(241, 982)=4.05, p<.001$, mayor nivel en hombres ($M=11.44, DS=4.03$) con respecto a las mujeres ($M=11.02, DS=3.91$; ver Figura 2). En el caso de las conductas autolesivas en general (ver Figura 3), se repite el patrón de un significativo, $t(239, 557)=9.11, p<.001$, mayor nivel de conductas autolesivas en hombres ($M=17.03, DS=5.78$) con respecto a las mujeres ($M=16.91, DS=6.04$).

Discusión

Se ha validado una herramienta que ayudará a los terapeutas a detectar en mayor medida y con mayor eficacia las conductas autolesivas que tengan como un objetivo, no una intención suicida sino, más relacionado con necesidades afectivas o de atención (Claes et al., 2011; Scoliers et al., 2009). En el Psicodiagnóstico, es esencial disponer de herramientas válidas que permitan al profesional clarificar la dirección de la terapia y encaminar de la mejor manera el proceso terapéutico.

Basado en los criterios del DSM-5 (APA, 2013), el contenido psicológico del cuestionario ha sido certificado en los análisis estadísticos. La población de ítems gira en torno a la Autolesión como medio de obtención de ciertos reforzadores psicológicos. En este sentido, aunque la fiabilidad del instrumento es alta, se ha desvelado la existencia de dos subtipos de formas de autolesión. En primer lugar, la mente parece dibujar una barrera psicológica en la piel, a modo de “nota mental” (en términos de Vilchez, 2016). El comportamiento estadístico de los ítems marca que, para los individuos, existe una diferencia psicológica entre lo que se introduce dentro de la piel y lo que daña sobresaliendo de ella.

En esta línea, todos los ítems de la segunda dimensión (*Autolesión por encima de la piel*; ítems: 3, 4, 6, 7, 9, 10 y 11) implican arrancar piel, uñas o pelo, pellizcar, rascar o morder, todo ello, por encima de la piel. La primera dimensión (*Autolesión por debajo de la piel*; ítems: 1, 2, 5, 8 y 12), en cambio, implica introducir de alguna manera algo en el cuerpo, atravesando (o intentando atravesar con golpes) la piel con ácido, frotando objetos o con objeto punzante. La fiabilidad para estas dos dimensiones es moderadamente buena y habilita para evaluar cualquiera de estas dos dimensiones por separado.

Con respecto a la comparación de géneros, destaca la diferencia entre el tipo de autolesión utilizada por hombres y mujeres. En este sentido, existe un mayor nivel de *Autolesión por debajo de la piel* utilizando objetos en mujeres con respecto a los hombres. Las mujeres, en cambio, tienen mayores niveles de autolesión en general y, de entre los tipos de autolesión, destaca significativamente el medio de arrancarse piel, pelo u uñas, pellizcándose o mordiendo (*Autolesión por encima de la piel*). Este dato contrasta con trabajos anteriores que encontraron mayor prevalencia de conductas autolesivas sin intención suicida en mujeres con respecto a los hombres (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

Futuras investigaciones se encaminarán a arrojar más luz sobre las causas de estas diferencias de género. Como hipótesis tentativa, por cuestiones culturales, existe más tradición de las mujeres en cuanto a la depilación de la superficie corporal. Parece lógico pensar que este hecho podría explicar que las mujeres no consideren arrancarse pelo u otras partes del cuerpo como una autolesión y eso provoca que sus niveles en *Autolesión por encima de la piel* no sean tan elevados como en los hombres.

Referencias

- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J. L., Xóchitl-García Luna, A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., & Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de*

- Psiquiatría*, 42(4), 159-168. Recuperado de <https://goo.gl/3g2Djk>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arenas-Landgrave, P., Lucio-Gómez Maqueo, E. L., & Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica – e Avaliação Psicológica*, 33, 51-74. Recuperado de <http://googleshortener.com/g3Tr>
- Barrera Guzmán, M. L., & Flores Galaz, M. M. (2015). Construcción de una escala de salud mental positiva para adultos en población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica – e Avaliação Psicológica*, 39, 22-33. Recuperado de <http://googleshortener.com/v3vd>
- Buendía Eisman, L. (2001). La Investigación por Encuesta. En L. Buendía Eisman et al. (eds.). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía* (pp. 119-155). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Claes, L., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Castro, R., Sánchez, I., Mechón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2011). Male eating disorder patients with and without non-suicidal self-injury: A comparison of psychopathological and personality features. *European Eating Disorders Review*. doi:10.1002/erv.1161
- Cohen, L., & Manion, L. (1990). *Métodos de Investigación Educativa*. Madrid, España: La Muralla.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Quito, Ecuador: INEC. Recuperado de <https://goo.gl/DqDjcy>
- Isohookana, R., Riala, K., Hakko, H., & Räsänen, P. (2013). Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 22, 13-22. doi:10.1007/s00787-012-0311-8
- Jablonski, S. (1995). Síndrome: Un concepto en evolución. *ACIMED*, 3, 30-38. Recuperado de <https://goo.gl/D8N73k>
- Jacobson, C., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147. doi: 10.1080/1381110701247602
- Kumar, G., Pepe, D., & Steer, R. A. (2004). Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 830-836. doi:10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-57. doi:10.1007/s10964-005-7262-z
- MacAniff, L., & Kiselica, M. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling and Development*, 79, 46-52. doi:10.1002/j.15566676.2001.tb01942.x
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Ystgaard, M., Arensman, E. et al. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601-607. doi:10.1007/s00127-008-0469-z
- Vilchez, J. L. (2016). Mental footnotes: Knowledge constructivism from logical thinking to personal beliefs and therapy. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(234), 158-165. doi:10.4081/rippo.2016.234
- Walsh, B. (2005). *Treating self-injury: A practical guide* (3rded.). New York, NY: Guilford Press.

Anexos

CÉDULA DE EVALUACIÓN DE AUTOLESSexo: Hombre Mujer

¿Alguna vez tú mismo te has hecho daño intencionalmente hasta provocar sangrado o dolor de la siguiente manera?:

Tacha con una X la respuesta más cercana a tu realidad				
1. Cortándote la piel				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
2. Frotándote la piel con un objeto				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
3. Introduciéndote un objeto debajo de las uñas				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
4. Pellizcándote la piel				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
5. Utilizando un lápiz, compás, una aguja, cutter (navaja) u otro objeto para realizar marcas en la piel				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
6. Rascándote las cicatrices				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
7. Tirando de la piel que se descama después de una quemadura				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
8. Quemándote la piel con cigarrillos o con sustancias acidas o corrosivas				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
9. Arrancándote el pelo, las pestañas o cejas (no por razones estéticas o cosméticas)				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
10. Arrancándote las uñas				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
11. Mordiéndote a ti mismo				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
12. Pegándote en partes del cuerpo, como en la cabeza, o dándote golpes a ti mismo				
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

Nota: Cuestionario tomado de Albores-Gallo et al (2014).