

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**



TESIS:

Análisis factorial confirmatorio de una cédula diagnóstica de autolesiones

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Leila Marina Martínez Isaac

TUTOR METODOLÓGICO:

Handwritten signature of Dra. Lilia Albores Gallo.

Dra. Lilia Albores Gallo

TUTOR TEÓRICO:

Handwritten signature of Dra. Yassel Flores Rodríguez.

Dra. Yassel Flores Rodríguez

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Leila Marina Martínez Isaac

Correo electrónico: leilamartinezisaac@gmail.com

Nombre del Asesor (a) Metodológico:

Dra. Lilia Albores Gallo

Correo electrónico: liliialbores@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Nombre del Asesor (a) Teórico:

Dra. Yassel Flores Rodríguez

Correo electrónico: avllanafr@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno

RESUMEN

Antecedentes: Los instrumentos diagnósticos utilizados para establecer conductas autolesivas sin intención suicida deben validarse para que se instituyan como artefactos fiables y capaces de evaluarlas a la luz de lo planteado en el DSM-5, que las enuncia como un trastorno que requiere mayor investigación.

Objetivo: Evaluar la validez de constructo de los criterios diagnósticos del DSM-5 para autolesiones sin intención suicida de una cédula diagnóstica de autolesiones en español.

Material y Métodos: La validez de constructo se investigó por medio de un análisis factorial exploratorio (AFE) por el método de análisis componentes principales con rotación Varimax para determinar el número óptimo del instrumento. Además, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) usando los criterios del DSM-5, las variables del instrumento, la prueba de Chi Cuadrado, residual cuadrático medio estandarizado (SRMR), raíz del error cuadrático medio (RMSEA), índice de ajuste no normalizado (TLI) e índice de ajuste comparativo (CFI).

Resultados: Contestaron 401 participantes con un rango de edad de 10 a 14 años. La prevalencia de autolesiones sin intención suicida (ALNS) fue del 11.2 %, siendo mayor en el sexo femenino (7.7 %) con respecto al masculino (3.5 %). En el AFE se consideró que el modelo con mejor ajuste fue el de tres factores constituido por 42 reactivos. En el AFC se probaron dos modelos con los factores inferidos en el AFE y el modelo del DSM-5, que demostró valores con mejor ajuste para este último: CFI = 0.69, TLI = 0.92, SRMR = 0.04 y RMSEA = 0.06.

Conclusiones: La cédula de autolesiones en español (AUTOLES) es un instrumento con validez de constructo que puede usarse para propósitos clínicos y de investigación en la población latinoamericana.

Términos MeSH: DSM-5, Factor Analysis, Non-Suicidal Self Injury.

ÍNDICE GENERAL

HOJA DE DATOS	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACIÓN	11
Antecedentes investigativos y estado del arte	11
HIPÓTESIS	19
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	19
MATERIAL Y MÉTODOS	20
Tipo de diseño	20
Muestra del estudio	20
Criterios de Inclusión	20
Criterios de Exclusión	20
Variables dependientes	20
Variables independientes	21
Procedimiento	21
Instrumentos de medición	23
Análisis estadístico	24
Consideraciones éticas	26
RESULTADOS	26
Análisis de datos	27
<i>Análisis factorial exploratorio (AFE)</i>	28
<i>Análisis factorial confirmatorio (AFC)</i>	30
DISCUSIÓN	35

CONCLUSIÓN	38
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	40
ANEXOS	46
Anexo 1. Cédula de Autolesiones (AUTOLES)	46
Anexo 2. Aprobación del proyecto original por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”	49
Anexo 3. Aprobación de la carta de consentimiento informado por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”	50
Anexo 4. Carta de consentimiento informado	51
Anexo 5. Oficio de aprobación del Comité Investigación del proyecto del tutor y del alumno	52
Anexo 6. Carta de aprobación Comité de ética en Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”	53

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1.	<i>Criterios establecidos en DSM-5 para ALNS^{7,17,25}</i>	9
Tabla 2.	<i>Instrumentos diagnósticos de conducta autolesiva y año de emisión de sus primeras versiones</i>	10
Gráfica 1.	<i>Evolución de artículos publicados relacionados con validación cédulas y escalas de ALNS</i>	12
Gráfica 2.	<i>Mapas generados a partir de resultados consulta a base de datos Scopus</i>	13
Tabla 3.	<i>Artículos publicados relacionados ALNS y subtemas relevantes</i>	15
Tabla 4.	<i>Tesis de grado relacionadas con ALNS registradas en repositorio biblioteca UNAM</i>	17
Tabla 5.	<i>Artículos publicados en colaboración con investigadores internacionales e investigaciones de otros autores hispanohablantes</i>	17
Tabla 6.	<i>Descripción de variables</i>	22
Gráfica 3.	<i>Diagrama de proceso metodológico</i>	23
Tabla 7.	<i>Datos demográficos de los participantes con autolesiones (ALNS) y sin autolesiones (AL)</i>	27
Tabla 8.	<i>Carga factorial de factores establecidos en AFE</i>	28
Tabla 9.	<i>Relación entre los factores rotación Varimax y normalización con Kaiser</i>	29
Tabla 10.	<i>Análisis de varianzas totales</i>	30
Tabla 11.	<i>Descripción factores y reactivos para análisis factorial confirmatorio</i>	31
Tabla 12.	<i>Ajuste del modelo, intervalo de confianza 90 %</i>	32
Tabla 13.	<i>Consistencia interna de factores de la cédula de autolesiones</i>	32
Tabla 14.	<i>Análisis factorial confirmatorio de la cédula de autolesiones</i>	33
Tabla 15.	<i>Combinación entre covarianzas de factores del analisis factorial confirmatorio</i>	34
Gráfica 4.	<i>Diagrama de correlación factores de AFC y DSM-5</i>	34

INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico (quinta edición) (DSM-5), define a las Autolesiones No suicidas (ALNS) como actos deliberados, intencionales y autodirigidos para dañar el cuerpo, sin intención suicida, en ellas se incluyen conductas como cortes, quemaduras, laceraciones, pellizcos, abrasiones, mordeduras, fracturas o golpes, entre otras. Las autolesiones sin intención suicida se han incluido históricamente como un criterio del trastorno límite de la personalidad (TLP), sin embargo, es bien sabido por la comunidad científica que las ALNS se relacionan con varios padecimientos psiquiátricos fuera del espectro de los trastornos de la personalidad, por tal motivo en el año 2013 se incluyeron en la Sección 3 del DSM-5 como trastornos que requieren más investigación.

En el transcurso de investigaciones se encontró que los adolescentes prefieren responder cuestionarios en lugar de entrevistas cara a cara para hablar de sus autolesiones, lo que ha permitido profundizar el conocimiento de las motivaciones y características de las ALNS. Conociendo estas circunstancias se han diseñado y desarrollado diversos instrumentos que evalúan la conducta autolesiva, dentro de las que se tiene la cédula de autolesiones (AUTOLES) aplicada a una muestra mexicana de niños y adolescentes de la comunidad y un grupo clínico de un hospital psiquiátrico infantil.

Este trabajo se centró en establecer la validez y confiabilidad de la cédula de autolesiones, de la cual se tienen resultados con datos psicométricos iniciales, y con ello ayudar en la instauración de los criterios diagnósticos del capítulo de revisión del DSM 5, de modo que contribuya a que el instrumento pueda instituirse como una ayuda diagnóstica que permita al personal médico brindar un abordaje integral en la salud mental de adolescentes que presenten estas conductas.

MARCO TEÓRICO

La ALNS es un comportamiento no aceptado socialmente, definido como un acto de daño deliberado y autoinfligido a la propia superficie corporal sin intención de morir¹⁻⁵. Las ALNS son actos "impulsivos" (como cortarse o quemarse la piel) y actos "compulsivos", (como arrancarse el pelo o rascarse la piel)^{1,4,5}. El propósito de las ALNS es aliviar el afecto intenso y angustioso mediante el uso de un dolor físico agudo para distraer al individuo de sus sentimientos insoportables. Otras razones incluyen el autocastigo, ganar la atención de otras personas y encajar socialmente⁶.

Las estimaciones de ALNS en la población general sugieren que el 17.2 % de los adolescentes, el 13.4 % de los adultos jóvenes y el 5.5 % de los adultos informan de una historia de ALNS a lo largo de su vida^{2,5,7}. En muestras clínicas la prevalencia a lo largo de la vida se eleva al 60 % en la adolescencia y es del 65 al 80 % en la edad adulta^{2,3,7-11}. Las ALNS son más comunes en el sexo femenino que en el masculino^{2,3,12}. Además, entre el 50 y el 75 % de las personas con historial de ALNS hacen un intento de suicidio en algún momento de su vida^{1,7,13}. El tipo más frecuente de ALNS son los cortes deliberados seguidos de rascar, morder o golpear el propio cuerpo; y el área topográfica más frecuentes son los brazos y muñecas⁴.

Las definiciones de las autolesiones no suicidas expuestas en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta versión (DSM-IV¹⁴) y en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10¹⁵) sólo se consideran un síntoma del TLP², siendo que el espectro es más complejo; un ejemplo de ello es que los tatuajes y piercings son considerados como métodos de autolesión que gozan de cierta aceptación social en algunas culturas¹⁶. Según Albores-Gallo et al.^{2,16}, esto explica el hecho de que en el manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, en su quinta versión (DSM-5)¹⁷, los tatuajes fueran excluidos de la condición de ALNS, enunciándose específicamente en el criterio D: "Excluye conductas socialmente aceptables"⁵. Conforme a lo expuesto por algunos autores¹⁸, se lamentan la falta de armonización entre el DSM-5 y la CIE-11, sin embargo, reconocen que a pesar de todas sus limitantes, la clasificación es útil, no sólo para generar una causalidad sino porque permite que los

diagnósticos faciliten el acceso a los servicios de salud y den forma a los enfoques de investigación.

La última actualización del CIE-11¹⁹, sigue relacionando las ALNS con el TLP y los trastornos por movimientos estereotipados de los movimientos con autolesión y sin autolesión, siendo que en la investigación actual se reporta que hasta un 80% de los adolescentes que cumplían los criterios actuales de ALNS no cumplían los criterios del TLP, demostrando la independencia de ambos trastornos⁷.

Los trastornos psiquiátricos como el trastorno depresivo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, ansiedad y consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de la personalidad y el descontrol de impulsos son factores de riesgo para el desarrollo de las ALNS^{1,6-8,10,13,20-23}. Según estableció Thapar y colaboradores¹⁸, a los adolescentes les resulta más difícil suprimir respuestas a las señales relacionadas con la recompensa. Otros autores sugieren que este aumento de la impulsividad durante la adolescencia puede explicarse mejor porque el núcleo accumbens madura primero que la corteza prefrontal, esta última alcanza su maduración después de la adolescencia. Las autolesiones sin intención suicida, así como otros trastornos como la ansiedad social, el trastorno de pánico y depresión tienen mayor disfunción global en comparación con los jóvenes que no presentan estos problemas^{6,7,24}.

Como en otros países, en México la mayoría de los estudios no distinguen entre el suicidio y las autolesiones sin intención suicida². Algunos estudios proponen establecer una cantidad mayor de autolesiones por año para obtener una mayor significancia clínica (criterio alternativo)^{3,25}, mientras que otros estudios empíricos muestran apoyo preliminar a este diagnóstico como un trastorno independiente^{7,13}. Otros estudios reportaron que el 80 % de los adolescentes que cumplían los criterios actuales de ALNS no cumplían los criterios del TLP, demostrando la independencia de ambos trastornos⁷.

Los jóvenes de minorías sexuales cuentan con riesgo particular de ALNS y de suicidio, al tiempo que las tasas registradas entre las grupos de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero son mucho más altas que las de las personas heterosexuales, por lo que ser pertenecer a estas comunidades representa un factor de riesgo conocido de autolesiones. También, se estableció que individuos jóvenes homosexuales y bisexuales tenían un riesgo mayor de autolesionarse en comparación con los individuos mayores. Estudios recientes han reportado que las personas bisexuales tienen hasta seis veces más probabilidades de ALNS en

comparación con las personas heterosexuales, y hasta cuatro veces más probabilidades de ALNS en comparación con los individuos homosexuales²⁶.

Sumado al anterior, otros trabajos divulgados demuestran la existencia de procesos neurobiológicos alterados en personas con historial de ALNS. Sin embargo, como explica Ghinea et al.¹³, la mayoría de los hallazgos se deben a los trastornos asociados, ya que las ALNS como diagnóstico independiente ocurren en el 3.66 % de los adolescentes que buscan ayuda. Por consiguiente, las ALNS pueden servir como diagnóstico temprano de enfermedades mentales, siendo postulado en múltiples estudios como un predictor de suicidio de alta relevancia, por la correlación sugerida en los factores genéticos^{11,23,27,28}.

Como ya se ha manifestado ampliamente por la comunidad científica, debido a la necesidad de una mayor investigación sobre la ALNS, se incluyó como trastorno en "condición que requiere más investigación" en la Sección 3 del DSM-5^{3,7,27}. En su propuesta, el nuevo trastorno incluye seis criterios diagnósticos provisionales^{7,17} que se listan en la tabla 1.

Tabla 1

Criterios establecidos en DSM-5 para ALNS^{7,17,25}

Criterio	Descripción
A	Las ALNS tiene que ocurrir durante al menos 5 días en los últimos 12 meses
B	B1: para aliviar pensamientos o sentimientos negativos B2: para resolver dificultades interpersonales B3: para inducir un estado de ánimo positivo
C	C1a: deben estar precedidas por pensamientos o sentimientos negativos C1b: conflictos con otros C2: preocupación por conducta difícil de resistir C3: pensamientos recurrentes sobre el comportamiento
D	Excluye conductas socialmente aceptables
E	Comportamiento debe causar una angustia significativa o interferencia en la vida diaria del individuo.
F	No debe ocurrir únicamente en el contexto de otro trastorno mental

Hasta el momento se tiene documentados diferentes instrumentos para explorar las ALNS en individuos, y en la tabla 2 se presentan los que mayoritariamente reportaron en estudios la comunidad científica.

Tabla 2

Instrumentos diagnósticos de conducta autolesiva y año de emisión de sus primeras versiones

Año de emisión	Nombre
1997	<i>Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)</i>
2007	<i>Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI)</i>
2008	<i>Self-Injury Motivation Scale - Adolescent version (SISM-A,S)</i>
2009	<i>Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)</i>
2010	<i>Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ)</i>
2010	<i>Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale (ABUSI)</i>
2010	<i>Evaluation of the Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents (RTSHIA)</i>
2014	<i>Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire (R-NSSI-Q)</i>
2014	<i>Cédula diagnóstica de autolesiones (AUTOLES)</i>
2015	<i>Alexian Brothers Assessment of Self-Injury (ABASI)</i>
2015	<i>Ottawa Self-injury Inventory (OSI)</i>

Nota. Tomado de Altamirano²⁹.

Por su parte, se reportó el uso de FASM priorizando el análisis de las características psicométricas de esta escala sin llegar a mostrar evidencias. Así mismo, se utilizó para explicar la conducta autolesiva, clasificándola en cuatro factores: “Refuerzo intrapersonal negativo”, el cual explica que la conducta autolesiva permite liberar tensión emocional; “Refuerzo intrapersonal positivo”, el cual indica que se realiza la conducta autolesiva para generar un estado de dolor físico agradable o sentimientos positivos; “Refuerzo interpersonal positivo”, expone que es utilizada para llamar la atención de su entorno social; y “Refuerzo interpersonal negativo”, el cual revela que la conducta autolesiva sirve para evitar situaciones, responsabilidades o eventos sociales³⁰.

Dado que la cédula de autolesiones que se estudia en esta investigación explora la prevalencia de autolesiones con y sin intención suicida, evaluando frecuencia, topografía, conductas adictivas y desencadenantes, se busca con este trabajo realizar un análisis factorial confirmatorio que permita contrastar el modelo construido con antelación, en donde el investigador ha establecido *a priori* un conjunto que incluye todo, la relación entre la cédula de las autolesiones y los criterios diagnóstico del DSM-5 para ALNS^{25,27,31}. Las implicaciones para la salud mental subrayan la necesidad de una mejor comprensión de las ALNS, al tiempo que permitirá delimitar y promover la investigación y el abordaje terapéutico^{2,8}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya se refirió que el caso de México no es ajeno a lo presentado en otros países, donde la mayoría de los estudios no distinguen entre el suicidio y las autolesiones sin intención suicida. En la mayoría de los estudios se tienden a priorizar variables como edad, sexo, tipo de autolesión, topografía o lugar corporal de la autolesión y el riesgo suicida; no contando aún con un estudio que evalúe las autolesiones sin intención suicida en sí mismo. Consecuentemente, se planteó la siguiente pregunta: ¿Tiene la cédula de autolesiones validez de constructo según los criterios del DSM-5 para autolesiones sin intención suicida?

JUSTIFICACIÓN

Las ALNS son más frecuentes en niños y adolescentes que en adultos. Se sabe que los individuos que realizan conductas autolesivas tienen tendencia a reintentarlas, de hecho, la tasa de suicidio observada en niños y adolescentes que consultaron por autolesiones a los servicios de urgencias de hospitales es mayor para los casos que lo hicieron dos o más veces, en comparación a los de una sola vez, con tendencia a presentarse con mayor frecuencia en edades comprendidas entre los 16 a 18 años. Sumado a esto, lo reportado en estudios clínicos dan cuenta que el riesgo de suicidio en varones duplica al observado en mujeres.

La respuesta a la pregunta de investigación permitió afirmar la relación o línea conductora del conocimiento entre las características que se denotan en sujetos con la herramienta de la cédula de autolesiones y los criterios diagnósticos que se establecen en el DSM-5 referido a autolesiones sin intención suicida. De esta manera, se estableció que la herramienta diagnóstica proporciona datos que a futuro promoverán el uso de dicha cédula de autolesiones con el fin que se retomen como foco de interés en estudios subsecuentes que amplíen o profundicen el tema.

Antecedentes investigativos y estado del arte

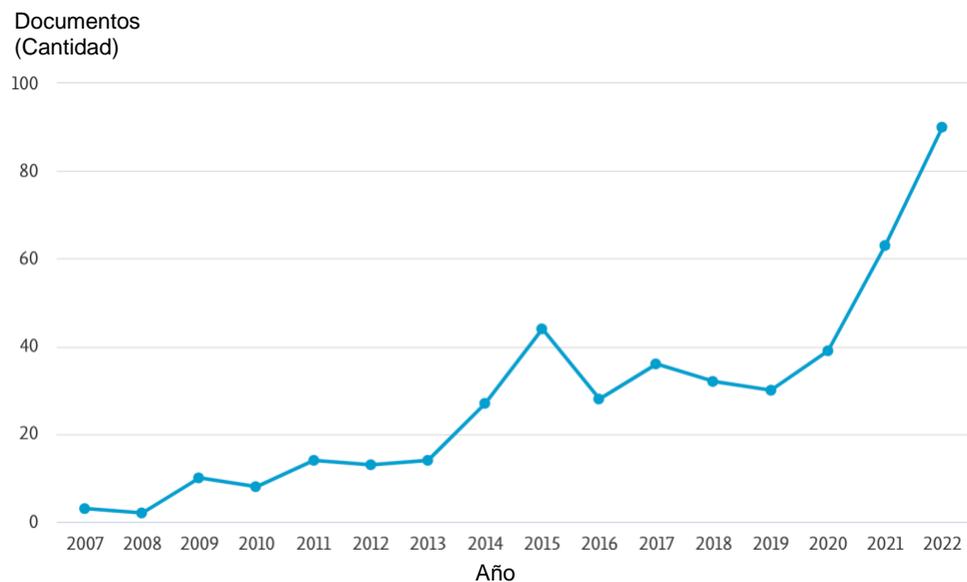
Los antecedentes investigativos que sustentan y dan relevancia a este estudio se plantearon con base en la información obtenida de la revisión bibliográfica, adelantada mayoritariamente en tres fuentes de consulta. La primera fue la base de datos Scopus, en la que se configuraron dos parámetros para la búsqueda (palabras claves y combinación de operadores booleanos). Asimismo, se consultó en el repositorio de trabajos de grado de la “TESIUNAM” de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), los previos relacionados con el tema de

ALNS. La otra fuente de información consistió en las anotaciones y datos recopilados con la aplicación de la cédula de autolesiones aplicadas, por el asesor y su equipo de trabajo, dentro de las actividades desarrolladas para el proyecto de investigación “Validez de la cédula de Autolesiones”.

Para el caso de Scopus, se ingresaron las palabras *non-suicidal self-injury*, *DSM-5*, *adolescents*, *child*, *validation*, *inventory*, *questionnaire* y *scale*, en combinación con los operadores booleanos *AND* y *OR*. La consulta fue realizada sistemáticamente y en mayo de 2023 se condujo la última, en la que se consideraron publicaciones registradas hasta el año 2022. Con los filtros aplicados la búsqueda arrojó 453 artículos de nuevo conocimiento. En la gráfica 1 se muestra la evolución de trabajos publicados, mostrando un incremento sostenido desde el año 2007 y presentando un aumento en la tendencia de registros en los años posteriores a la emisión del DSM-5. También se observó el mayor registro para el 2022 (90 publicaciones). De aquí que en la actualidad es de gran relevancia para la comunidad científica continuar con estudios relacionados con la validación de cédulas y escalas de ALNS.

Gráfica 1

Evolución de artículos publicados relacionados con validación cédulas y escalas de ALNS



Nota. Obtenido de resultados de consulta a base datos Scopus en mayo de 2023.

Así mismo, los autores (incluyendo país de estancia y trabajos publicados) que registran la mayor cantidad divulgados (10 o más) son: Laurence Claes (Bélgica, 34), Penelope Anne

Del análisis realizado se tienen las palabras claves de mayor co-ocurrencia, siendo estas: Adolescent (*adolescent*), cuestionario (*questionnaire*) y conducta auto lesiva (*Self-injurious behavior*).

De los artículos que finalmente se examinaron, para investigaciones relacionadas con ALNS en el período de 2007 a 2022, se tiene que en estos se abordaron aspectos que se sintetizan en los siguientes sub-temas:

- Métodos y severidad de ALNS.
- Factores asociados a mayor riesgo suicida y agresividad de fenotipo de ALNS.
- Experiencias adversas en la infancia y severidad de ALNS.
- Consumo de sustancias y su relación con ALNS.
- Tatuajes y ALNS.
- Identidad de género y ALNS.
- Trastorno de personalidad.
- Trastorno de la conducta alimentaria.

En la tabla 3 se listan datos del año, autores, título, tipo y población de estudio de artículos de nuevo conocimiento publicados que se relacionan con los subtemas enunciados y para los que se consideraron su relevancia conforme al número de citas, en este caso, más de diez.

Tabla 3

Artículos publicados relacionados ALNS y subtemas relevantes

Año	Autores	Título	Diseño estudio	Población		
				Muestra	País	Edad
2022	Plener P.L., Libal G., Keller F., Fegert J.M., Muehlenkamp J.J.	<i>An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA</i>	Transversal Comparativo	665	Alemania y USA	14 - 17
2022	Tatnell R., Kelada L., Hasking P., Martin G.	<i>Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors</i>	Longitudinal Exploratorio	1973	Australia	12 - 18
2021	Fischer G., Ameis N., Parzer P., Plener P.L., Groschwitz R., Vonderlin E., Kölch M., Brunner R., Kaess M.	<i>The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): A tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder</i>	Retrospectivo analítico y correlacional	111	Alemania	12 - 19
2021	Wan Y., Chen R., Ma S., McFeeters D., Sun Y., Hao J., Tao F.	<i>Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents</i>	Retrospectivo analítico	14820	China	10 - 20
2020	Hasking P., Rees C.S., Martin G., Quigley J.	<i>What happens when you tell someone you self-injure? the effects of disclosing NSSI to adults and peers</i>	Longitudinal Exploratorio	2637	Australia	12 - 18
2020	Young R., Sproeber N., Groschwitz R.C., Preiss M., Plener P.L.	<i>Why alternative teenagers self-harm: Exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity</i>	Correlacional Exploratorio	452	Alemania	14 - 17
2020	Martin G., Thomas H., Andrews T., Hasking P., Scott J.G.	<i>Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents</i>	Longitudinal Cohorte	1896	Australia	12 - 17
2020	Baetens I., Claes L., Onghena P., Grietens H., Van Leeuwen K., Pieters C., Wiersema J.R., Griffith J.W.	<i>Non-suicidal self-injury in adolescence: A longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting</i>	Longitudinal Prospectivo	9861	Bélgica	12 - 14
2020	Kiekens G., Hasking P., Claes L., Boyes M., Mortier P., Auerbach	<i>Predicting the incidence of non-suicidal self-injury in college students</i>	Longitudinal Prospectivo	4565	Bélgica	M:18.7

	R.P., Cuijpers P., Demyttenaere K., Green J.G., Kessler R.C., Myin-Germeys I., Nock M.K., Bruffaerts R.						
2020	Kiekens G., Bruffaerts R., Nock M.K., Van de Ven M., Witteman C., Mortier P., Demyttenaere K., Claes L.	<i>Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: Personality, stress and coping</i>	Correlacional Exploratorio	946	Bélgica	12 - 19	
2018	Buelens T., Luyckx K., Gandhi A., Kiekens G., Claes L.	<i>Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence: Longitudinal Associations with Psychological Distress and Rumination</i>	Longitudinal Prospectivo	528	Bélgica	11 - 19	
2017	Andrews T., Martin G., Hasking P.	<i>Differential and common correlates of non-suicidal self-injury and alcohol use among community-based adolescents</i>	Correlacional Exploratorio	2590	Australia	12 - 17	
2017	Gandhi A., Luyckx K., Molenberghs G., Baetens I., Goossens L., Maitra S., Claes L.	<i>Maternal and peer attachment, identity formation, and non-suicidal self-injury: A longitudinal mediation study</i>	Longitudinal Prospectivo	1238	Bélgica	11 - 19	
2016	Gandhi A., Luyckx K., Maitra S., Claes L.	<i>Non-suicidal self-injury and identity distress in Flemish adolescents: Exploring gender differences and mediational pathways</i>	Transversal Exploratorio	568	Bélgica	13 - 21	
2016	Buelens T., Luyckx K., Verschueren M., Schoevaerts K., Dierckx E., Depestele L., Claes L.	<i>Temperament and character traits of female eating disorder patients with(Out) non-suicidal self-injury</i>	Retrospectivo analítico	189	Bélgica	14 - 17	
2015	Tanner A.K., Hasking P., Martin G.	<i>Non-suicidal Self-Injury and Firesetting: Shared and Unique Correlates Among School-Based Adolescents</i>	Correlacional Exploratorio	2356	Australia	12 - 18	
2015	Verroken S., Schotte C., Derluyn I., Baetens I.	<i>Starting from scratch: Prevalence, methods, and functions of non-suicidal self-injury among refugee minors in Belgium</i>	Correlacional Exploratorio	121	Bélgica	14 - 18	17 Psychology and Cognitive Sciences 1701 Psychology

En cuanto a los trabajos que se han adelantado en el país, se tienen algunos que cuentan con registro en el repositorio de tesis del programa de estudios de Medicina en Psiquiatría Infantil y de la adolescencia de la UNAM, los cuales se listan en la tabla 4.

Tabla 4

Tesis de grado relacionadas con ALNS registradas en repositorio biblioteca UNAM

Año	Autor	Título del trabajo de grado
2013	Delgadillo González, Yariela	Asociación entre rasgos de insensibilidad emocional y autolesiones en una muestra de adolescentes
2014	Emiliano Altamirano, Iván	Validación de una cédula diagnóstica de autolesiones en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México
2015	Pérez Ramírez, Perla Xóchitl	Estudio comparativo de autolesiones en niños y adolescentes de la comunidad versus usuarios de hospital general y hospital psiquiátricos
2021	Mendoza Rey, Mariano	Estudio comparativo de psicopatología portadores de adolescentes de tatuajes y adolescentes con ALNS
2022	Morán Arteaga, Roxana Denise	Predictores del fenotipo de Autolesiones descrito en el DSM-5 en adolescentes en una muestra comunitaria

Nota. Obtenido de consulta a repositorio TESIUNAM.

Sumado a lo anterior, se listan en la tabla 5 los aportes divulgados que se relacionan con ALNS tanto por los asesores de este trabajo en colaboración con investigadores internacionales, así como diversas investigaciones llevadas a cabo por otros autores hispanohablantes.

Tabla 5

Artículos publicados en colaboración con investigadores internacionales e investigaciones de otros autores hispanohablantes

Año	Autores	Título del artículo
2014	Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, José L., García-Luna, Adriana Xóchitl, Delgadillo-González, Yariela, Chávez-Flores, Carlos I., Martínez, Olga L.	<i>Nonsuicidal self-injury in a community sample of older children and adolescents of Mexico city</i>

- 2015 Lopez-Castroman, J., Baca-García, E., WORECA Authors, Courtet, P., Oquendo, M. A. *Cross-National Tool for Assessing and Studying Suicidal Behaviors*
- 2015 García Mijares, J., Alejo-Galarza, G., Mayorga Colunga, S., Guerrero Herrera, L. y Ramírez García Luna, J. Validación al español del *Self-Harm Questionnaire* para detección de autolesionismo en adolescentes
- 2016 Castro Silva, E., Benjet, C., Juárez García, F., Jurado Cárdenas, S., Lucio Gómez-Maqueo, M., y Valencia Cruz, A. Adaptación y propiedades psicométricas del *Inventory of Statements About Self-injury* en estudiantes mexicanos
- 2017 Castro, K. y Kirchner, T. *Coping and Psychopathological Profile in Nonsuicidal Self-Injurious Chilean Adolescents*
- 2017 Castro Silva, E., Benjet, C., Juárez García, F., Jurado Cárdenas, S., Lucio Gómez-Maqueo, M., y Valencia Cruz, A. *Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students*
- 2019 Solís-Bravo, M. A., Flores-Rodríguez, Y., Tapia-Guillen, L. G., Gatica-Hernández, A., Guzmán-Reséndiz, M., Salinas-Torres, L. A., Vargas-Rizo, T. L. y Albores-Gallo, L. *Are tattoos an indicator of severity of non-suicidal self-injury behavior in adolescents?*
- 2020 Solís-Espinoza, M. y Gómez-Peresmitré, G. Cuestionario de riesgo de autolesión (CRA): Propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes
- 2020 Ulloa Flores, R. E., Mayer Villa, P. A., De la Peña Olvera, F., Palacios Cruz, L. y Figueroa, G. V. Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones
- 2021 Herrera López, M., Rosero Martínez, K., Benavides Arcos, K., y Figueroa Peña, M. F. Diseño y validación del cuestionario de riesgo de autolesión (CRA), en una muestra de adolescentes escolarizados colombianos
- 2022 Faura-García, J., Calvete Zumalde, E. y Orue-Sola, I. Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante
- 2022 Duarte Tanori, K. G., Vera Noriega, J. A., Fregoso Borrego, D. y Bautista Hernández, G. Evaluación psicométrica de la escala de autolesión y depresión en adolescentes mexicanos
-

Retomando el caso de México, García y colaboradores³³ adaptaron a través de traducción-retraducción el *Self-Harm Questionnaire* al español, con una muestra de 106 adolescentes en San Luis Potosí, México, de jóvenes que acudían a consulta psiquiátrica con edades entre 11 y 17 años. En este caso, se reportó un alfa de Cronbach de 0.96, sin mostrar un proceso de validación específico, por lo que los autores consideraron necesario investigar si los valores se mantendrían de forma consistente en poblaciones diferentes.

The Impulse Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A) es otro instrumento para evaluar la autolesión y aplicado en estudios de la población mexicana en adolescentes con edades entre 11 y 19 años de edad. En una investigación se reportó un alfa de Cronbach de 0.71, al tiempo que se condujo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para comprobar los factores, abordados en seis dimensiones y medidos en 8 reactivos. En este trabajo no se consideraron el aspecto cultural, ni se realizó ajuste semántico, ni sintáctico ni de contenido, puesto que se probó la estructura original llegando a obtener una confiabilidad considerada apenas como aceptable³⁴.

HIPÓTESIS

Existen herramientas para evaluar ideación y conductas suicidas en las que se incluyen las autolesiones. Sin embargo, se requiere un instrumento de diagnóstico que identifique y separe la conducta autolesiva de los intentos de suicidio, y que pueda aplicarse de manera práctica en el contexto clínico y epidemiológico. En este contexto se tienen estos dos instrumentos: *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI)* y la Escala de la Universidad de Columbia, Autoreporte del adolescente, *Youth Self Report (YSR/11-18)*. Basado en esto, se estableció la siguiente hipótesis: es la cédula de autolesiones una herramienta que permite establecer conductas de autolesiones sin intención suicida acorde a los criterios establecidos en el DSM-5.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General

Demostrar la relación entre la cédula de autolesiones y los criterios diagnóstico del DSM-5 para autolesiones sin intención suicida.

Objetivos Específicos

1. Realizar el análisis factorial de los datos obtenidos con la aplicación de la cédula de autolesiones en una muestra de niños y adolescentes mexicanos que consultaron el Hospital General y el Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México.
2. Analizar la significancia estadística de los datos con el fin de establecer las variables prevalentes de la cédula de autolesiones de la muestra poblacional.
3. Confirmar si las variables prevalentes de la cédula de autolesiones guardan estricta relación con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 para autolesiones sin intención suicida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño

El estudio no experimental comprendió un análisis secundario de datos, que fueron tomados en un único momento (transeccional). Fue de tipo correlacional y se buscó establecer la concordancia entre las variables prevalentes que se obtuvieron con la aplicación de un instrumento y la evidencia establecida a través de signos y síntomas reseñados en la clasificación diagnóstica de referencia. La prueba estadística para validar la consistencia interna y fiabilidad de los datos fueron conducidos con los más recientes que la comunidad científica ha considerado para tal fin, a partir de las pruebas estadísticas de sus medias y sus varianzas.

Muestra del estudio

Es un análisis secundario de datos obtenidos a partir de un estudio realizado en una muestra comunitaria, se evaluaron estudiantes de primaria y secundaria con una muestra de 401 niños y adolescentes quienes contestaron la cédula de autolesiones.

Criterios de Inclusión

- Niños y adolescentes escolarizados.
- Niños y adolescentes de ambos sexos que tuvieran de 10 a 14 años.
- Niños y adolescentes que aceptaron participar en el estudio y que hayan firmado el asentimiento informado.
- Niños y adolescentes cuyos padres autorizaron su participación en el estudio mediante el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Niños y adolescentes que no aceptaron participar en el estudio.
- Niños y adolescentes cuyos padres no aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Niños y adolescentes que no completaron los instrumentos aplicados.

Variables dependientes

La cédula de autolesiones en español (AUTOLES) consiste en 84 ítems de respuesta dicotómica sí-no, 4 preguntas de opción múltiple y 2 de respuesta abierta. Explora la prevalencia de autolesiones con y sin intención suicida a 1, 6 y 12 meses y a lo largo de la vida. Examina la intencionalidad, el método de autolesión, topografía, componente adictivo y los motivos desencadenantes y atenuantes para autolesionarse, así como la edad de inicio de

la conducta. Además, explora el componente comportamental (criterios del DSM-5) de las autolesiones como son: (B1) precipitantes psicológicos, (B2) preocupaciones, (B3) las urgencias, (B4) respuestas contingentes y (C) deterioro funcional y algunas variables explicativas. El instrumento se diseñó con base en los criterios propuestos del DSM-5 para autolesiones sin intención suicida. Además, las respuestas pueden organizarse en un algoritmo de diagnóstico acorde con la mencionada propuesta y explora la intencionalidad suicida en el presente y en el pasado³⁵.

La tabla 6 ilustra las variables consideradas en este estudio, precisando sus características relevantes.

Variables independientes

Grupo de procedencia ordinal edad, sexo, edad de los padres, escolaridad de los padres, nivel socioeconómico.

Procedimiento

Se revisó la literatura nacional e internacional sobre los instrumentos para evaluar conductas autolesivas sin intención suicida en niños y adolescentes, al tiempo que se compararon con las dimensiones del DSM-5, considerando los 92 reactivos de la cédula de autolesiones de conformidad a su algoritmo de respuestas.

El presente estudio se deriva del proyecto titulado “Validez de la cédula de autolesiones” registrado en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, con la clave II1/01/0113, a cargo de la Dra. Lilia Albores Gallo, el cual fue aprobado por el comité de Investigación aprobado el 15-02-2013 y puede consultarse en el Anexo 2. Así mismo el presente proyecto fue aprobado por el mismo comité y tiene número de registro que puede verse en el Anexo 5. Se reclutaron a 401 pacientes de manera consecutiva de la población general que estuviesen escolarizados, durante el periodo comprendido de 2012, quienes contestaron la cédula de autolesiones. Los padres o cuidadores primarios de los menores firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio. La cédula de autolesiones es autoadministrada para que lo respondan los participantes. Para cada ítem, se asigna un valor de 0 a la respuesta “no”, 1 al responder “sí”. A excepción de los ítems 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, que contaban con opción múltiples y respuestas abiertas. Se realizó análisis estadístico mediante análisis factorial confirmatorio para verificar la estructura factorial de la escala relacionada con los modelos dimensionales diagnósticos propuestos por el DSM-5.

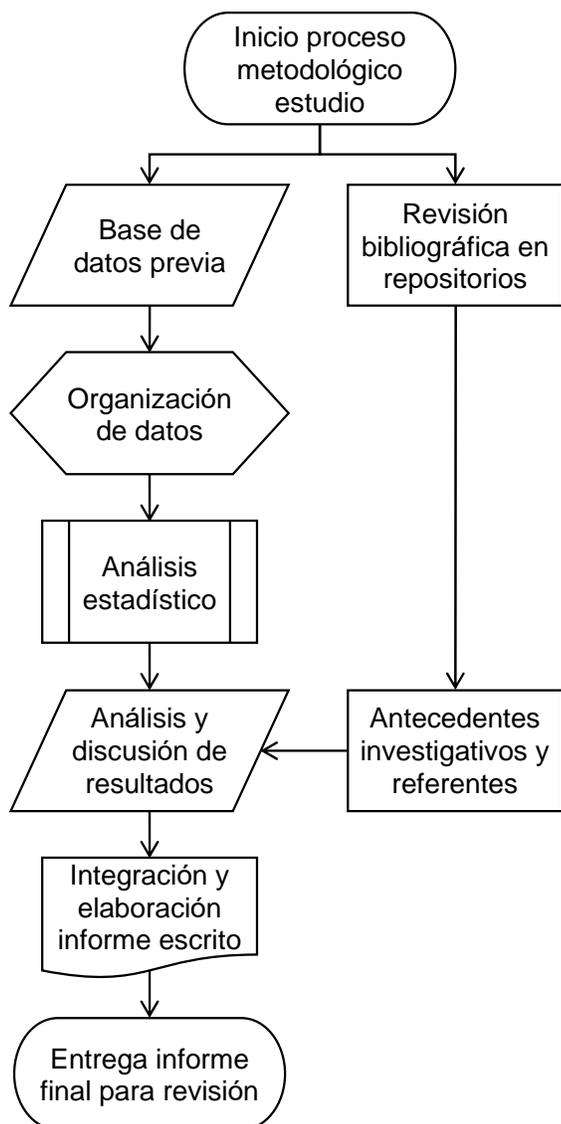
Tabla 6*Descripción de variables*

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional	Medida
Frecuencia de autolesiones	Intervalo de tiempo transcurrido entre la fecha de ejecución de una autolesión y otra. Se explora el fenómeno en el último mes, en los últimos seis meses y el último año.	Cédula de autolesiones instrumento auto aplicado que incluye 86 ítems dicotómicos (sí/no).	Pruebas estadísticas de validación como consistencia interna, validez concurrente y divergente, validez de constructo y validez de criterios. Variables categóricas analizadas por medio de frecuencias y prueba Chi-Cuadrado.
Mecanismo de autolesión Topografía	Método utilizado por el individuo para auto infligirse una lesión corporal. Región corporal en la cual el individuo se autoinflige las lesiones.		
Disfunción	Interferencia en la funcionalidad del individuo en áreas académicas, familiar y social.		
Respuesta contingente	Acción llevada a cabo por el individuo para conseguir el alivio de un sentimiento o estado cognitivo negativo, una dificultad interpersonal o para inducir un estado emocional positivo.	Cédula de autolesiones instrumento auto aplicado que incluye 86 ítems dicotómicos (sí/no) y 4 de opción múltiple.	
Intencionalidad suicida	El objetivo final es la auto terminación de la vida tras autolesionarse.		
Antecedente de abuso sexual	Historia personal de haber sido víctima de cualquier tipo de sometimiento de índole sexual en contra de la propia voluntad.	Cédula de autolesiones instrumento auto aplicado que incluye 2 preguntas de respuesta abierta.	

De manera general, la gráfica 3 presenta de manera secuenciada las actividades que se contemplaron dentro del proceso metodológico abordado.

Gráfica 3

Diagrama de proceso metodológico



Instrumentos de medición

Cédula de autolesiones es un instrumento auto aplicado que incluye 86 ítems dicotómicos (sí/no), 2 preguntas abiertas y 4 de opción múltiple, que valoran la frecuencia de autolesiones, mecanismo de autolesión, topografía, respuesta contingente, disfunción, intencionalidad suicida y antecedentes de abuso sexual;

Partiendo del estudio realizado en año 2013, que obtuvo como resultado la fiabilidad y validez

de este instrumento (cédula de autolesión), se observó una consistencia interna excelente con un coeficiente de KR= de 0.96, cifra superior a otros instrumentos que exploran el mismo constructo en población pediátrica, como el *Ottawa Self-Injury Inventory* o el SITBI, este último, considerado el estándar de oro para el diagnóstico de conducta suicida y autolesiones²⁹.

La validez discriminante se analizó mediante la prueba de *t* de *Student* aplicada al puntaje de las medias de la dimensión así: para la dimensión A (suma de los métodos utilizados, que abarca los primeros 12 ítems de la cédula de Autolesiones), la dimensión B (suma de pensamientos e ideas previas, durante y después de autolesionarse, de los ítems 13 al 29) y en la extensión C (disfunción asociada, suma de los ítems, 30, 31 y 32 de la cédula de Autolesiones) de la comunidad. Por su parte, la validez convergente se estudió con el fin de evaluar el diagnóstico de autolesiones sin intención suicida del SITBI y el diagnóstico a partir del ítem 52 de la cédula de autolesiones (¿Te lastimas sin intención de quitarte la vida?). Adicionalmente se condujo la validez de criterio.

Análisis estadístico

La validez de constructo se investigó por medio de un análisis factorial exploratorio por el método de análisis de componentes principales (ACP) con rotación Varimax para determinar el número óptimo de factores del instrumento. Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio para verificar la estructura factorial según los criterios del DSM-5 y de las variables del Autoles.

La consistencia interna del instrumento se investigó por medio del coeficiente Alpha de Cronbach para el total de los reactivos y por cada reactivo de la cédula de autolesiones.

El análisis factorial confirmatorio (AFC) se usa a menudo para determinar y confirmar la estructura factorial de un instrumento de medición aplicado en una población objetivo. El AFC prueba si las estructuras factoriales teóricamente definidas o hipotéticas de las escalas en el instrumento de medición en estudio son válidas. Si el modelo AFC hipotético se ajusta a los datos, confirmamos que la estructura factorial es válida para la población. Esto se denomina prueba de validez factorial del instrumento de medición. Para cada conjunto de análisis en el presente estudio, se probó el modelo correlacionado de cuatro factores de la cédula de autolesiones. Cada factor se escaló fijando el coeficiente del patrón del primer factor en 1.0. Los elementos se especificaron para cargar en un solo factor (las cargas en los otros factores se establecieron en cero) y las covarianzas de error se fijaron en cero.

Con relación al AFC, se usó el método de mínimos cuadrados, la media y varianza robustos (WLSMV). El ajuste general del modelo se probó mediante la estimación de los siguientes

índices de ajuste: Chi-Cuadrado (χ^2), Residual Cuadrático Medio Estandarizado (SRMR), Raíz del Error Cuadrático Medio (RMSEA), Índice de Ajuste no Normalizado (TLI), Criterio de Información Akaike (AIC) y el índice de Ajuste Comparativo (CFI).

En ese sentido, el análisis factorial multigrupo conducido valoró el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) cuyo significado expone si se registra o no el ajuste del modelo adoptado a la población en estudio. Para ello, los valores de RMSEA se interpretan como sigue: 0 corresponde a un ajuste perfecto, < 0.05 es un ajuste estrecho, $0.05 - 0.08$ es un ajuste justo, $0.08 - 0.10$ representa un ajuste mediocre, y > 0.10 es un mal ajuste. Dentro de este planteamiento algunos autores sugieren que es deseable un RMSEA del orden de 0.06 como punto de corte para un buen ajuste del modelo. Así mismo, para valorar el ajuste de los datos a los modelos, CFI y TLI ≥ 0.90 son considerados aceptables y TLI y CFI ≥ 0.95 son considerados buenos. También, de manera comparativa entre los modelos, se calculó el valor de AIC denotando que el valor más bajo indica el mejor modelo. El índice de ajuste comparativo (CFI) compara el modelo especificado con el modelo nulo que asume covarianzas cero entre las variables observadas. Esta medida se basa en el parámetro de no centralidad $d = (\chi^2 / df)$, donde la Df son los grados de libertad del modelo. El CFI se define como la relación de mejora en la no centralidad (pasar del modelo nulo al especificado). Los valores de CFI van de 0 a 1, y en caso de que CFI = 0 indica el peor ajuste y CFI = 1 indica el mejor ajuste. Tradicionalmente, el límite razonable de la regla empírica para el índice de ajuste es 0.90, sin embargo, se sugiere aumentar esta regla general mínima de 0.90 a 0.95. El CFI depende del tamaño promedio de las correlaciones en los datos, por tanto, si la correlación media entre variables no es alta, entonces el CFI no será muy alto^{36,37}.

El índice de Tucker-Lewis (TLI) establecido por sus autores en 1973, es otra forma de comparar la falta de ajuste de un modelo específico con la falta de ajuste del modelo nulo. Al igual que CFI, TLI es un índice de ajuste incremental y no garantiza que sus valores varíen de 0 a 1. Esta situación puede ocurrir si el modelo especificado tiene muy pocos grados de libertad y las correlaciones entre las variables observadas son bajas. Aunque TLI tiende a ser más bajo que CFI, el valor de corte recomendado para TLI es el mismo para CFI. Un valor de TLI inferior a 0.90 indica la necesidad de volver a especificar el modelo^{37,38}.

Los residuos cuadráticos medios estandarizados (SRMR) corresponden a una versión estandarizada de RMR, basada en residuos estandarizados. Un valor de SRMR inferior a 0.08 se considera un buen ajuste y un valor inferior a 0.10 es aceptable³⁹.

Consideraciones éticas

Es una investigación con riesgo ético II (mínimo), dado que se conducirá un análisis estadístico de datos previamente tomados, sin considerar intervenciones sobre las conductas autolesivas de los sujetos, así como tampoco se publicarán sus datos ni habrá invasión de su privacidad. Además, el proyecto de investigación original titulado “Validez de cédula de autolesiones” (clave de registro II1/01/0113) contó con la aprobación del comité de ética de la División de investigación.

Los niños y adolescentes participantes que diligenciaron la cédula de autolesiones dieron su asentamiento y sus padres o tutores legales firmaron un consentimiento informado cuya estructura y contenido fue previamente aprobado por el comité de investigación.

RESULTADOS

Se usaron los datos de 401 participantes que dieron respuesta a la cédula de autolesiones en el periodo comprendido de junio a agosto del 2012. El rango de edad de los niños y adolescentes estuvo entre los 10 a 14 años con una media de 12.28 años en el grupo sin autolesiones y de 12.32 años en el grupo con autolesiones (ALNS), con un nivel de significancia $p = 0.88$, 57.6 % correspondieron al sexo femenino y el 42.4 % al masculino. Con relación al total de la muestra, el grupo que reportó autolesionarse sin intención suicida (ALNS) fue de 11.2 % ($n = 45$), siendo mayor el porcentaje del sexo femenino 7.7 % ($n = 31$) con respecto del 3.5 % ($n = 14$) observado para el masculino. Por otra parte, el grupo de participantes sin autolesiones (AL) fue de 88.8 % ($n = 356$). χ^2 de 2.64, $p = 0.70$; ver tabla 7.

La base de datos se organizó con el fin de alimentar los diferentes programas en los que se modelarían las variables y procesos de exploratorio y confirmatorio. Se definió en porcentaje la valoración dada a los casos en que se presentaron o no ALNS en los grupos de estudio; para rango de valores de 0 a 2 % de la muestra no se registraba autolesión y de 3 % a 100 % se consideró como registro de autolesión.

El nivel socioeconómico fue semejante en ambos grupos; en el de autolesiones (ALNS) $M = 10.334$, $p = 0.86$ y el grupo sin autolesiones (AL) $M = 10.083$, $p = 0.88$.

La edad del padre y la madre fueron menores en el grupo de autolesiones (ALNS) $M = 39.78$ y 37.67, respectivamente. Y referido a la edad del padre y madre del grupo sin autolesiones, (AL) $M = 41.59$ y 39.06, $p = 0.60$ y 0.48, respectivamente.

Tabla 7*Datos demográficos de los participantes con autolesiones (ALNS) y sin autolesiones (AL)*

	AL	ALNS	<i>p</i>
Edad M (DE)			
Niño	12.28 (0.89)	12.32 (1.24)	0.88
Padre	41.59 (6.31)	39.78 (6.59)	0.60
Madre	39.06 (5.70)	37.67 (6.37)	0.48
Escolaridad M (DE)			
Padre	2.79 (0.96)	3.21 (1.08)	0.28
Madre	2.71 (0.99)	2.69 (0.88)	0.34
Sexo N (%)			
Femenino	200 (49.9)	31 (7.7)	0.70
Masculino	156 (38.9)	14 (3.5)	
NSE M (DE)	10.334 (7.7)	10.083 (6.9)	0.88

Nota. AL: sin autolesiones, ALNS: con autolesiones, NSE: nivel socioeconómico.

La escolaridad del padre fue mayor en el grupo de autolesiones ($M = 3.21$) en comparación al del grupo sin autolesiones ($M = 2.79$), para $p = 0.43$ y 0.78 , respectivamente. En contraste, la escolaridad de la madre fue mayor en el grupo sin autolesiones ($M = 2.719$) contra el grupo de autolesiones ($M = 2.69$), para $p = 0.897$ y 0.906 , respectivamente, siendo significativa la escolaridad del padre y no la de la madre.

Esto indica que la muestra es comparable desde el punto de vista sociodemográfico y que las diferencias observadas no afectan a los grupos que registraron o no las autolesiones.

Análisis de datos

Los indicadores de validez y confiabilidad se desarrollaron en dos etapas. La primera se refirió a la factorización a través del análisis factorial exploratorio con el método de máxima verosimilitud y rotación Varimax, considerando para esto el coeficiente de confiabilidad. La segunda consistió en confirmar la estructura obtenida comparándola posteriormente con los parámetros AIC y RMSEA del modelo.

La primera etapa se llevó a cabo empleando el software estadístico SSPS en versión 16. En esta se modeló la cédula de autolesiones, reportando un alfa de Cronbach de 0.90, con intervalo de confianza 0.89 a 0.91 y con una correlación media entre las variables de 0.37 - 0.42.

Análisis factorial exploratorio (AFE)

El AFE arrojó iteraciones de tres factores distribuidos y, a su vez, soportados en 42 reactivos de la cédula de autolesiones, de conformidad con la significancia de las ponderaciones. En este caso, para valores menores a 0.3 se consideran no significativos; entre 0.3 y 0.5, de aporte mínimo; entre 0.5 y 0.7, de aporte significativo; y valores mayores a 0.7 son consideradas relevantes. Con este planteamiento resultaron los tres factores listados en la tabla 8, considerándolos de la siguiente manera:

- Factor 1: intencionalidad de la autolesión, compuesto por 22 reactivos.
- Factor 2: respuesta contingente, compuesto por 14 reactivos.
- Factor 3: disfunción, compuesto por 6 reactivos.

Para los 42 reactivos del instrumento que se integraron en esta etapa, se realizó prueba de bondad de ajuste reportando χ^2 de 4268, gl 738 y $p = 0.000$.

Tabla 8

Carga factorial de factores establecidos en AFE

Factor	Reactivos	Carga factorial		
		1	2	3
1. Intencionalidad	47	0.785		
	33	0.783		
	69	0.734		
	66	0.714		
	14	0.707		
	70	0.697		
	67	0.682		
	49	0.657		
	13	0.654		
	52	0.646		
	17	0.636		
	37	0.571		
	25	0.570		
	1	0.568		
	24	0.558		
	26	0.551		
	76	0.531		
	29	0.530		
	72	0.506		
	22	0.495		
	20	0.464		
	21	0.457		
2. Respuesta contingente	41		0.736	

	43	0.699
	42	0.636
	40	0.630
	57	0.579
	16	0.559
	59	0.530
	18	0.527
	38	0.508
	30	0.499
	68	0.480
	27	0.470
	19	0.462
	58	0.459
3. Disfunción	34	0.735
	50	0.632
	5	0.584
	54	0.515
	32	0.478
	51	0.477

Nota. N=401. Cargas factoriales inferiores a 0.35 no se consideraron para análisis.

En la tabla 9 se prosigue con el análisis de las relaciones entre factores con rotación Varimax y normalización Kaiser, reportando una correlación media del Factor 1 de 0.75, Factor 2 de 0.85. y Factor 3 de 0.88.

Tabla 9

Relación entre los factores rotación Varimax y normalización con Kaiser

Factor	1	2	3
1	0.75	0.47	0.45
2	-0.52	0.85	-0.02
3	-0.40	-2.22	0.88

Nota. Obtenido a través de SSPS.

En la tabla 10 se muestra que, al calcular la varianza total, un solo factor explica el 24.56 % de la varianza, dos factores explican el 39.99 % de la varianza y tres factores explican el 51.70 % de la varianza.

Tabla 10*Análisis de varianzas totales*

Factor	Valores iniciales			Extracción suma al cuadrado			Rotación suma de carga al cuadrado		
	Total	% Varianza	% Acumulado	Total	% Varianza	% Acumulado	Total	% Varianza	% Acumulado
1	18.00	42.87	42.87	17.50	41.68	41.68	10.31	24.56	24.56
2	3.17	7.56	50.43	2.70	6.45	48.12	6.47	15.42	39.99
3	1.95	4.65	55.09	1.50	3.58	51.70	4.92	11.71	51.70

Nota. Obtenido a través de SSPS.

Análisis factorial confirmatorio (AFC)

Los análisis de datos realizados estuvieron sujetos a los propuestos por la AERA, APA y NCME establecidas en el año 2014 para conducir la validación de instrumentos. Así mismo, se propuso observar los coeficientes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) por arriba del 0.8, Varianza Total Explicada (VTE) mayor al 40 %, coeficiente de comunalidad no menor a 0.3, cargas factoriales mayores a 0.35³⁹. Con relación al análisis factorial confirmatorio (AFC), el ajuste general del modelo se probó usando el método chi cuadrado (χ^2), media y varianza robustos (WLSMV, por sus siglas en inglés), Residual Cuadrático Medio Estandarizado (SRMR), Raíz del Error Cuadrático Medio (RMSEA), Índice de Ajuste no Normalizado (TLI, por sus siglas en inglés) y el Índice de Ajuste Comparativo (CFI, por sus siglas en inglés), Criterio de información Akaike (AIC, por sus siglas en inglés), el valor más bajo de AIC indica el mejor modelo^{36,39}.

Se llevo a cabo el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de primer orden con los 42 ítems de la cédula de autolesiones, buscando probar la estructura de los tres factores correspondientes a las construcciones hipotetizadas previamente con la información obtenida del Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Los 42 elementos resultantes del AFE se cargaron en los factores correspondientes, resultando en que algunos de los reactivos del instrumento se excluyeron del análisis dado que no mejoraban el modelo, arrojando un χ^2 de 5922, gl 816, $p = < 0.001$, RMSEA 0.12 (ver tabla 12). Este valor de RMSEA, para el modelo con las iteraciones conducidas, muestra un ajuste deficiente, lo que obedeció a que la cédula de autolesiones se instrumentalizo a través de 92 reactivos que evalúan variables, algunas de la cuales no están concebidas en los criterios propuestos para revisión de autolesiones no suicidas del DSM-5. En este caso, por ejemplo, la cédula en análisis sirvió para evaluar los siguientes aspectos, que para el caso no son contemplados el manual: topografía de la autolesión, el antecedente de atención médica previa, tratamiento farmacológico previo y antecedentes de abuso sexual.

A partir de lo anterior, se produjeron nuevas iteraciones resultando que los 42 reactivos iniciales se ajustaron en mejor medida a cuatro factores, ocupando un total de 17 reactivos. Esto condujo a realizar ajustes en la correspondencia de la denominación y aspecto que trata cada factor, como se ve reflejado en la tabla 11.

Tabla 11

Descripción factores y reactivos para análisis factorial confirmatorio

Factor	Reactivo	Pregunta cédula
1. Mecanismo de autolesión	1	¿Te has cortado la piel?
	2	¿Te has frotado la piel con un objeto?
	3	¿Has introducido algún objeto debajo de la piel?
	5	¿Has usado un lápiz, compás, una aguja, <i>cutter</i> u otros objetos para realizar marcas en la piel?
	10	¿Te has arrancado las uñas?
2. Respuesta Contingente	14	¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con depresión antes de lastimarte?
	15	¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con ansiedad antes de lastimarte?
	17	¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con coraje antes de lastimarte?
	20	¿Antes de lastimarte tienes un período de preocupación o de resistencia para realizar esta conducta?
	21	¿Cuándo te lastimas sientes preocupación por realizar esta conducta?
3. Disfunción	30	¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como tus tareas escolares?
	31	¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como dormir o descansar?
	32	¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como socializar con tu familia o amigos?
4. Intencionalidad y frecuencia	46	¿En el último año te has lastimado 5 o más veces?
	49	¿Cuándo te lastimas te escondes de los demás?
	52	¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?
	80	¿Sabías que compartir objetos con los que te cortas es riesgoso porque puedes contraer VIH, hepatitis y otras enfermedades?

Estas nuevas dimensiones representadas en los 4 factores se decantaron en aquellos 17 reactivos que examinaron en los individuos aspectos que se consideraron se ajustaron en mejor medida a lo establecido para ALNS en el DSM-5. Conforme a los datos que se muestran en la tabla 12, al realizar un ajuste de bondad del modelo, con un intervalo de confianza de

90 %, arrojó un χ^2 de 288, gl 113, $p = < 0.001$, CFI 0.69, SRMR 0.04, RMSEA 0.06, LO 90 % = 0.53, HI 90% = 0.07, AIC -557 y BIC -329; se obtuvieron valores menores al modelo anterior (exploratorio), logrando así un buen ajuste.

Tabla 12

Ajuste del modelo, Intervalo de confianza 90 %

Modelo	Prueba de Ajuste			Índice de Ajuste			RMSEA		Criterios de información		
	χ^2	gl	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA Inferior	RMSEA Superior	AIC	BIC	
Exploratorio	5922	816	<0.001	0.633	0.613	0.0811	0.125	0.122	0.128	-6254	-5739
DSM-5	288	113	<0.001	0.694	0.927	0.0408	0.0621	0.0533	0.0710	-557	-329

Nota. Obtenido a través de JAMOVI.

La consistencia interna examinada a través del valor del Alpha de Cronbach para los 17 reactivos de la muestra total fue $\alpha = 0.90$, $p = < 0.001$, el cual fue bueno, con un intervalo de confianza de 0.89 - 0.91 y una correlación entre las variables 0.37 - 0.42. Se observaron diferencias en la escala, con Alpha de Cronbach de 0.73 en el factor 1 (mecanismo de autolesión), con un intervalo de confianza de 0.68 - 0.76; factor 2 (respuesta contingente) de 0.84 con un intervalo de confianza de 0.82 - 0.87; factor 3 (disfunción) de 0.68 con un intervalo de confianza de 0.63 - 0.73; y factor 4 (frecuencia e intención) de 0.685 con un intervalo de confianza de 0.63 - 0.73. En la tabla 13 se muestra los resultados de la consistencia interna de la cédula de autolesiones y de sus cuatro dimensiones o factores, a partir del AFC.

Tabla 13

Consistencia interna de factores de la cédula de autolesiones

Consistencia interna	Alfa de Cronbach	Intervalo de confianza	Correlación media entre variables
Cédula de Autolesiones	0.90	0.89 - 0.91	0.37 - 0.42
Factor 1	0.73	0.68 - 0.76	0.34 (0.26 - 0.43)
Factor 2	0.84	0.82 - 0.87	0.54 (0.45 - 0.61)
Factor 3	0.68	0.63 - 0.73	0.44 (0.27- 0.57)
Factor 4	0.68	0.63 - 0.73	0.38 (0.31- 0.46)

Nota. Obtenido a través JASP.

En la tabla 14 se ordenan las dimensiones y sus respectivos reactivos y valores de alfa de Cronbach, estimación, error estándar, desviación y p , correspondientes a un intervalo de confianza del 95 %.

Tabla 14

Análisis factorial confirmatorio de la cédula de autolesiones

Factor	Indicador	Alfa Cronbach	Estimador	EE	Z	p
1. Mecanismo de autolesión	1	0.89	0.25	0.01	19.28	< 0.001
	2	0.90	0.17	0.01	10.91	< 0.001
	3	0.90	0.11	0.01	9.01	< 0.001
	5	0.89	0.24	0.12	19.02	< 0.001
	10	0.90	0.07	0.13	5.64	< 0.001
2. Respuesta Contingente	14	0.89	0.26	0.01	20.20	< 0.001
	15	0.89	0.17	0.01	15.30	< 0.001
	17	0.89	0.26	0.13	19.67	< 0.001
	20	0.89	0.20	0.01	16.03	< 0.001
	21	0.89	0.20	0.01	12.59	< 0.001
3. Disfunción	30	0.90	0.12	0.00	13.22	< 0.001
	31	0.90	0.09	0.00	9.69	< 0.001
	32	0.89	0.21	0.01	17.38	< 0.001
4. Intencionalidad y frecuencia	46	0.89	0.18	0.01	13.72	< 0.001
	49	0.89	0.21	0.01	13.92	< 0.001
	52	0.89	0.20	0.01	8.25	< 0.001
	80	0.91	0.19	0.02	16.19	< 0.001

Nota. Obtenido a través de JAMOVI.

Luego, haciendo uso de los programas JAMOVI y JASP, se realizaron el análisis de covarianzas (ANCOVA), el de regresiones y la combinación entre los factores del AFC, otorgándole el valor de 1 a la asociación con el mismo factor principal, y arrojando resultados de correlación como siguen. Para el factor 1 con el factor 2 en 0.89, con el factor 3 en 0.69 y con el factor 4 en 0.95. El factor 2 se correlacionó con el factor 3 en 0.71 y con el factor 4 en 0.94. Así mismo, el factor 3 se correlacionó en 0.75 con el factor 4. La representación numérica y esquemática se muestran en la tabla 15 y gráfica 4, respectivamente.

Tabla 15

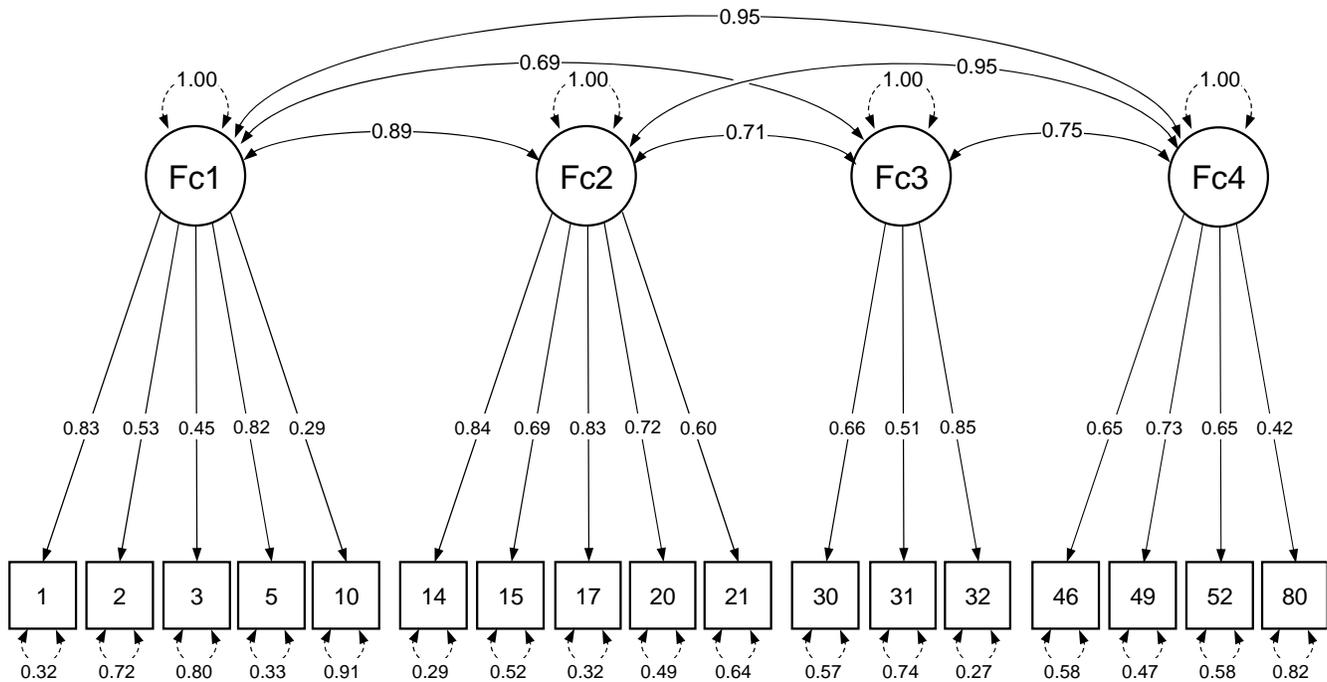
Combinación entre covarianzas de factores del analisis factorial confirmatorio

Factor Principal	Correlación	Estimador	EE	Z	p
1	Factor 1	1.00	-	-	-
	Factor 2	0.89	0.02	41.6	< 0.001
	Factor 3	0.69	0.03	17.5	< 0.001
	Factor 4	0.95	0.02	37.6	< 0.001
2	Factor 2	1.00	-	-	-
	Factor 3	0.71	0.03	19	< 0.001
	Factor 4	0.94	0.02	41.7	< 0.001
3	Factor 3	1.00	-	-	-
	Factor 4	0.75	0.040	18.8	< 0.001
4	Factor 4	1.00	-	-	-

Nota. Obtenido a través de JAMOVI.

Gráfica 4

Diagrama de correlación factores de AFC y DSM-5



Nota. Obtenido a través de JASP.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue demostrar la relación entre la cédula de autolesiones y los criterios diagnósticos del DSM-5 para autolesiones sin intención suicida, así como realizar un análisis factorial del instrumento de origen mexicano en una muestra de niños y adolescentes mexicanos que consultaron el Hospital General y el Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México³⁰.

En la última década ha aumentado los casos de personas que se autolesionan, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes, esto puede deberse a la mayor demanda de atención sobre esta conducta y también a otros factores como son el incremento de referencias en películas, prensa e internet dedicados a las autolesiones, así como modificación corporal, aumento de la aceptación de tatuajes y piercings, los cuales aunque no se consideran conductas autolesivas, si podrían influir en la “normalización” de la conducta autolesiva, influyendo en los jóvenes emocionalmente vulnerables⁴⁰. Estas vulnerabilidades pueden ser ocasionadas por diversos factores, desde problemas de regulación emocional, imagen corporal, depresión, impulsividad, antecedentes de abuso infantil, ansiedad, abuso de sustancias, trastorno límite de la personalidad e intentos de suicidio^{34,40}.

Este estudio se realizó en una población infantil y de adolescentes, sin embargo, la media de edad corresponde al grupo de adolescentes, principal grupo vulnerable, ya que en ellos se ha observado una mayor participación en ALNS en comparación con adultos jóvenes, sin embargo, esto podría tornarse crónico y convertirse en un problema en la edad adulta⁴¹. La mayoría de los universitarios con antecedentes de ALNS (74.1 %) comenzaron a autolesionarse en la adolescencia (entre los 11 y los 17 años), el 18.5 % reportaron iniciarse antes de los 11 años y sólo el 7.4 % lo iniciaron como adultos jóvenes, a partir de los 18 años⁴⁰. La adolescencia es un período en la vida durante el cual se presentan mayores demandas y estresores, cambios neurológicos, cognitivos, físicos, por lo que pueden ser más vulnerables al desarrollo de conductas autolesivas, cuando no han aprendido estrategias de afrontamiento suficientes y adecuadas ante las demandas^{40,41}.

Los grupos de padres y madres evaluados en este estudio mostraron características similares respecto a su edad y escolaridad siendo esta última más significativa en el grupo de autolesiones no suicidas quienes tenían un nivel de escolaridad más alto. A pesar de la escolaridad mayor en los padres que podría sugerir ser un factor protector, se evidenció que el conocimiento académico no influye en el interés e intervención de los padres hacia este

fenómeno. Se ha documentado que los jóvenes que no buscan apoyo en sus familias tienen más riesgo de autolesionarse⁴¹. Así mismo, se encontraron diferencias de género entre los grupos de autolesiones no suicidas (ALNS) y sin autolesiones no suicidas (AL), mostrando mayor prevalencia de conducta autolesiva en el género femenino que en el masculino, condición que guarda relación con lo reportado en estudios similares^{2,3,7,41}.

Los resultados refieren que la cédula de autolesiones presenta una estructura multifactorial de 4 dimensiones o factores (“Mecanismo de autolesión”; “Respuesta Contingente”, “Disfunción”, “Intencionalidad y Frecuencia”) con óptimas propiedades psicométricas, además de una óptima consistencia interna. Los hallazgos obtenidos durante el proceso análisis de significancia de las ponderaciones y el ajuste de bondad del modelo, mostraron criterios de calidad, consistencia interna, pertinencia y relevancia de la escala total y de cada reactivo del AFC. Fue así que las funciones de cada dimensión o factor que aportaron mayor relevancia en la confección del constructo, respaldado por su peso factorial, fueron los reactivos 1 y 5 de la categoría “Mecanismo de Autolesión” (¿Te has cortado la piel?, ¿Has usado un lápiz, compás, una aguja, *cutter* u otros objetos para realizar marcas en la piel?); y los reactivos 14 y 17 de la categoría de “Respuesta Contingente” (¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con depresión antes de lastimarte?, ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con coraje antes de lastimarte?). En el caso de la dimensión de “Mecanismos de autolesión”, esta guarda relación con lo considerado en el DSM-5¹⁷ respecto a comportamientos como cortar, golpear, frotar en exceso, quemar, apuñalar, siendo los métodos más frecuentes utilizados y concordantes con los encontrados en este estudio^{38,40}. En la dimensión de “Respuesta Contingente”, respalda que las ALNS son realizadas con el objeto de regulación afectiva, así como con la intención de aliviar estados afectivos negativos como tensión, depresión y/o ira, evidenciando que los adolescentes usan la autolesión mayormente para canalizar sus emociones, puesto que se percibe como una acción efectiva, debido a reportes de disminución del ánimo negativo y alivio temporal que en terminan influyendo en la repetición de la conducta^{40,42}.

En la misma línea, los reactivos 46, 49, 52, 80 aportaron relevancia para el constructo, dado que reflejan los pesos factoriales de los mismos correspondientes a la categoría “Intencionalidad y Frecuencia”, (¿En el último año de has lastimado 5 o más veces?, ¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?, ¿Cuándo te lastimas te escondes de los demás?, ¿Sabías que compartir objetos con los que te cortas es riesgoso porque puedes contraer VIH, hepatitis y otras enfermedades?). Las ALNS, en el DSM-5¹⁷ incluye en su criterio A, al menos

5 días de ALNS en los últimos 12 meses. Los niños y adolescentes participantes de este estudio usaron la autolesión como una alternativa al suicidio y como medio para liberar el dolor emocional y mecanismo adaptativo ante el deseo de quitarse la vida, identificando otras opciones que revisten mayor riesgo de letalidad⁴². Este aspecto esboza que al parecer los niños y adolescentes otorgan relevancia a los que sus iguales aconsejan, realizando la conducta por modelos de interacción social, para encajar o hacer parte de un grupo en particular o como un método para ejercer control sobre otros. En contraste, a que la búsqueda de apoyo social se ha descrito como factor protector ante las ALNS, en este caso los amigos pueden ejercer influencia para realizar comportamientos autolesivos, es decir, promoviendo su uso y constituyendo un factor de riesgo^{41,42}.

Los reactivos 30 y 31 (¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como tus tareas escolares?, ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como dormir o descansar?) aportaron para la medición del constructo, aunque en menor medida. Esto podría atribuirse a que las ALNS tienen como principales funciones: la regulación afectiva, autocastigo, antidisociación, influencia interpersonal, límites interpersonales, búsqueda de sensaciones y antisuicidio. Es decir, que al igual que lo descrito, permiten aliviar una angustia significativa y disfunción^{42,43}.

Según lo señalado previamente, las 4 dimensiones o factores que componen el presente instrumento permitió evaluar y comprender el fenómeno de estudio de forma integral, puesto mostró una gran variedad de causas que pueden influir en el riesgo de autolesión en los niños y adolescentes.

Los resultados de este estudio sugieren que la cédula de autolesiones es una herramienta, que confirma que sus variables prevalentes guardan estricta relación con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 para autolesiones sin intención suicida. Sumado a que es una herramienta válida y confiable, ya que su consistencia interna de 0.90 indica una excelente fiabilidad⁴⁴. Los análisis de este estudio mostraron que el modelo presenta índices con buen ajuste (RMSEA = 0.062; CFI = 0.69; TLI = 0.92).

Otro estudio similar ha validado la versión al español de la escala de Evaluación Funcional de la Automutilación (*Functional Assessment of Self-Mutilation*; FASM), sin embargo presentó un modelo con índices de ajuste aceptables (RMSEA = 0.0078; CFI = 0.93; TLI = 0.92) y con problemas de estimación, es decir encontraron covarianzas negativas lo que conlleva a invalidar los resultados del modelo³⁰.

En suma, la cédula de autolesiones en estudio demostró la asociación de los manuales diagnósticos sobre las autolesiones sin intención suicida con mayor confiabilidad interna^{7,17,25}.

CONCLUSIÓN

El análisis factorial confirmatorio proporcionó información sobre la fiabilidad, la calidad de los reactivos y la validez de constructo, demostrando que la cédula de autolesiones (AUTOLES) es un instrumento con buenas propiedades psicométricas, adecuado para su uso clínico en la detección de autolesiones no suicidas o con fines de investigación.

A través del análisis factorial confirmatorio se reafirmó la estructura factorial de la cédula de autolesiones como instrumento de detección de conductas autolesivas sin intención suicida en niños y adolescentes, a partir de los 10 años a 14 años.

Estos resultados indican que la cédula de autolesiones es una herramienta que posee buena validez externa, lo que pudiera implicar que pueden ser generalizados a otras poblaciones.

Confirmamos que la estructura factorial de la cédula de autolesiones es válida para población comunitaria y clínica, por lo que el instrumento puede ayudar en la toma de decisiones médicas sobre los pasos adicionales para canalizar al niño o adolescente hacia una evaluación y tratamiento, es decir puede ayudar al profesional de la salud a conducir de manera efectiva intervenciones adecuadas. Se concluye que los resultados obtenidos en la validez comparada o de criterio convergente entre el DSM-5 y la cédula de autolesiones reafirman la robustez (calidad del dominio teórico) del constructo y su relación con ALNS.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se necesita más investigación que emplee CFA en muestras adicionales de niños y adolescentes en diversos grupos de edad, tanto en entornos clínicos como comunitarios, al igual que en población representativa de diferentes áreas del país.
2. Se sugiere a futuro adelantar en estudios de orden comparativo, con muestras de distintos países para analizar el comportamiento de la escala en contextos transculturales, toda vez que es posible que algunos factores de cada contexto puedan influenciar la práctica y/o percepción del riesgo de las ALNS, y en general para constatar la generalidad de los presentes hallazgos.
3. La principal limitación del presente estudio, es que, aunque es un diseño pragmático, utilizó un instrumento autoinformado, siendo posible que la evaluación de ALNS sea susceptible de

sesgo de reporte, considerando que se supedita a la honestidad, memoria, conciencia y comprensión que haga de las preguntas el encuestado. En ese sentido, para asegurar que los niños y adolescentes del grupo de AL, en general, realmente no tienen ALNS, los estudios futuros pueden incorporar la participación de grupos muestrales aleatorios más grandes, en los que se contemplen métodos mixtos de auto reporte y entrevistas clínicas.

REFERENCIAS

- [1] Ahn J, Lee J-H, Jung Y-C. Identifying Predictors of Non-Suicidal Self-Injuries in Individuals with Eating Disorders. *Yonsei Med J* [Internet]. 2021;62(2):159. Available from: <https://eymj.org/DOIx.php?id=10.3349/ymj.2021.62.2.159>
- [2] Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, García-Luna AX, Delgadillo-González Y, Chávez-Flores CI, Martínez OL. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2014 Jul 7;42(4):159–68. Available from: https://www.researchgate.net/publication/263658676_Autolesiones_sin_intencion_suicida_en_una_muestra_de_ninos_y_adolescentes_de_la_ciudad_de_Mexico_Actas_psiq uiatricas_espanolas_Actas_Esp_Psiquiatr_2014424159-68
- [3] Buelens T, Luyckx K, Kiekens G, Gandhi A, Muehlenkamp JJ, Claes L. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Jan;260:314–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503271931050X>
- [4] Fischer G, Ameis N, Parzer P, Plener PL, Groschwitz R, Vonderlin E, et al. The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): a tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014 Dec 18;14(1):265. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0265-0>
- [5] 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* [Internet]. 2022;22(1):96. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03763-z>
- [6] Park HY, Kim YC, Park SC, Cho YJ, Sur YJ. Comparison of the demographic and wound characteristics of non-suicidal and suicidal self-wrist cutting injuries. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020 Feb;99(8):e19298. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/MD.00000000000019298>
- [7] Buelens T, Costantini G, Luyckx K, Claes L. Comorbidity Between Non-suicidal Self-Injury Disorder and Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Graphical Network Approach. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 Nov 27;11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.580922/full>

- [8] Kiekens G, Hasking P, Bruffaerts R, Alonso J, Auerbach RP, Bantjes J, et al. Non-suicidal self-injury among first-year college students and its association with mental disorders: results from the World Mental Health International College Student (WMH-ICS) initiative. *Psychol Med* [Internet]. 2021 Jun 18;1–12. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291721002245/type/journal_article
- [9] Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Reconsidering Criterion A for the Diagnosis of Non-Suicidal Self-Injury Disorder. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2016 Dec 21;38(4):547–58. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10862-016-9543-0>
- [10] Balázs J, Győri D, Horváth LO, Mészáros G, Szentiványi D. Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018;18(1):34. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1620-3>
- [11] Lim K-S, 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* [Internet]. 2019 Nov 19;16(22):4581. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4581>
- [12] Hawton K, Bale L, Brand F, Townsend E, Ness J, Waters K, et al. Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Heal* [Internet]. 2020 Feb 1;4(2):111–20. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30373-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30373-6)
- [13] Ghinea D, Edinger A, Parzer P, Koenig J, Resch F, Kaess M. Non-suicidal self-injury disorder as a stand-alone diagnosis in a consecutive help-seeking sample of adolescents. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Sep;274:1122–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032720304468>
- [14] Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Asociación Americana de Psiquiatría, editor. Asociación Americana de Psiquiatría; 1994. 897 p.
- [15] Organización Mundial de la Salud. *CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10th ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995. 1164 p.

- [16] Solís-Bravo MA, Flores-Rodríguez Y, Tapia-Guillen LG, Gatica-Hernández A, Guzmán-Reséndiz M, Salinas-Torres LA, et al. Are Tattoos an Indicator of Severity of Non-Suicidal Self-Injury Behavior in Adolescents? *Psychiatry Investig* [Internet]. 2019 Jul 25;16(7):504–12. Available from: <http://psychiatryinvestigation.org/journal/view.php?doi=10.30773/pi.2019.03.06>
- [17] Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Asociación Americana de Psiquiatría, editor. 2014. 490 p. Available from: <https://booksmedicos.org/guia-de-consulta-de-los-criterios-diagnosticos-del-dsm-5/>
- [18] Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* [Internet]. Sixth Edit. JohnWiley & Sons L, editor. Wiley; 2015. 1077 p. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781444300895>
- [19] Organización Mundial de la Salud. Capítulo 06. Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. In: CIE 11 - CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES - Estadísticas de morbilidad y mortalidad [Internet]. 11th ed. 2018. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- [20] Sarkisian KL, Van Hulle CA, Hill Goldsmith H. Brooding, Inattention, and Impulsivity as Predictors of Adolescent Suicidal Ideation. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2019;47(2):333–44. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0435-5>
- [21] Baldessarini RJ, Tondo L, Pinna M, Nuñez N, Vázquez GH. Suicidal risk factors in major affective disorders. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2019/07/11. 2019 Oct 11;215(4):621–6. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/suicidal-risk-factors-in-major-affective-disorders/368BA473E0A22C2AA9668497E0C2B913>
- [22] Huang Y, Zhu C, Feng Y, Ji Y, Song J, Wang K, et al. Comparison of three machine learning models to predict suicidal ideation and depression among Chinese adolescents: A cross-sectional study. *J Affect Disord* [Internet]. 2022;319:221–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722009788>
- [23] Liu RT, Walsh RFL, Sheehan AE, Cheek SM, Sanzari CM. Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2022 Jul 1;79(7):718–26. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1256>
- [24] Edbrooke-Childs J, Rashid A, Ritchie B, Deighton J. Predictors of child and adolescent mental health treatment outcome. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022 Dec 31;22(1):229.

Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03837-y>

- [25] Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2015;9(1):31. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>
- [26] Dunlop BJ, Coleman SE, Hartley S, Carter L-A, Taylor PJ. Self-injury in young bisexual people: A microlongitudinal investigation (SIBL) of thwarted belongingness and self-esteem on non-suicidal self-injury. *Suicide Life-Threatening Behav* [Internet]. 2022 Apr 10;52(2):317–28. Available from: <https://doi.org/10.1111/sltb.12823>
- [27] Chen H, Pan B, Zhang C, Guo Y, Zhou J, Wang X. Revision of the non-suicidal self-Injury behavior scale for adolescents with mental disorder. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* [Internet]. 2022;47(3):301–8. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/35545322>
- [28] Berk MS, Gallop R, Asarnow JR, Adrian M, Avina C, Hughes JL, et al. Trajectories of Treatment Response and Nonresponse in Youth at High Risk for Suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2022 Sep 1;61(9):1119–30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.01.010>
- [29] Emiliano Altamirano I. Validación de una cédula diagnóstica de autolesiones en un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2014. Available from: https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000708675
- [30] Leonardo Sánchez Y, Pari Mamani DJ. Estudio de las propiedades psicométricas de la escala de Evaluación Funcional de la Automutilación (FASM) en adolescentes peruanos. Universidad Peruana Unión; 2022.
- [31] Herrero J. El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosoc Interv* [Internet]. 2010 Dec 1;19(3):289–300. Available from: <http://journals.copmadrid.org/pi/article.php?id=fa2431bf9d65058fe34e9713e32d60e6>
- [32] Solis Espinoza M, Gómez-Peresmitré G. Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA): propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Rev Digit Int Psicol y Cienc Soc* [Internet]. 2020 Jan 31;6(1):123–41. Available from: <https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.6.1.2020.206.123-141>
- [33] García JF, Alejo- G de J, Mayorga SR, Guerrero LF, Ramírez-GarcíaLuna JL. Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en

- adolescentes. *Salud Ment [Internet]*. 2015 Aug 20;38(4):287–92. Available from: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2015.039
- [34] Faura-García J, Calvete Zumalde E, Orue Sola I. Autolesión No Suicida: Conceptualización Y Evaluación Clínica En Población Hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo - Psychol Pap*. 2021;42(2):207–14.
- [35] Morán Arteaga RD. Predictores del Fenotipo de Autolesiones descrito en el DSM-5 en Adolescentes de una muestra comunitaria. Universidad Nacional Autónoma de México; 2022.
- [36] Quiñonez-Tapia F, Luévano TEM, Castañeda-Camey N. Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Beck Hopelessness Scale in students in contexts of poverty in Mexico. *Rev Psicopatol y Psicol Clin*. 2019;24(2):59–70.
- [37] Chorot P, Valiente R, Sandin B, Santed-Germán MÁ. Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*. 2002 Dec 31;14.
- [38] Pérez S, García-Alandete J, Gallego B, Marco JH. Characteristics and unidimensionality of non-suicidal self-injury in a community sample of Spanish adolescents. *Psicothema*. 2021;33(2):251–8.
- [39] Duarte Tánori KG, Vera Noriega JÁ, Fregoso Borrego D, Bautista Hernández G. Evaluación psicométrica de la escala de autolesión y depresión en adolescentes mexicanos. *Rev Psicol la Univ Autónoma del Estado México [Internet]*. 2022 May 24;11(24):203. Available from: <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/18555>
- [40] Castro Silva E, Benjet C, Juárez García F, Jurado Cárdenas S, Lucio Gómez-Maqueo ME, Valencia Cruz A. Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Ment [Internet]*. 2017 Sep 1;40(5):191–200. Available from: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2017.025
- [41] Castro K, Kirchner T. Coping and Psychopathological Profile in Nonsuicidal Self-Injurious Chilean Adolescents. *J Clin Psychol*. 2018;74(1):147–60.
- [42] Herrera López M, Rosero Martínez K, Benavides Arcos K, Figueroa Peña MF. Diseño y validación del cuestionario de riesgo de autolesión (CRA), en una muestra de adolescentes escolarizados colombianos. *Rev Boletín Redipe [Internet]*. 2022 Apr 7;10(13):253–71. Available from: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1743>
- [43] Nixon MK, Levesque C, Preyde M, Vanderkooy J, Cloutier PF. The Ottawa Self-Injury

Inventory: Evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2015 Dec 8;9(1):26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-015-0056-5>

- [44] Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol* [Internet]. 1993 Feb;78(1):98–104. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-9010.78.1.98>

ANEXOS

Anexo 1. Cédula de Autolesiones (AUTOLES)

CÉDULA DE AUTOLESIONES (AUTOLES)

Nombre: _____ No. Lista _____ FECHA _____ EDAD: _____ SEXO: Masculino
 Femenino #de años escolaridad de tú mamá _____ papá _____. Vives con ambos padres sólo mamá
 sólo papá 1padre o madre y pareja Cuántos focos hay al interior de tu casa _____ Tu desempeño escolar es:
 buena regular malo

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

		Tacha la respuesta verdadera
		Tipo de lesión
Si	No	1. ¿Te has cortado la piel?
Si	No	2. ¿Te has frotado la piel con un objeto?
Si	No	3. ¿Has introducido algún objeto debajo de la piel o uñas?
Si	No	4. ¿Te has pellizcado la piel?
Si	No	5. ¿Has usado un lápiz, compás, una aguja, cutter (navaja) u otro objeto para realizar marcas en la piel?
Si	No	6. ¿Te has rascado cicatrices?
Si	No	7. ¿Has jalado la piel que se descama después de una quemadura de sol?
Si	No	8. ¿Te has quemado la piel con cigarrillos o con sustancias acidas o corrosivas?
Si	No	9. ¿Has arrancado tu pelo, las pestañas o cejas (no por razones cosméticas)?
Si	No	10. ¿Te has arrancado las uñas?
Si	No	11. ¿Te has mordido?
Si	No	12. ¿Te has pegado en partes del cuerpo, en la cabeza, o te has dado cachetadas?
Si	No	13. ¿Tienes sentimientos o pensamientos negativos antes de lastimarte?
Si	No	14. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con depresión, antes de lastimarte?
Si	No	15. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con ansiedad antes de lastimarte?
Si	No	16. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con tensión antes de lastimarte?
Si	No	17. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con coraje, antes de lastimarte?
Si	No	18. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con estrés, antes de lastimarte?
Si	No	19. ¿Tienes sentimientos o pensamientos relacionados con autocrítica, antes de lastimarte?
Si	No	20. ¿Antes de lastimarte tienes un periodo de preocupación o de resistencia para realizar esta conducta?
Si	No	21. ¿Cuándo te lastimas sientes preocupación por realizar esta conducta?
Si	No	22. ¿Después de lastimarte sientes preocupación por haber realizado esta conducta?
Si	No	23. ¿La necesidad de realizar los actos para lastimarte te vienen con frecuencia aunque no siempre los ejecutas?
Si	No	24. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de sentimientos negativos?
Si	No	25. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de ideas negativas?
Si	No	26. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te liberan de dificultades personales?
Si	No	27. ¿Realizas estos actos para lastimarte porque te despiertan sentimientos positivos?
Si	No	28. ¿La liberación de la tensión ocurre durante la práctica del acto para lastimarte?
Si	No	29. ¿La liberación de la tensión ocurre inmediatamente después de realizarlo?
Si	No	30. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como tus tareas escolares?
Si	No	31. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como dormir o descansar?
Si	No	32. ¿La realización de estos actos para lastimarte interfiere con otras actividades que realizas como socializar con tu familia o amigos?

		Tacha la respuesta verdadera
Si	No	33. ¿La idea de lastimarte vino de ti mismo(a)?
Si	No	34. ¿La idea de lastimarte vino al ver o saber que alguno de tus amigos/as lo hacía?
Si	No	35. ¿La idea de lastimarte vino al ver a algún familiar hacerlo? Menciona quién _____
Si	No	36. ¿La idea de lastimarte vino al verlo en cine, televisión, internet o comics?
Si	No	37. ¿Te lastimas en antebrazos y muñecas?
Si	No	38. ¿Te lastimas en brazos y codos?
Si	No	39. ¿Te lastimas en muslos y rodillas?
Si	No	40. ¿Te lastimas en abdomen y tórax (pecho o espalda)?
Si	No	41. ¿Te lastimas en la cara?
Si	No	42. ¿Te lastimas en cabeza?
Si	No	43. ¿Te lastimas en glúteos o genitales?
Si	No	44. ¿En el último mes te has lastimado de 1 a 3 veces?
Si	No	45. ¿En los últimos 6 meses te has lastimado 1 a 3 veces?
Si	No	46. ¿En el último año te has lastimado 5 o más veces?
Si	No	47. ¿Cuándo te lastimas prefieres estar solo(a)?
Si	No	48. ¿Cuándo te lastimas prefieres estar acompañado de amigos/as?
Si	No	49. ¿Cuándo te lastimas te escondes de los demás?
Si	No	50. ¿Le has dicho a alguien que te lastimas? menciona a quién _____
Si	No	51. ¿Te lastimas con la intención de quitarte la vida?
Si	No	52. ¿Te lastimas sin la intención de quitarte la vida?
Si	No	53. ¿Alguna vez has intentado lastimarte para quitarte la vida?
Si	No	54. ¿Cuándo te lastimas sin intención de morir te vienen ideas de quitarte la vida?
Si	No	55. ¿Alguna vez te realizaste un tatuaje para sentir dolor? En que parte de tu cuerpo tienes tatuaje? Menciona _____ cuántos _____
Si	No	56. ¿Alguna vez te realizaste una perforación (piercing) para sentir dolor? En que parte de tu cuerpo tienes perforación? Menciona _____ cuántos _____
Si	No	57. ¿Te lastimas para demostrar la desesperación que sientes?
Si	No	58. ¿Te lastimas porque quieres castigarte?
Si	No	59. ¿Te lastimas porque quieres asustar a alguien?
Si	No	60. ¿Te lastimas porque consigues atención de los demás?
Si	No	61. ¿Te lastimas para evitar suicidarte?
Si	No	62. ¿Te lastimas porque querías saber si alguien realmente te ama?
Si	No	63. ¿Te lastimas porque buscas la aceptación de un grupo?
Si	No	64. ¿Te lastimas porque te acosan en la escuela (bullying)?
Si	No	65. ¿Te lastimas porque tu acosas a alguien en la escuela (eres bully)?
Si	No	66. ¿No sabes por qué te lastimas?
Si	No	67. ¿No puedes dejar de hacer el acto que te lastima?
Si	No	68. ¿Sientes como si tuvieras una adicción a lastimarte?
Si	No	69. ¿Quieres dejar de hacer el acto que te lastima?
Si	No	70. ¿Alguna vez dejaste de lastimarte por más de 6 meses?
Si	No	71. ¿Después de ese periodo reiniciaste la conducta de lastimarte?
Si	No	72. ¿Hubo alguna situación, emoción o estrategia que ocurrió para dejar de lesionarte? Menciona: _____
Si	No	73. ¿Hubo alguna situación, emoción o condición que ocurrió para volver a lesionarte? Menciona: _____
Si	No	74. ¿Alguna vez por lesionarte te refirieron con algún psicólogo, pedagogo, médico, psiquiatra Trabajador social. En caso afirmativo: Fuiste? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si	No	75. ¿Alguna vez consultaste con un médico o fuiste a un hospital por haberte lesionado?
Si	No	76. ¿Hubo un evento que provocó que tú empezaras a lastimarte? Cual: <input type="checkbox"/> Divorcio de padres <input type="checkbox"/> Muerte de familiar <input type="checkbox"/> Terminar con pareja <input type="checkbox"/> Acoso (Bullying) Otro. Menciona _____

Si	No	77. ¿Hay eventos que disminuyen los actos para lastimarte? <input type="checkbox"/> Entretenimiento <input type="checkbox"/> Estar ocupado(a) <input type="checkbox"/> Tener pareja <input type="checkbox"/> Estar de viaje Otro. Menciona _____
Si	No	78. ¿Conoces a alguien que realiza actos para lastimarse como los que mencionamos? Quién: amigo(a) <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> compañero(a) de la escuela <input type="checkbox"/>
Si	No	79. ¿Alguna vez has compartido con algún amigo(a) los objetos con los que te cortas?
Si	No	80. ¿Sabías que compartir objetos con los que te cortas es riesgoso porque puedes contraer SIDA, hepatitis y otras enfermedades?
Si	No	81. ¿Tomas algún medicamento? Cuál _____
Si	No	82. ¿El medicamento induce o aumenta el deseo de lastimarte?
Si	No	83. ¿El medicamento disminuye el deseo de lastimarte?
Si	No	84. ¿Alguna vez le dijiste a alguien que te autolesionas? A quién _____
85. ¿A quién te gustaría decirle que te autolesionas? Puedes seleccionar más de uno a) maestro(a), b) padre/madre, c) psicólogo, d) médico, e) pediatra, f) trabajador social, g) psiquiatra h), enfermera i) amigo(a), j) hermano(a) k) padre de la iglesia		
86. ¿Cuánto tiempo pasó desde que te comenzaste a lastimar hasta que alguien se dió cuenta (o tú le dijeras que te autolesionas)? Menciona _____ años, o _____ meses		
87. ¿Si has solicitado atención para tus autolesiones, cuánto tiempo pasó desde que comenzaste a lastimarte hasta que solicitaste la atención medica? Menciona _____ años, o _____ meses		
88. ¿La búsqueda de ayuda fue porque descubrieron que te lesionabas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cómo lo descubrieron y quién lo hizo _____		
89. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a realizar actos para lastimarte? _____ años		
90. ¿Alguna vez alguien ha tratado de abusar sexualmente de ti? A qué edad: _____ años		
91. ¿Recientemente cambió la forma en que te autolesionas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Aumentó de intensidad <input type="checkbox"/> Disminuyó de intensidad <input type="checkbox"/> Cambiaste la parte del cuerpo que te autolesionas <input type="checkbox"/> otro menciona _____		
92. Usa esta sección para agregar comentarios que creas importante y que ayuden nuestra comprensión de porque los adolescentes se lesionan u otro comentario general		
<p>Gracias por participar.</p>		

Anexo 2. Aprobación del proyecto original por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

	<p>Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad Servicios de Atención Psiquiátrica</p>	
<p>Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”</p>		
<p>Oficio: DI/CI/8450213 Asunto: Aprobación</p>		
<p>México, D.F., a 15 de Febrero de 2013</p>		
<p>DRA. LILIA ALBORES GALLO Investigador Principal Presente</p>		
<p>Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado “Validez de la cédula de autolesiones.”, registrado en esta División de Investigación la clave II1010113, como proyecto interno del personal de esta institución, ha sido dictaminado: Aprobado. Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de investigador:</p>		
<ul style="list-style-type: none">• Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de Mayo en la página https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.		
<p>Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.</p>		
<p>ATENTAMENTE</p>		
		
<p>Dr. Humberto Nicolini Presidente del Comité de Investigación</p>		

Anexo 3. Aprobación de la carta de consentimiento informado por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



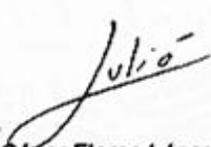
**Comisión Coordinadora de Asesoría, Asesorías de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro**

México, D.F., 15 de Noviembre de 2013

**Dra. Lilia Albores Gallo
HPI-DJNN.**

Por medio de la presente le comunico que después de revisar la carta de consentimiento informado, utilizada para el proyecto: "Validez de la cédula de autolesiones" de la cual usted es la investigadora responsable. Se determinó aprobar dicho documento ya que cumple con todos los requisitos necesarios.

Atentamente



**Dr. Julio César Flores Lázaro
Presidente del Comité de Ética en Investigación**



c.c.p. archivo
c.c.p. Comité de investigación HPI/DJNN

Av. San Buenaventura 86 Col. Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P. 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-6844 dora.perez@salud.gob.mx www.salud.gob.mx

Anexo 4. Carta de consentimiento informado

Yo, _____, responsable directo del menor del/la Niño (a)/ Adolescente, _____, de ____ años de edad, manifiesto que se ha obtenido su asentimiento y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se le incluya como participante en el proyecto: “predictores de gravedad de autolesiones en niños de 8 a 11 años”, que servirá para determinar los predictores de gravedad de autolesiones en niños mexicanos de 8 a 11 años.

La participación de mi hijo (a) consistirá en contestar dos instrumentos uno de ellos interroga sobre la práctica de autolesiones con y sin intencionalidad suicida: La célula de autolesiones (AUTOLES). El otro instrumento mide la psicopatología más común en adolescentes de 11 a 17 años. El Cuestionario de Asignación Diagnostica versión niños y adolescentes (CADI-N). El tiempo aproximado de duración es de 30 minutos a 1 hora. Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto y sobre los riesgos y beneficios directos e indirectos de su participación en el estudio, y en el entendido de que:

No habrá consecuencias desfavorables para ambos en la atención médica del Hospital proporcionada, si llegara a requerirla en algún momento, en caso de rechazar la manifestación en el mencionado proyecto.

Puedo retirarlo de dicho proyecto si lo considero conveniente a sus intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva, de la misma manera mi información, será destruida en el momento en que yo decidiera dejar de participar en el estudio.

No haremos ningún gasto, n recibiremos remuneración alguna por la colaboración en el estudio:

Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración.

La información personal solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio y para los fines de este.

En caso de existir alguna duda respecto al estudio, contactar la Dra. Lilia Albotes Gallo al teléfono 5523162517 o al correo electrónico: lilialbores@gmail.com

Lugar y fecha _____

Nombre y firma del responsable _____

Parentesco y relación con el participante _____

Nombre y firma del médico que proporcione la información para fines de consentimiento.

TESTIGO 1

NOMBRE Y FECHA _____

TESTIGO 2

NOMBRE Y FECHA _____

Anexo 5. Oficio de aprobación del Comité Investigación del proyecto del tutor y del alumno



Ciudad de México a 18 de enero de 2023
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/JDI/008/2023
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Lilia Albores Gallo
Investigador responsable
HPIJNN
Presente

En relación con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Título del proyecto: "Validez de la cédula de autolesiones".

Clave de registro: III/01/0113.

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis DERIVADO:

Título: "Análisis factorial confirmatorio de una cédula diagnóstica de autolesiones".

Clave de registro: III/01/0113/Tp

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: Leila Marina Martínez Isaac.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente
Jefa de la División de Investigación

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez
ccp. Archivo de la división de investigación.



Anexo 6. Carta de aprobación Comité de ética en Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”



Comité de Ética en Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”

Ciudad de México, 16 de mayo del 2023
Asunto: carta de aprobación
Resolución No.: HPIJNN-CEI-003-2023

Dra. Leila Marina Martínez Isaac
TESISTA
Presente

Por medio de la presente hago constar que, he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: “Análisis factorial confirmatorio de una cédula diagnóstica de autolesiones”, con número de registro III/01/0113/Tp.

Por lo que, se extiende la presente de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,


Dra. Laura Fritsche García
Presidente del Comité de Ética en Investigación

c.c.p. Dr. Héctor Rodríguez Juárez-Director del hospital-presente
Dra. Ana Rosa García Berdeja-Jefa de la división de enseñanza y capacitación-presente
Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente
Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente

Se garantiza el acceso a la información pública de conformidad con la Ley de Acceso a la Información Pública, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental, Ley del Poder Judicial de la Federación y Ley de Procedimiento Administrativo Federal.

 **2023**
Francisco VILLA