

RECIBIDO EL 22 DE AGOSTO DE 2021 - ACEPTADO EL 23 DE NOVIEMBRE DE 2021

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE RIESGO DE AUTOLESIÓN (CRA), EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS COLOMBIANOS.

DESIGN AND VALIDATION OF THE SELF-INJURY RISK QUESTIONNAIRE (CRA), IN A SAMPLE OF COLOMBIAN SCHOOL ADOLESCENTS.

Herrera López, M.¹

Rosero Martínez, K.²

Benavides Arcos, K³

Figueroa Peña, M. F⁴

Universidad de Nariño.

1 Profesor Asociado, Departamento de Psicología, Universidad de Nariño (Colombia). Doctor en Ciencias Sociales y Jurídicas, Investigador del grupo Psicología y Salud (Udenar) y del LAECОВI "Laboratorio de Estudios sobre Convivencia y Prevención de la Violencia" de la Universidad de Córdoba (España). Correo electrónico: mherrera@udenar.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0292-2688>

2 Estudiante de Psicología, Universidad de Nariño (UDENAR), San Juan de Pasto, Colombia. Correo: karenrmtz98@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9829-948X>

3 Estudiante de Psicología, Universidad de Nariño (UDENAR), San Juan de Pasto, Colombia. Correo: karen-yuliza2015@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0248-6337>

4 Psicóloga, Universidad de Nariño, Especialista en Gerencia Social del Centro de Estudios e Investigación Latinoamericano CEILAT, Universidad de Nariño. Magister en Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia, Universidad CES. Docente hora cátedra, Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, (Colombia). Investigadora grupo psicología y salud. Orcid.org/0000-0002-6427-345X Correo: mafep@gmail.com

RESUMEN

Las conductas autolesivas no letales (CAL), son acciones deliberadas para causar daño en el propio cuerpo, ubicándose entre las 10 causas principales de morbilidad en adolescentes. En el año 2020 entre 15 y 30 millones de personas experimentaron CAL; sin embargo, hay pocos instrumentos con óptimas propiedades psicométricas que evalúen adecuadamente el fenómeno. El objetivo fue diseñar y probar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Riesgo de Autolesión para adolescentes escolarizados (CRA). Participaron 289 estudiantes, con edades entre los 12 y 16 años

($M= 13.42$; $SD= .82$). Se diseñó un cuestionario con 7 dimensiones y 37 ítems; se valoró la consistencia interna, validez de contenido, validez de constructo (análisis factorial exploratorio y confirmatorio) y validez comparada con la Escala de bullying (EBIP-Q). El CRA presentó óptimas propiedades psicométricas para una estructura multifactorial, reconociendo óptimos valores de consistencia interna ($\alpha= .96$). Se evidenció una correlación directa con la EBIP-Q, corroborando el constructo. Los resultados sugieren que el CRA, diseñado y validado en Colombia, cuenta con adecuada calidad psicométrica; por tanto, es válido y confiable para evaluar el riesgo de realizar conductas autolesivas no letales.

PALABRAS CLAVE: Autolesiones, adolescentes, bullying, autoinjuria.

ABSTRACT

Nonsuicidal self-injuries (NSSI) are deliberate actions that cause harm in the bodies of individuals, this disorder is classified among the leading 10 causes of morbidity in adolescents; and it is estimated that in 2020 between 15 and 30 million people experienced NSSI. However, there are few instruments with optimal psychometric properties that adequately evaluate the phenomenon. The objective of this research was to design and test the psychometric properties of Questionnaire of self-injury risk for in-school adolescents (CRA). 289 students participated, aged between 12 and 16 years ($M = 13.42$; $SD = .82$). The questionnaire consisted of 7 dimensions and 37 items and measured the internal consistency, and validity compared with the Bullying Scale (EBIP-Q). The results suggest that the CRA, designed and validated in Colombia, has adequate psychometric quality; therefore, it is valid and reliable to assess the risk of non-lethal self-injurious behaviors.

KEYWORDS: Self-harm, adolescents, bullying, self-injury.

INTRODUCCIÓN

Las conductas de autoinjuria o autolesivas no letales (en adelante CAL) hacen referencia a aquellas conductas que realiza la persona de forma deliberada para causar daños en su propio cuerpo, buscando diferentes medios para autolesionarse sin ayuda de otra persona, siendo lo suficientemente fuertes, como para causar daños en los tejidos, hematomas, cicatrices, marcas y fracturas (Mora-Soledad, 2015; Zaragoza, 2017). Favazza (1996) refiere tres diferentes patrones de autolesión: 1. Autolesión culturalmente sancionada, que representa las tradiciones y creencias de una cultura, por ejemplo: perforación, tatuajes y transformación corporal; 2. Autolesión patológica, que incluyen dos subcategorías referidas al grado de daño tisular producido, 2.1. Autolesión mayor, donde convergen las formas más severas de automutilación como enucleación de ojos, castración, entre otras; 2.2. Autolesión estereotipada, que se refiere a conductas monótonas y repetitivas, a veces con patrones rítmicos, asociadas a patologías neurológicas; 3. Autolesión superficial, donde se realizan acciones eventuales de baja mortalidad y la lesión se restringe a nivel de la piel. Esta se divide en dos: 3.1. Compulsivas, que ocurren varias veces al día, como arrancarse el cabello; 3.2. Impulsivas, siendo comportamientos episódicos como cortes en la piel y quemaduras (Del Rosario-Flores et al., 2018; Sánchez-Sánchez, 2018).

El cuerpo teórico de conocimiento sobre las CAL evidencia 3 componentes principales: 1) Biológico: que está asociados a algunos problemas orgánicos, que se desarrollan en la anatomía del cuerpo o en sus genes. Algunos autores refieren que este componente no explica completamente este comportamiento, ya que algunos adolescentes pueden tener una mayor predisposición a ser emocionalmente hipersensibles (Del Rosario-Flores et al.,

2018); 2) Psicológico: que sugiere que cuando el adolescente se autolesiona, evidencia una limitada gama de herramientas para afrontar los problemas, realizando estos actos para disminuir el dolor emocional interno, acción que ejecuta mediante el autocastigo, lo cual evidencia inclusive molestia y disgusto hacia los demás. Este componente abarca también la manifestación de sentimientos de ira y rabia, que por lo general se reconocen incontrolables, y que puede causar daño a las personas cercanas; esto genera frustración que se manifiesta a través de las CAL, con el propósito de tener control y poder sobre sí mismos (Del Rosario-Flores et al., 2018); 3) Sociales: se evidencia cuando el adolescente cuenta con limitadas habilidades sociales dentro de las áreas familiar, escolar y social, desembocando en sentimientos de soledad, rechazo o aislamiento en el mundo exterior, presentando dificultad para expresar sus emociones y establecer redes de apoyo, ya que la soledad en sí puede ser muy agobiante. Por ende, se restringe el uso de estrategias de afrontamiento positivas, llevando al adolescente a autolesionarse como una forma de liberar aquellos sentimientos y frustraciones que le causan malestar emocional (Mora-Soledad, 2015).

Merece resaltar la propuesta teórica de Klonsky (2007), quien sugiere que las CAL pueden ser abordadas desde siete dimensiones (teoría que orienta este estudio), estas son: a) la regulación afectiva, que explica que la autolesión es una estrategia para regular emociones difíciles de controlar; b) la disociación, que sugiere que la autoinjuria es una solución que utiliza la persona que se encuentra en un estado de disociación, de despersonalización y/o desrealización, en este sentido la autolesión sirve como una herramienta para conectarse con su propio cuerpo; c) la conducta suicida alternativa: manifiesta que las CAL son utilizada como un mecanismo de defensa ante el deseo de quitarse la vida; d) la influencia interpersonal: sugiere

que esta conducta es una herramienta usada para ejercer cierto control (chantaje) sobre las personas que están a su alrededor; e) los límites interpersonales: propone que la autolesión se utiliza como factor protector para reconocer que es autónomo e independiente del medio que lo rodea; f) el castigo: cuando las personas han aprendido mediante su interacción con el medio, que la autolesión es una forma válida y socialmente aceptada de autocontrol, que sirve para realizar conductas deseables y mitigar las indeseables; y g) la búsqueda de sensaciones que explica que la autolesión es un medio útil para sentir mayor nivel de sensaciones de placer, de vértigo y a la vez de dolor (Villarreal et al., 2013).

Martinez-Falero (2015) reconoce algunos factores predictores y de riesgo de las CAL para el adolescente, tales como el divorcio de los padres, consumo de SPA, falta de comunicación asertiva en el núcleo familiar, dificultades académicas, depresión, abuso sexual, conductas suicidas. En el ámbito escolar, resaltan estudios como el de Toledo-Arenas et al. (2018) que evidencia una prevalencia del 58.1% de autolesión y 41% de acoso escolar, demostrando que existe asociación entre ambos fenómenos, concluyendo que las víctimas de acoso escolar tienen mayor riesgo de presentar CAL. En esta línea, diversos estudios han identificado que su presencia está asociada al desajuste social y psicológico, evidenciando además que el acoso escolar es uno de los estresores más relevantes ligados a las CAL (Carballo-Belloso y Gómez- Peñalver, 2017), especialmente en personas con características impulsivas (Garisch y Wilson, 2015; Giletta et al., 2015; Heerde et al., 2015; Hu et al., 2017; Stanford et al., 2017).

Uno de los focos de interés en el estudio de las CAL es el establecimiento de su prevalencia en las diferentes regiones del mundo; a nivel global se ha encontrado una incidencia de las

CAL del 11.5 al 19.2% (Paula-Sarmiento et al., 2019). En el año 2020, las estadísticas indicaron que aproximadamente entre 15 y 30 millones de personas experimentaron CAL, así mismo, los resultados indican que la población más afectada son las mujeres, representando un 75% de los casos (Paula-Sarmiento et al., 2019). Igualmente, el 12.8% de la población informa que es difícil dejar de realizar estas conductas autolesivas, el 6.9% sienten deseos de volverlo a hacer, ya que lo catalogan como una adicción (Paula-Sarmiento et al., 2019 y Vega et al., 2018). La Organización Mundial de la Salud - OMS (2017) reporta que más de un millón de adolescentes mueren por razones prevenibles, entre las que menciona las CAL, igualmente advierte que estas se encuentran dentro de las 10 causas principales de morbilidad entre adolescentes y adultos (Almeyda-Porras, 2020). Para el caso de Latinoamérica, en países como Perú y Ecuador se realizaron investigaciones acerca de la prevalencia de las CAL, encontrándose que un 40.8% de los adolescentes las habían experimentado, así mismo el 19% las han usado como mecanismo de defensa para aliviar el dolor (Acevedo-Pereira et al., 2020; Elias et al., 2020). En Colombia, Obando et al., (2018) realizaron un estudio con 1.517 estudiantes adolescentes de colegios de Bogotá; los resultados indicaron que el 46% de los adolescentes han presentado CAL. Para el caso de Nariño (sur de Colombia), Pantoja et al. (2019) realizaron un estudio en menores de 18 años que ingresaron al Hospital Infantil Los Ángeles en la ciudad de Pasto, encontrando que dentro de los principales mecanismos de intento de suicidio están las CAL, con un 35,1% de prevalencia en los adolescentes participantes.

En referencia a instrumentos o escalas de medida de las CAL, Chávez-Flores et al. (2019) reportan algunos de amplio uso a nivel mundial, estos son: ABASI (USA), ABUSI (USA), ISSIQ-A en Portugal, R-NSSI-Q en Italia, RTSHIA en Inglaterra, SHBQ (USA), SITBI (USA), SITBI

(USA), OSI en Canadá (Carvalho et al., 2015; Fischer, et al., 2014; Manca et al., 2014; Muehlenkamp et al., 2010; Nock et al., 2007; Plener et al., 2009; Vrouva et al., 2010; Washburn et al., 2010; Washburn et al., 2015). Igualmente se resaltan algunas adaptaciones: SHBQ (USA); SITBI en Alemania; OSI en Alemania, Hungría, Islán y Canadá. (Csorba et al., 2010; Fischer et al., 2014; Muehlenkamp et al., 2010; Nixon et al., 2015; Rodav et al., 2014). En general, la revisión sistemática realizada en este estudio sugiere que muy pocos reportan suficientes evidencias de validez y confiabilidad. El ABUSI y el ISSIQ-A fueron los dos instrumentos que presentaron mayor evidencia de validez y confiabilidad, siendo evaluados bajo 9 criterios psicométricos, cumpliendo con 3 de ellos: el ABUSI cumple con los criterios de consistencia interna, validez de constructo y fiabilidad; por su parte el ISSIQ-A cumple con validez de contenido, consistencia interna y validez de constructo. Por este motivo fueron duramente criticados, ya que sus puntuaciones por expertos son bajas a pesar de ser los mejores a nivel mundial.

En cuanto a los instrumentos creados y adaptados en Latinoamérica Faura-García et al. (2021) resaltan: la Cédula de Autolesiones creado en México; la Cédula Diagnóstica de Autolesiones creado en México; Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA) creado en México; el Inventario de Declaraciones sobre Autolesión (ISAS), adaptado en México y Chile (Albores-Gallo et al., 2014; Castro y Kirchner, 2018; Castro-Silva et al., 2016; Emiliano, 2014; Solís-Espinoza y Gómez-Peresmitré, 2020). La revisión muestra que la mayoría de los instrumentos encontrados en Latinoamérica son adaptaciones de otros creados con muestras no hispanohablantes, siendo reducidos los instrumentos creados en el contexto de América latina, lo que sugiere poco desarrollo de investigaciones sobre la medida de este fenómeno en esta región. Es necesario resaltar que las pocas adaptaciones y diseño de instrumentos, no reportan suficientes evidencias

de validez y confiabilidad, por lo que es importante disponer de nuevos instrumentos con probadas propiedades psicométricas que se adapten a las diferencias contextuales y culturales de cada país latinoamericano. Particularmente, en Colombia no se reconocen instrumentos psicométricos creados o adaptados que midan las CAL.

Lo anterior, sumado a que las CAL se configuran en una problemática de salud pública que requiere mayores evidencias científicas referidas a su etiología, características y patrones recurrentes, justifica el presente estudio, el cual pretende aportar nuevas comprensiones sobre el fenómeno, especialmente en el contexto educativo. Los resultados y análisis podrían beneficiar la implementación de procesos preventivos e interventivos en este ámbito donde se presenta con mayor frecuencia y recurrencia (Duarte-Tánori et al., 2021; Manrique-Aguirre et al., 2016; Varona, 2015; Villarroel et al., 2013).

En correspondencia con lo argumentado, este estudio tiene como objetivo diseñar y probar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA). La hipótesis de partida refiere que: el cuestionario CRA presentará óptimas evidencias de confiabilidad y de validez de contenido, de estructura y de criterio.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue incidental y estuvo conformada por 289 estudiantes del grado octavo, con edades entre los 12 y 16 años ($M= 13.42$; $SD= .82$) de la Institución Educativa Municipal Ciudad de Pasto, en el municipio de Pasto, Nariño. El 41.9% eran hombres, el 57.1% mujeres y 1% otro género. El 90% de los estudiantes viven en zona urbana y el 10% en zona rural. En cuanto al tipo de familia se encontró que el 50.5% familia

nuclear, el 19.7% familia extensa, el 13.8% familia de padres separados, el 11.1% familia monoparental. 4.2% familia reconstituida, .7% homoparental.

DISEÑO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio es cuantitativo de corte instrumental (Ato et al., 2013) se realizó garantizando los parámetros éticos establecidos por el Código Deontológico y Bioético, ley 1090 de 2006 y la Resolución 8430 de 1993. Todos los participantes del estudio firmaron el consentimiento y asentimiento informado, donde se enfatizó el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la participación y se aclaró que la información recogida se usaría sólo con fines investigativos. La investigación contó con el aval del Comité Curricular y de Investigaciones del Departamento de Psicología y del Comité de Ética de la Universidad de Nariño.

Instrumentos

Escala de acoso escolar-bullying (EBIP-Q) (Herrera-López et al., 2017) esta escala es bifactorial y contiene 14 ítems de los cuales 7 ítems son de victimización y 7 ítems de agresión, siendo una escala tipo likert con 5 opciones de respuesta (0= *nunca*; 1= *una o dos veces*, 2= *1 o 2 veces al mes*, 3= *alrededor de 1 vez por semana*, 4= *más de 1 vez a la semana*). La escala original validada en Colombia reporta una adecuada consistencia interna (α de Cronbach= .85).

Procedimiento

La presente investigación se desarrolló en 4 fases: a) construcción de los ítems y ajustes generales: a partir de la revisión teórica y el análisis de evidencias empíricas, se decidió diseñar un cuestionario desde la teoría de Klonsky (2007) que incluyó ítems para: regulación afectiva, disociación conducta suicida alternativa, influencia interpersonal,

límites interpersonales, castigo, búsqueda de sensaciones. b) evaluación de jueces: se realizó una evaluación detallada de los ítems por 6 jueces expertos, seleccionados según su experticia en el campo educativo y la temática de conductas autolesivas no letales; este proceso permitió evaluar la validez del contenido mediante la valoración del grado de claridad, coherencia y relevancia para cada ítem. c) prueba piloto: una vez establecida una primera versión, se realizó de manera virtual una prueba piloto de la escala con 33 personas, todos estudiantes de grado octavo de la Institución Educativa Municipal Ciudad de Pasto; este proceso permitió valorar el grado de comprensión de cada ítem. d) aplicación de la versión final: con la versión ajustada, se procedió a la aplicación, proceso desarrollado de manera virtual (por medio de un link generado en el formato *google forms*) debido a la emergencia sanitaria por COVID-19. Posterior a la recogida de datos, se procedió a desarrollar un análisis factorial exploratorio (en adelante AFE), seguido de un análisis factorial confirmatorio (en adelante AFC), cada uno con una mitad de la muestra. El cuestionario construido fue aplicado conjuntamente con la Escala de bullying adaptada en Colombia (EBIP-Q) por (Herrera-López et al., 2017)

Inicialmente el banco de ítems estuvo conformado por 39 reactivos; posteriormente, mediante un proceso de cribado por parte del equipo investigador, la evaluación por jueces expertos, la prueba piloto y finalmente por los análisis estadísticos, llevaron a la eliminación de dos ítems de la prueba (24 y 29) consolidándose finalmente una escala de 37 ítems

ANÁLISIS DE DATOS

Inicialmente se realizó la validación de contenido, utilizando los puntajes de la evaluación de 6 jueces expertos para cada uno de los ítems (1= *no cumple con el criterio*; 2= *bajo nivel*, 3= *moderado nivel*, 4= *alto nivel*); con

estos valores se obtuvo el *V-de Aiken* para los criterios de claridad, coherencia y relevancia. Para la validación de constructo, se procedió a realizar una validación cruzada, que consiste en dividir la muestra total en dos submuestras aleatoriamente; la primera submuestra se utiliza para realizar un AFE y la segunda submuestra para un AFC; este procedimiento responde a la práctica clásica de hacer un uso secuencial de los dos análisis que explora la distribución de los ítems y luego confirma el modelo teórico de base de la escala de medida (Lloret et al., 2014).

El AFE se realizó con el programa *Factor 9.2* (Lorenzo-Seva et al., 2006) considerando los índices de adecuación muestral Kaiser Meyer-Olkin (KMO), la esfericidad de Barlett, los valores de comunalidad, las saturaciones de los ítems en la distribución de la matriz de configuración y la varianza total explicada. En el proceso de AFE se eliminaron los ítems que presentaron comunalidades por debajo de .30 y saturaciones inferiores a .40 (Lloret et al., 2014). Se usó el método de extracción de ejes principales y un método de rotación no ortogonal (*oblimin*) que se utiliza cuando se supone que los ítems no serán totalmente independientes y los factores resultantes podrían estar relacionados o tener alta covarianza (Lorenzo-Seva, 2000).

Finalmente, para comprobar la factorización obtenida en el AFE, se realizó un AFC utilizando el método de estimación mínimos cuadrados no ponderados (LS). Se usaron las correlaciones policóricas por ser datos ordinales y asumidos como categóricos, además de que mostraron ausencia de normalidad multivariante y las correlaciones entre los factores fueron altas (Bryant y Satorra., 2012; Morata-Ramírez et al., 2013). Los índices de ajuste adoptados fueron: el chi-cuadrado (χ^2 -B) de Satorra y Bentler (2001), chi-cuadrado (χ^2 /gl) partido por los grados de libertad (≤ 3 : óptimos), el CFI que es el índice de ajuste comparativo ($\geq .95$), el NNFI que es el índice de ajuste de no normalidad ($\geq .95$),

el RMSEA que es el error de aproximación cuadrático medio ($\leq .08$) y el SRMR, valor medio cuadrático de los residuos de las covarianzas ($\leq .08$) (Byrne, 2013). Estos análisis se realizaron con el programa estadístico EQS-6.2 (Bentler et al., 2012). El análisis de consistencia interna se hizo a través del coeficiente de *alfa de Cronbach* (α), cuyos valores, en términos generales, deben ser igual o superiores a .70.

Finalmente, para complementar el análisis de validez de constructo, se realizó una validación de criterio convergente, por medio de la correlación de *spearman* entre las pruebas EBIP-Q adaptada en Colombia y el Cuestionario de riesgo de autolesión para adolescentes escolarizados CRA (diseñado en este estudio). Este análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS 22.0 (IBM, 2013). El nivel de significatividad adoptado fue de .05.

RESULTADOS

En la validación de contenido, por sugerencia de los jueces se procedió a ajustar algunas palabras para mejorar la redacción sin afectación del contenido, así mismo se realizaron algunas modificaciones de manera general teniendo en cuenta su estructura y forma. A nivel global no se recibieron sugerencias de cambio de fondo para ninguno de los ítems. Los valores *V-Aiken* para cada ítem, por cada criterio y para la escala total fueron óptimos: *V-Aiken* claridad= .92; *V-Aiken* coherencia= .92; *V-Aiken* relevancia= .91; *V-Aiken* total = .92 (ver tabla 1). Los participantes de la prueba piloto reportaron pocas observaciones en cuanto a la redacción de los ítems, las cuales se tuvieron en cuenta para realizar los ajustes pertinentes para la aplicación final.

Tabla 1
V-Aiken para claridad, coherencia y relevancia; CRA

| Ítem | <i>V-Aiken</i> claridad | <i>V-Aiken</i> coherencia | <i>V-Aiken</i> relevancia |
|--------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| CRA-1 | .83 | 1.00 | .83 |
| CRA-2 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-3 | .83 | .83 | .83 |
| CRA-4 | .33 | .50 | .50 |
| CRA-5 | .83 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-6 | 1.00 | .83 | .83 |
| CRA-7 | .83 | .83 | .83 |
| CRA-8 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-9 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-10 | .67 | .83 | 1.00 |
| CRA-11 | 1.00 | 1.00 | .83 |
| CRA-12 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-13 | .83 | .83 | .67 |
| CRA-14 | 1.00 | 1.00 | .83 |
| CRA-15 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |

| | | | |
|--------------|------|------|------|
| CRA-16 | 1.00 | 0.83 | .83 |
| CRA-17 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-18 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-19 | .83 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-20 | .83 | .83 | .83 |
| CRA-21 | .83 | .83 | .83 |
| CRA-22 | .83 | .83 | .83 |
| CRA-23 | .83 | .83 | .83 |
| CRA-24 | .83 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-25 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-26 | .83 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-27 | 1.00 | 1.00 | .83 |
| CRA-28 | .83 | .67 | .83 |
| CRA-29 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-30 | .83 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-31 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-32 | 1.00 | .67 | .83 |
| CRA-33 | 1.00 | .83 | 1.00 |
| CRA-34 | 1.00 | 1.00 | .83 |
| CRA-35 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-36 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| CRA-37 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Total | .92 | .92 | .91 |
| criterio | | | |
| Total escala | .916 | | |

El análisis de consistencia interna de la escala CRA para este estudio reportó óptimos valores ($\alpha = .96$). Para la escala de comparación *EBIP-Q*, también se reconocieron adecuados valores ($\alpha = .85$).

Con el fin de evaluar la validez de constructo del CRA, inicialmente se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE), pues se requería conocer si los ítems se distribuían de manera multifactorial, de acuerdo a las 7 dimensiones correspondientes a la teoría de base. Los resultados indicaron una prueba de adecuación muestral *Kaiser-Meyer-Olkin-KMO* de .909, mientras que la prueba

de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2 = 10835.174$; $g/ = 666$; $p \leq .000$). Las comunalidades oscilaron entre .539 (ítem 29) y .868 (ítem 13), resultados considerados óptimos. En cuanto a las saturaciones se reconocen con valores óptimos, siendo el más alto .880 (ítem 30 - factor 6) y el más bajo .309 (ítem 10 - factor 2). Posteriormente se comprobó la distribución factorial, que permitió reconocer la factorización en 7 dimensiones, informando un 73.24% de la varianza total explicada (ver tabla 2).

Tabla 2
AFE- CRA

| Ítem | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Factor 5 | Factor 6 | Factor 7 | h ² |
|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| CRA-1 | .841 | | | | | | | .800 |
| CRA-2 | .867 | | | | | | | .767 |
| CRA-3 | .842 | | | | | | | .738 |
| CRA-4 | .853 | | | | | | | .770 |
| CRA-5 | .760 | | | | | | | .704 |
| CRA-6 | | .604 | | | | | | .750 |
| CRA-7 | | .584 | | | | | | .750 |
| CRA-8 | | .359 | | | | | | .676 |
| CRA-9 | | .400 | | | | | | .818 |
| CRA-10 | | .309 | | | | | | .680 |
| CRA-11 | | .584 | | | | | | .715 |
| CRA-12 | | | .429 | | | | | .751 |
| CRA-13 | | | .425 | | | | | .868 |
| CRA-14 | | | .555 | | | | | .833 |
| CRA-15 | | | .599 | | | | | .643 |
| CRA-16 | | | .513 | | | | | .737 |
| CRA-17 | | | | .399 | | | | .712 |
| CRA-18 | | | | .370 | | | | .552 |
| CRA-19 | | | | .645 | | | | .679 |
| CRA-20 | | | | .741 | | | | .775 |
| CRA-21 | | | | .462 | | | | .773 |
| CRA-22 | | | | .632 | | | | .539 |
| CRA-23 | | | | .712 | | | | .757 |
| CRA-24 | | | | | .496 | | | .801 |
| CRA-25 | | | | | .632 | | | .721 |
| CRA-26 | | | | | .646 | | | .700 |
| CRA-27 | | | | | .471 | | | .691 |
| CRA-28 | | | | | | .623 | | .835 |
| CRA-29 | | | | | | .742 | | .723 |
| CRA-30 | | | | | | .880 | | .867 |
| CRA-31 | | | | | | .642 | | .770 |
| CRA-32 | | | | | | .659 | | .762 |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--|
| CRA-33 | | | | | | | .576 | .560 | |
| CRA-34 | | | | | | | .718 | .766 | |
| CRA-35 | | | | | | | .668 | .723 | |
| CRA-36 | | | | | | | .603 | .593 | |
| CRA-37 | | | | | | | .767 | .801 | |
| Varianza por factor | 49.60% | 5.26% | 4.73% | 4.16% | 3.45% | 3.13% | 2.92% | | |
| Varianza total explicada | | | | | | | | 73.24% | |

Nota: Método de extracción: *Ejes principales*, Rotación: *Oblimin*

h^2 = comunalidades.

El CFA de la estructura de 7 factores sugeridos por el AFE de la escala CRA, mostró ajustes óptimos, además de pesos factoriales y errores de medida adecuados: $\chi^2_{S-B} = 282.733$; $\chi^2_{S-B} / (608) = .465$; $p < .001$; NNFI = .980; CFI = .982; RMSEA = .080 (90% CI [.078, .082]); SRMR = .043; AIC = 933.267 (ver Tabla 3).

Tabla 3

Resultados del CFA de la escala CRA

| Dimensión e Ítem | λ^* | e | R ² | |
|---------------------|-------------|------|----------------|------|
| Regulación Afectiva | CRA-1 | .513 | .859 | .737 |
| | CRA-2 | .527 | .850 | .722 |
| | CRA-3 | .513 | .858 | .736 |
| | CRA-4 | .502 | .865 | .748 |
| | CRA-5 | .566 | .825 | .680 |
| | CRA-6 | .523 | .852 | .727 |
| Disociación | CRA-7 | .507 | .862 | .743 |
| | CRA-8 | .559 | .829 | .687 |
| | CRA-9 | .520 | .854 | .729 |
| | CRA-10 | .552 | .834 | .695 |
| | CRA-11 | .636 | .772 | .707 |

| | | | | |
|------------------------------|--------|------|------|------|
| Conducta Suicida Alternativa | CRA-12 | .541 | .841 | .769 |
| | CRA-13 | .480 | .877 | .780 |
| | CRA-14 | .469 | .883 | .468 |
| | CRA-15 | .729 | .684 | .700 |
| | CRA-16 | .548 | .837 | .684 |
| Influencia Interpersonal | CRA-17 | .562 | .827 | .456 |
| | CRA-18 | .738 | .675 | .420 |
| | CRA-19 | .761 | .648 | .603 |
| | CRA-20 | .630 | .776 | .742 |
| | CRA-21 | .508 | .861 | .494 |
| | CRA-22 | .712 | .703 | .548 |
| Límites Personales | CRA-23 | .672 | .741 | .564 |
| | CRA-24 | .660 | .751 | .683 |
| | CRA-25 | .563 | .826 | .646 |
| | CRA-26 | .595 | .804 | .652 |
| | CRA-27 | .590 | .807 | .729 |
| Castigo | CRA-28 | .521 | .854 | .633 |
| | CRA-29 | .606 | .795 | .734 |
| | CRA-30 | .516 | .856 | .734 |
| | CRA-31 | .622 | .783 | .613 |
| | CRA-32 | .533 | .846 | .716 |
| Búsqueda de Sensaciones | CRA-33 | .608 | .794 | .630 |
| | CRA-34 | .549 | .836 | .699 |
| | CRA-35 | .582 | .813 | .661 |
| | CRA-36 | .633 | .774 | .599 |
| | CRA-37 | .518 | .855 | .731 |

Nota: * ($p < .05$)

El valor de correlaciones de *Spearman* entre el CRA para adolescentes escolarizados y la Escala EBIP-Q indicó una correlación directa y media de .561 ($p \leq .05$).

DISCUSIÓN.

El objetivo del presente estudio fue diseñar y probar las propiedades psicométricas del cuestionario de riesgo de autolesión (CRA), en una muestra de adolescentes escolarizados colombianos. Los resultados refieren que la

CRA presenta una estructura multifactorial de 7 dimensiones (Regulación Afectiva; Disociación; Conducta Suicida Alternativa; Influencia Interpersonal; Límites Personales; Castigo y Búsqueda de Sensaciones) con óptimas propiedades psicométricas, además de una óptima consistencia interna. Los hallazgos obtenidos durante el proceso de diseño y validación de contenido reafirman la calidad de todos los ítems; aspecto refrendado por los valores V-Aiken para los criterios de calidad,

pertinencia y relevancia, de cada ítem y para la escala total.

El análisis en detalle de los ítems refiere que los reactivos 18: “Alguien me aconsejó autolesionarme” y 19: “ Me he autolesionado porque he visto a alguien cercano hacerlo”, presentan un mayor aporte a la medición del constructo; este aspecto sugiere que al parecer, los adolescentes otorgan notable relevancia a lo que dicen o sugieren sus iguales, es decir, importa mucho lo que sus iguales aconsejan denotando un alto grado de modelamiento de la conducta por modelos de interacción; es por tanto probable que el adolescente conlleve la realización de CAL como método de regulación emocional debido a que a sus amigos o pares les funciona por lo que siguen “los consejos de sus amigos”. Al respecto algunas investigaciones refieren que la “Influencia interpersonal” es altamente relevante en la adolescencia y que probablemente la CAL es un método para ejercer cierto control sobre los demás y para lograr encajar o hacer parte de un grupo en particular (Klonsky, 2007; Villarroel, et al., 2013). Al contrario de lo encontrado por Pantoja, et al, (2019), los adolescentes participantes de este estudio usan en menor medida a la autolesión como una conducta suicida alternativa, debido a que quizás existan otras opciones distintas que revisten menor riesgo de letalidad. Esto se refleja en los pesos factoriales (ítems 13 y 14) pertenecientes a la categoría “Conducta suicida alternativa”, que reportan menor aporte a la medición del constructo (Klonsky, 2007; Villarroel, et al., 2013).

Por otra parte, los resultados obtenidos en la validez comparada o de criterio convergente entre el CRA y la EBIP-Q, reafirman la robustez (calidad del dominio teórico) del constructo y su relación con el bullying, en coherencia con diversos autores que sugieren que las CAL están estrechamente relacionadas con la victimización en el acoso escolar (Stanford, et

al., 2017; Heerde, et al., 2015; Garisch y Wilson, 2015; Giletta, et al., 2015; Hu, et al., 2017); este resultado sugiere que probablemente aquellos adolescentes que son víctimas de acoso escolar pueden ser más susceptibles a realizar conductas autolesivas; no obstante este aspecto merece mayor indagación en estudios posteriores.

Un análisis en función de las dimensiones vislumbra que la dimensión “Regulación afectiva” es la que más aporta al constructo, evidenciando que los adolescentes usan la autolesión mayormente para canalizar sus emociones, puesto que se percibe como una acción efectiva para mitigar el malestar emocional, debido al carente desarrollo de estrategias de afrontamiento positivas (Villarroel, et al., 2013); en la misma línea, la categoría que menos aporta al constructo es “Conducta suicida alternativa”, lo cual explica que los participantes en este estudio no utilizan las CAL como una alternativa al suicidio, esto debido a que utilizan otros medios para liberar el dolor emocional; a diferencia de Klonsky (2007) quien manifiesta que se utiliza como un mecanismo adaptativo ante el deseo de quitarse la vida. En este sentido, las 7 dimensiones que componen el presente cuestionario permiten evaluar y comprender el fenómeno de estudio de forma integral, puesto que dan cuenta de una gran variedad de causas que pueden influir en el riesgo de autolesión en los adolescentes.

En conclusión, el CRA evidencia óptimas propiedades psicométricas, las cuales refieren una adecuada confiabilidad y suficientes evidencias de validez de contenido, de constructo y de criterio, corroborando así la hipótesis de partida. Los resultados obtenidos, aportan al vacío de conocimiento sobre el constructo en el contexto sur colombiano y responden a la escasez de instrumentos de medida en el contexto nacional tal y como lo argumentan Chávez-Flores et al., (2019) y Faura-García

et al., (2021). Es importante resaltar que los resultados ofrecen algunas claves que benefician el diseño e implementación de programas o estrategias para la prevención o intervención del fenómeno; además ofrece una medida contextualizada y de calidad que podría ayudar a un manejo más adecuado en el campo clínico, sin desconocer el aporte al ámbito educativo y comunitario. Finalmente, este estudio ofrece un primer cuestionario colombiano con óptimas propiedades psicométricas, siendo un gran aporte a los investigadores o profesionales interesados en el tema.

Existen limitaciones relacionadas con la metodología de aplicación de la prueba, pues se realizó en la modalidad virtual, esto por las condiciones de pandemia generadas por el coronavirus (COVID-19). Otras limitaciones están relacionadas con la deseabilidad social, propia de escalas autoaplicadas. Se sugiere a futuro avanzar en estudios comparados con muestras de distintos países para analizar el comportamiento de la escala en contextos cross-culturales, toda vez que es posible que algunos factores de cada contexto puedan influenciar la práctica y/o percepción del riesgo de las CAL.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo-Pereira, Y., Lizcano-Utria, J. y Serrano-Castro, H. (2020). *Las conductas autolesivas en los adolescentes una revisión documental* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/18046>.
- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J., Luna, A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. y Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159–168. [16-90-ESP-159-168-346514.pdf](https://doi.org/10.1690/ESP-159-168-346514.pdf) (actas.psiquiatria.es).
- Almeyda-Porras, C. (2020). *Violencia familiar y autolesión en adolescentes de dos instituciones educativas del distrito de Comas, 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. UCV-Repositorio Institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/41310>.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bentler, R. y Wu, E. (2012). *EQS*. [Statistical Program for Windows].
- Bryant, F. y Satorra, A. (2012). Principles and practice of scaled difference Chi-Square testing. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 19, 372-398. <http://dx.doi.org/10.1080/10705511.2012.687671>.
- Byrne, B. (2013). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and program-ming*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203774762>.
- Carballo-Belloso, J. y Gómez-Peñalver, J. (2017). Relación entre el bullying, autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes. *Revista de estudios de juventud*, (115), 207-218. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6215272>
- Castro, K. y Kirchner, T. (2018). Coping and Psychopathological Profile in Nonsuicidal Self-Injurious Chilean Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 147–160. <https://doi.org/10.1002/jclp.22493>.

- Castro-Silva, E., Benjet, C., Juárez-García, F., Jurado-Cárdenas, S., Lucio-Gómez, M. y Valencia-Cruz, A. (2017). Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental*, 40(5), 191–200. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.025>.
- Carvalho, C., Nunes, C., Castilho, P., da Motta, C., Caldeira, S. y Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non-suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the impulse, self-harm and suicide ideation questionnaire for adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Res*; 227(2-3):238-245. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.031>.
- Chávez-Flores, Y., Hidalgo-Rasmussen, C., y Yanez-Peñúñuri L. (2019). Instrumentos de evaluación de la autolesión no suicida en adolescentes 1990-2016: una revisión sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2871-2882. <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n8/2871-2882/es/>.
- Csorba, J., Dinya, E., Ferencz, E., Páli, E., Nagy, E., Horváth, A. y Vados, M. (2010). A study of Hungarian adolescent outpatients suffering from self-injurious behaviour. *Psychiatr Danub*; 22(1):39-45.
- Del Rosario-Flores, M., Cancino-Marentes, M. y Figueroa-Valera, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, (4) 200-216. <https://www.scielo.org/article/rcsp/2018.v44n4/200-216/es/>
- Duarte-Tánori, K., Vera-Noriega, J. y Fregoso-Borrego, D. (2021). Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 31(1), 51-59. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2675>.
- Elias, C., Villalva, O., y Abatte, G. (2020). Ideación Suicida y Estilos Parentales Disfuncionales en Adolescentes con o sin Autolesiones en Lima Metropolitana. *Revista Liminales. Escritos sobre Psicología y Sociedad*, 9(18), 67-91. <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/liminales/article/view/471/538>
- Emiliano, I. (2014). *Validación de una cédula diagnóstica de autolesiones en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México* [Tesis de especialización, Universidad Nacional Autónoma de México] Repositorio institucional de la UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2014/febrero/0708675/0708675.pdf>
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Johns Hopkins University Press. <http://books.google.com.mx/books?id=BwQT9fdZNdgC> »
- Faura-García, J., Zumalde, E. y Sola, I. (2021). Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207-214 <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2964.pdf>.
- Fischer, G., Ameis, N., Parzer, P., Plener, P., Groschwitz, R., Vonderlin, E. y Kaess, M. (2014). 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*, 14(1), 265.
- Garisch, J. y Wilson, M. (2015). Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental*

- Health*, 9(1), 1-11. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13034-015-0055-6>
- Giletta, M., Abela, J., Prinstein, M., Gibb, B., Barrocas, A. y Hankin, B. (2015). Trajectories of suicide ideation and nonsuicidal self-injury among adolescents in Mainland China: Peer predictors, joint development, and risk for suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 265-279. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0038652>
- Heerde, J., Toumbourou, J., Hemphill, S., Herrenkohl, T., Patton, G. y Catalano, R. (2015). Incidence and course of adolescent deliberate self-harm in Victoria, Australia, and Washington State. *Journal of Adolescent Health*, 57(5), 537-544. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X15002979>
- Herrera-López, M., Romera, E. y Ortega-Ruiz, R. (2017). Bullying y cyberbullying en Colombia; coocurrencia en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (3), 163-172. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.08.001>.
- Hu, N., Li, J., Glauert, R. y Taylor, C. (2017). Influence of exposure to perinatal risk factors and parental mental health related hospital admission on adolescent deliberate self-harm risk. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(7), 791-803. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.012>.
- IBM Corporation (2013). SPSS Statistics for Windows, versión 22.0, Armonk: IBM Corp.
- Klonsky, E. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199360031>
- Lorenzo-Seva, U. (2000). the weighted oblimin rotation. *Psychometrika*, 65, 301-318.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers*, 38(1), 88-91. <http://doi.org/10.3758/bf03192753>
- Manca, M., Presaghi, F. y Cerutti, R. (2014). Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: Measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res*; 215(1):111-119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.010>.
- Manrique-Aguirre, M. y Jacobo-Valdivia, A. (2016). *Fenómeno de la conducta autolesiva denominada "Cutting" en adolescentes de Arequipa 2016*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín]. Repositorio Institucional de la UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3532>
- Martínez-Falero, A. (2015). *El estilo parental y las autolesiones en la adolescencia*. [Tesis de posgrado, Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE Madrid]. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1058>
- MINSAL. (2013). *Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género*. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/772>

- Ministerio de Salud. (2018). Lineamientos de política sectorial de salud mental. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Mora-Soledad, M. (2015). Comprensión de las conductas autolesivas a partir de la elaboración del estado del arte. [Tesis de pregrado, Fundación Universitaria Los Libertadores Bogotá]. Repositorio libertadores. <https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/108/MoraSoledadMiryamRociopdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Morata-Ramírez, M. y Holgado-Tello, F. (2013). Construct validity of likert scales through confirmatory factor analysis: A simulation study comparing different methods of estimation based on pearson and polychoric correlations. *International Journal of Social Science Studies*, 1(1), 54-61. <http://doi.org/10.11114/ijsss.v1i1.27>
- Muehlenkamp, J., Cowles, M. y Gutierrez, P. (2010). Validity of the self-harm behavior questionnaire with diverse adolescents. *J Psychopathol Behav Assess*; 32(2), 236-245.
- Nixon, M., Levesque, C., Preyde, M., Vanderkooy, J. y Cloutier, P. (2015). The Ottawa Self-Injury Inventory: Evaluation of an as-sessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0056-5>.
- Nock, M., Holmberg, E., Photos, V. y Michel, B. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess*, 19(3), 309-317.
- Obando, D., Trujillo, Á. y Prada, M. (2018). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3). <https://pdfs.semanticscholar.org/afd9/328f66d54d6a77c36a23d2b57616b2646fbd.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Informe sobre la salud en el mundo 2014. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42822/9243562436.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pantoja-Chamorro, F., Rodríguez-Villota, A., Urbano-Urbano, J. y Cabrera-Bravo, N. (2019). Epidemiología del intento suicida en menores de 18 años atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles, Pasto, Colombia. *Universidad y Salud*, 21(1), 19-26. <https://doi.org/10.22267/rus.192101.136>
- Paula-Sarmiento, M., Pérez, C., Durán-Cárdenas, Y., Upegui-Mojica, D. y Rodríguez-Morales, F. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 7, 65-75. <https://www.adolescenciasema.org/fiche>.
- Plener, P., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. y Muehlenkamp, J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med*, 39(9), 1549. <https://doi.org/10.1017/S0033291708005114>.
- Rodav, O., Levy, S. y Hamdan, S. (2014). Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *Eur Psychiatry*, 29(8), 503-508. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.008>.
- Sánchez-Sánchez, T. (2018). Autolesiones en la adolescencia. Significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 185-209. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.196>
- Satorra, A. y Bentler, P. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for momen-

- to structure analysis. *Psychometrika*, 66(4), 507-514. <https://doi.org/10.1007/BF02296192>
- Solis-Espinoza, M. y Gómez-Peresmitré, G. (2020). Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA): propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 123-141. <https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.6.1.2020.206.123-141>.
- Stanford, S., Jones, M. y Hudson, J. (2017). Appreciating complexity in adolescent self-harm risk factors: psychological profiling in a longitudinal community sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(5), 916-931. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0721-5>.
- Toledo-Arenas, J., Sánchez-Piñeros, N. y Organista-Insuasti, I. (2018-02.). Acoso escolar y autolesión en estudiantes de colegios públicos de la sabana de Bogotá - Estudio de corte transversal. [Tesis de pregrado, Fundación Universitaria De Ciencias de la Salud Bogotá]. Repositorio Digital Institucional. <https://repositorio.fucsalud.edu.co/handle/001/714>
- Varona K. S. (2015). Autolesiones en adolescentes: Estilos de afrontamiento y afecto [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.34298.31682>
- Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, A., Lara, A., Méndez, I., Martínez-Gimenez, R., Romero, S. y Pascual, J. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas españolas de psiquiatría*, 46(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6522853>
- Villarreal, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, C., Igor, M. y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
- Vrouva, I., Fonagy, P., Fearson, P. y Rousow, T. (2010). The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: Development and psychometric evaluation. *Psychol Assess*, 22(4), 852-865. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0020583>.
- Washburn, J., Potthoff, L. y Styer, D. (2015). Assessing DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder in a Clinical Sample. *Psychol Assess*; 27(1), 31-41.
- Washburn, J., Juzwin, K., Styer, D. y Aldrige, D. (2010). Measuring the urge to self-injure: Preliminary data from a clinical sample. *Psychiatry Res*, 178(3), 540-544.
- Zaragozano, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la sociedad de pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6393711>

ANEXO

Cuestionario de riesgo de autolesión para adolescentes escolarizados (CRA)

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar si existe riesgo de autolesión o autoinjuria; esta información es importante para trabajar en procesos que beneficien el bienestar escolar, familiar y personal; por tanto, es necesario que se responda con sinceridad. Se garantiza total confidencialidad y anonimato, y los resultados se utilizarán bajo los preceptos éticos y deontológicos.

Por favor, responda de acuerdo a la siguiente numeración:

0= Nunca/Totalmente en desacuerdo 1= Casi nunca 2= Algunas veces 3= Casi siempre

4= Siempre/Totalmente de acuerdo

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando me hago daño es para dejar de sentirme triste y sin esperanza. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Hacerme daño me ayuda a calmar la ira que siento por no poder solucionar mis dificultades. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Lastimarme me ayuda a escapar de mis problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Me lastimo para poder sobrellevar mis problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando me hago daño disminuyo mi estrés. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Necesito lastimarme cuando siento que mi espíritu se desprende de mi cuerpo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Cuando me lastimo lo hago para evitar que mi cuerpo se separe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me hago daño para dejar de tener la sensación de que lo que me rodea no es real. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Me lastimo para callar las voces que escucho en mi cabeza. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Cuando me hago daño disminuye el hormigueo de alguna parte de mi cuerpo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Cuando veo cosas que no existen, lastimarme me trae nuevamente a la realidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me he hecho daño para evitar tener pensamientos de muerte. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Necesito autolesionarme con el fin de evadir pensamientos suicidas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me autolesiono para no llevar a cabo el plan que tengo de quitarme la vida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Cuando alguien me comenta que ha pensado en el suicidio, le digo que lastimarse distrae de ese tipo pensamiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Me autolesiono porque en realidad no sería capaz de quitarme la vida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Si a otros les ha servido lastimarse para sentirse mejor, puede funcionar conmigo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Alguien me aconsejó autolesionarme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Me he autolesionado porque he visto a alguien cercano hacerlo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Hacerme daño sirve para conseguir la atención de alguien. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Está bien autolesionarme cuando tengo problemas con mis amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 22. Está bien autolesionarme cuando tengo problemas con mi familia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Cuando tengo problemas con mi pareja está bien autolesionarme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Lastimarme me hace sentir diferente frente a los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Me hago daño intencionalmente para sentir control de mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Necesito lastimarme para dejar de sentir que dependo de otra persona. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Autolesionarse me sirve para forjar un carácter fuerte. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Me lastimo para no sentirme culpable. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Cuando me lastimo, lo hago para cambiar algún comportamiento que no me gusta de mí. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Cuando cometo errores, es necesario autolesionarme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Lastimarme me ayuda a formarme como mejor persona. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Me hago daño para no perder el control de las situaciones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Considero que autolesionarme me genera placer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Experimento emociones intensas cuando me autolesiono. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Me hago daño sin medir el riesgo, con el fin de experimentar nuevas sensaciones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Me autolesiono para sentirme vivo/a. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Autolesionarme a pesar de los riesgos, me ayuda a aprender cosas nuevas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |