



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

f

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Construcción y propiedades psicométricas de una escala de  
autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del  
Callao, 2021**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

**AUTORAS:**

Cartolin Cuti, Angela Esperanza ([ORCID 0000-0001-9585-5949](https://orcid.org/0000-0001-9585-5949))

Palma Ramos, Nagely Brigitte ([ORCID 0000-0001-9716-8042](https://orcid.org/0000-0001-9716-8042))

**ASESORA:**

Mg. Lizbeth Yvonne Ledesma Luzuriaga ([ORCID 0000-0003-3158-6473](https://orcid.org/0000-0003-3158-6473))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

PSICOMÉTRICA

CALLAO-PERÚ

2021

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a mis padres, que siempre me apoyaron y nunca me abandonaron en el camino, a mi abuela Marcela Barco quién nos dejó hace 13 años, a mi tía Rosa Barco que me dejó muchas enseñanzas. A Eduardo que siempre estuvo ahí para sostenerme. A todos mis consultantes que me dejaron aprendizajes en cada sesión. Y a Angela de 14 años, que sin ella no hubiera podido aprender todo lo que sé hasta el día de hoy.

Angela Cartolin

Dedico este trabajo a mis padres, quienes siempre me apoyaron, a mi pareja que me ha ayudado a ser fuerte en este camino y a mi hija Kholesi quien es mi más grande motivación para seguir adelante.

Nagely Palma

## **Agradecimiento**

Agradecemos a nuestros padres por apoyarnos en todo, a nuestra asesora de tesis Mg. Lizbeth Ledesma quien nos deja muchas enseñanzas, a la institución educativa que nos abrió las puertas para realizar nuestro estudio, a los adolescentes que participaron en nuestra investigación.

## Índice

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Página de jurado .....	iv
Resumen .....	viii
Abstract.....	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>18</b>
3.1. Tipo y Diseño de investigación .....	18
3.2. Variables y operacionalización .....	18
3.3. Población, muestra y muestreo.....	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	19
3.5 Procedimientos .....	22
3.6 Métodos de análisis de datos .....	22
3.7 Aspectos éticos .....	23
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>V. DISCUSIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>48</b>

## Índice de Tablas

Tabla 1.	Valores V de Aiken para los ítems	25
Tabla 2.	Medidas de adecuación de los datos al Análisis Factorial Exploratorio	26
Tabla 3.	Cargas factoriales, comunalidad y correlación de factores	27
Tabla 4.	Medidas de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)	28
Tabla 5.	Percentiles de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP) en adolescentes	30
Tabla 6.	Percentiles de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP) en adolescentes de sexo femenino	31
Tabla 7.	Percentiles de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP) en adolescentes de sexo masculino	32
Tabla 8.	Baremos de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)	33
Tabla 9.	Evidencias de fiabilidad a través del coeficiente de confiabilidad de Cronbach para la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)	33

## Índice de Figuras

Figura 1.	Diagrama del modelo de dos dimensiones para la Escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)	29
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal construir y determinar las propiedades psicométricas que posee la escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao. El tipo de investigación es aplicada y el diseño es no experimental, transversal e instrumental. La población estuvo conformada por 1001 estudiantes del nivel secundario entre los 11 a 17 años, para la prueba piloto solo se encuestó 10% de la población que resultó 101 participantes. Se obtuvo como resultado en la validez de contenido, que el valor más alto es el criterio de pertenencia y relevancia con 1.00 y el valor más bajo fue .83 en claridad, siendo valores aceptables; referente a la validez de la estructura interna mediante el AFE se obtuvo un valor 0,925 en la prueba de KMO; en la validez de constructo mediante el AFC se obtuvo un valor  $X^2/gl = 7.17164$ , el valor del RMSEA fue de 0.7, el valor SRMR fue de 0.4, el valor CFI= 0.931 lo que indica un ajuste adecuado y por último, el valor TLI= 0.921; en el alfa de Cronbach se obtuvo 0.90 para la escala total; y se lograron establecer los percentiles y baremos de la escala.

Palabras clave: autolesión, autocastigo, regulación de afecto.

## Abstract

The main objective of this research was to construct and determine the psychometric properties of the self-injury scale in adolescents from an educational institution in Callao. The type of research is applied and the design is non-experimental, cross-sectional and instrumental. The population consisted of 1001 high school students between 11 and 17 years of age. For the pilot test, only 10% of the population was surveyed, resulting in 101 participants. As a result of the content validity, the highest value was obtained for the criterion of belonging and relevance with 1.00 and the lowest value was .83 in clarity, being acceptable values; regarding the validity of the internal structure through the AFE, a value of 0.925 was obtained in the KMO test; in the construct validity through the AFC, a value of  $X^2/df = 7$  was obtained. 17164, the RMSEA value was 0.7, the SRMR value was 0.4, the CFI value = 0.931 indicating an adequate fit and finally, the TLI value = 0.921; Cronbach's alpha was 0.90 for the total scale; and the percentiles and scales of the scale were established.

Keywords: self-injury, self-punishment, affect regulation.

## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se denota un incremento de problemas de salud mental y problemas psicosociales a través de los años, según la OMS/OPS (2012) el 25% de sujetos dispone de uno o más trastornos mentales o del comportamiento durante su vida, además, este mal equivale el 14% de las enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de Latinoamérica y el Caribe. A nivel nacional, según el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida (Rondón B., 2016). Las autolesiones según Chávez, Hidalgo y Yáñez (2019) es la destrucción del tejido de la piel, este a su vez, se puede realizar en diferentes partes del cuerpo sin intención suicida. Las conductas de autolesiones incluyen, quemarse, cortar, morderse, jalarse los pelos, golpearse, etc. Así mismo, Klonsky y Muehlenkamp (2007) definen la autolesión no suicida como una autodestrucción deliberada hacia los tejidos del cuerpo, pero sin intención de morirse; estas se dan con conductas como pegarse, cortarse, quemarse, arañarse hasta llegar al punto de sangrar y posteriormente impedir la curación de la piel, en ocasiones estas conductas pueden ser más graves como la fractura de huesos o mutilación de ciertas partes del cuerpo.

En los países de Escocia e Inglaterra se realizaron diversas investigaciones en donde se determinó que 1 de cada 130 jóvenes recurrió a las autolesiones. Uno de esos estudios sobre conductas autolesivas se realizó en Oxford en los años 1985-1995; donde la población fue de jóvenes menores de 20 años de edad que eran pacientes del Hospital General de Oxford que acudían con autolesiones. El tiempo que duró la investigación se registró que 1.840 de jóvenes ingresaban al hospital por el servicio de urgencias con autolesiones. En consecuencia, las autolesiones aumentaban conforme avanzaba la edad y era más habitual en mujeres, además el motivo más frecuente era el consumo de medicamentos con un 91.2% en mujeres y en hombres era un 82.5%. Otro estudio se realizó en Reino Unido en el 2001, donde la recolección de los datos se obtuvo por el uso de un cuestionario sobre la salud mental en niños y adolescentes. La población fue de 10.438 entre

niños y adolescentes en edades de 5 a 15 años. Como resultado se determinó que 4.249 adolescentes entrevistados entre los 11 y 15 años, solo 248 aceptaron haberse autolesionado (Fleta Zaragozano, 2017).

En algunos países de Latinoamérica como, México se elaboró una investigación para estudiantes entre las edades de 14 a 16 años, donde se determinó que el 27.9% de los adolescentes se autolesionan y el 7.4% tienen ideaciones suicidas, predominando el sexo femenino en ambos porcentajes (Mayer, Morales, Victoria y Ulloa, 2016). En un estudio colombiano, se evaluó a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, donde los resultados mostraron que el 13% de los pacientes intentaron suicidarse al menos una vez en su vida y el 26% han tenido comportamientos autolesivos (Rodríguez, Rodríguez, Gempeler y Garzon, 2014). Y por último, en una investigación de Argentina entre el año 2007 y 2009, se demostró que en Ciudad de Buenos Aires, Tucumán, Catamarca y Mar de Plata, el 15% de los jóvenes en etapa escolar evidenciaban alto riesgo en desarrollar comportamiento suicida; además, se estima que el 13% de los adolescentes se han autolesionado sin intenciones suicidas, predominando el sexo femenino en los porcentajes (Galarza, Castañeiras y Fernandez, 2018).

En el Perú, se ha registrado un aumento de casos de autolesiones en adolescentes de 12 años de edad, los últimos casos registrados se ha evidenciado que estos jóvenes no presentan habilidades para poder comunicarse y así expresar el sufrimiento por el cual están pasando por consecuente optan por autolesionarse. Estas conductas pueden estar relacionadas con trastornos mentales, alimenticios, depresión, ansiedad, pero no necesariamente todos los casos se relacionan a ello; si no también algunos adolescentes presentan estas conductas debido a disfunciones familiares como maltrato, abuso, abandono, negligencia de los padres, y es ahí donde recurren a la autolesión (Andina, 6 de febrero de 2019). En una investigación realizada en la Ciudad de Arequipa en estudiantes de secundaria entre las edades de 13 y 18 años de edad, en efecto el 34.9% de estudiantes tienen pensamientos autolesivos y el 27.9% se han autolesionado, en ambos datos las mujeres son más propensas a esta problemática; además, se identificó la edad promedio de los adolescentes donde dan inicio a las conductas autolesivas siendo los 12 años (Gallegos, Casapia y Rivera, 2018). Así mismo, sea realizó un estudio

en una institución educativa de Lima en estudiantes de nivel de secundaria; y se determinó que la principal dificultad de los adolescentes es el control de las emociones, lo cual origina ciertas patologías como desórdenes alimenticios, depresión o autolesiones (Belletich, Céspedes Díaz y Pumapillo, 2019).

A nivel local, Huamani (2020), en su estudio sobre autolesiones en un distrito del Callao obtuvo como resultado que el nivel predominante de autolesión en adolescentes entre las edades de 14 a 16 años de dos instituciones públicas de Carmen de la Legua Reynoso entre los grados de 3° 4° y 5° de secundaria, es medio con un 55%, asimismo se evidencian un nivel Bajo con un 31,9% y un nivel Alto con un 13,0%.

Algunos de los instrumentos que miden las autolesiones son: Inventory of statements about self-injury (isas) creada por E David Klonsky & Catherine R. Glenn en el año 2009; ABUSI creada por Washburn et al, en el 2010; FASM creada por Nock & Prinstein en el 2004; ISSIQ-A elaborado por Carvalho et al, en el 2005; R-NSSI-Q creada por Manza et al, en el 2014; y por último, SHBQ elaborado por Muehlenkamp et al., en el 2008.

En el presente estudio planteamos diseñar una escala la cual mida las autolesiones en jóvenes estudiantes, ya que no existen muchos de estos instrumentos adaptados a nuestra realidad nacional los cuales midan estas conductas que suelen aparecer desde los 12 años de edad en nuestra realidad nacional.

A través de información obtenida por parte del personal administrativo de la institución educativa en donde se realizará el presente trabajo de investigación, podemos indicar que este fenómeno está presente en la población educativa de una institución educativa del Callao, es una de las problemáticas que se evidencian en los estudiantes del nivel secundario y año tras año su prevalencia llega a ser una de las principales problemáticas presentes en el departamento psicológico de la institución educativa.

Es así como se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas que presenta la escala de autolesiones en adolescentes de una institución educativa del Callao?

Por consiguiente, a nivel teórico la presente investigación manifestará un aporte valioso ya que nuestra realidad requiere de instrumentos que posean propiedades psicométricas adecuadas. Así mismo, significará una contribución importante para futuras investigaciones. A su vez, a nivel práctico el presente estudio permitirá a los profesionales de la salud mental a tener un diagnóstico eficaz, para posteriormente realizar una intervención y tratamiento psicológico efectivo en este tipo de problemáticas.

A nivel metodológico la presente investigación tiene el fin de crear un instrumento el cual mida adecuadamente la variable de estudio. Por lo tanto, el objetivo principal de esta investigación es construir y determinar las propiedades psicométricas que posee la escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao. Así mismo los objetivos específicos son: a) Obtener evidencias de validez de contenido mediante el criterio de jueces de la escala de autolesión en adolescentes de una Institución Educativa del Callao, b) Obtener las evidencias de validez de estructura interna mediante el análisis factorial exploratorio de la escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao c) Obtener Las evidencias de validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio de la escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao d) Obtener evidencias de confiabilidad de las puntuaciones derivadas de los ítems de la escala de autolesión en adolescentes de una Institución Educativa del Callao e) Obtener los baremos y percentiles de la escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao.

## II. MARCO TEÓRICO

Basado en la realidad problemática en los siguientes párrafos se encuentran antecedentes ejecutados a nivel internacional:

Granados (2019), en su investigación describe que el objetivo general de su estudio desarrollar un instrumento para medir la actitud hacia la autolesión en menores de edad con propiedades psicométricas adecuadas como validez y confiabilidad. El tipo de investigación es no experimental y transversal. La muestra fue 290 estudiantes tanto de primaria y secundaria entre 9 y 15 años. Los resultados indicaron que el instrumento tiene una escala de 17 ítems con un Alfa de Cronbach de .836 y una estructura factorial de tres componentes: el cognitivo, afectivo y conductual.

Espinoza y Gómez (2020) en su estudio indican que el objetivo fue realizar un instrumento con validez el cual explorará la presencia de conductas autolesivas y la presencia de un factor como el contagio social. Su tipo de investigación fue instrumental. De una muestra total de 629 estudiantes de secundarias públicas del sur de la Ciudad de México en un rango de edad de 11-15 años. Los resultados indicaron que el cuestionario mide adecuadamente aspectos relacionados a las autolesiones.

Victor, Davis & Klonsky (2017), en su estudio describen su finalidad de desarrollar una Escala del trastorno de autolesión no suicida y probar sus propiedades psicométricas en dos muestras de estudiantes de pregrado con un historial de autolesiones. Su tipo de investigación fue no experimental y transversal. La muestra fue un total de 164 personas, una se extrajo de una universidad pública en el oeste de Canadá mientras que la muestra dos fue extraída de una universidad pública en el oeste de los Estados Unidos. Todos los participantes fueron estudiantes de pregrado matriculados en cursos de Psicología. Se tuvieron en cuenta algunos criterios como datos sociodemográficos y también un historial de depresión, ansiedad y autolesiones. La consistencia interna de la escuela se evaluó mediante el alfa de Cronbach  $\alpha = .88$ . Concluyeron que la escala es internamente consistente

y posee una validez interna para evaluar los criterios propuestos para el trastorno de la autolesión.

Burke, Ammerman, Hamiton & Alloy (2017), examinaron las propiedades psicométricas del impacto de las autolesiones, una escala desarrollada para evaluar las consecuencias sociales, conductuales y emocionales de participar en autolesiones. Su tipo y diseño de investigación fue no experimental, transversal. La muestra estuvo conformada 128 estudiantes universitarios que tenían un historial de autolesiones. Los resultados sugirieron que la escala se conceptualiza mejor como una escala de un factor y los análisis de consistencia demostraron una excelente confiabilidad. Concluyó que el instrumento tiene una estructura factorial unitaria, alta consistencia y validez aceptable.

Así mismo, Kim, S., Kim, Y., & Hur, J. W. (2019) validaron la versión coreana del inventario de declaraciones sobre autolesiones (ISAS) para así comprender mejor las características psicopatológicas de la autolesión no suicida en adultos jóvenes. En el estudio participaron 539 adultos en un rango de 19 a 30 años con antecedentes de autolesiones. El tipo de investigación fue instrumental. También se utilizó un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio. Los resultados demostraron una correcta consistencia interna y la estabilidad temporal de la versión coreana del ISAS.

Además, Vigfusdottir; Dale;Gratz; Klonsky; y Høidal (2020) en su estudio refieren que su objetivo fue traducir y analizar las propiedades psicométricas de dos versiones noruegas del DHS (Inventario de declaraciones de autolesiones deliberadas) y el ISAS (Inventario de declaraciones acerca de las autolesiones). Su tipo de investigación fue instrumental. En esta investigación participaron 402 participantes, los resultados indican que el 30,6% informó recurrir a autolesiones deliberadas y concluyeron que ambas versiones noruegas tienen un alto nivel interno de consistencia y validez de constructo.

Así mismo, Hasking y Boyes (2017) tuvieron como fin desarrollar la validación de un cuestionario que mida autolesiones no suicidas. Su tipo de investigación fue instrumental, tuvieron un total de 496 participantes que fueron estudiantes de pregrado, en sus resultados obtuvieron cinco factores: regulación afectiva,

resultados sociales negativos, comunicación, dolor y creencias negativas en uno mismo. Concluyeron que el instrumento tiene altos niveles de validez y confiabilidad al investigar variables cognitivas relacionadas a las autolesiones no suicidas.

Vílchez (2018), en su estudio se planteó como objetivo validar la cédula de autolesiones de Albores Gallo. El tipo de investigación fue instrumental. La muestra fue de tipo no probabilística, 1252 estudiantes universitarios entre un rango de edad de 18 a 37 años. Los resultados indican una adecuación muestral,  $KMO=.874$ , y el de esfericidad de Bartlett,  $c^2(66) = 4216.36$ ,  $p<.001$ , se encontraron entre los parámetros admisibles para habilitar un análisis factorial, el alfa total para el cuestionario fue,  $\alpha=.84$ . Concluyó que la cédula es una herramienta con mayor eficacia para medir las conductas autolesivas.

Chávez, Hidalgo y González (2018) su investigación tuvo como objetivo describir el proceso de adaptación transcultural del ISSIQ-A en una población de adolescentes mexicanos entre 11 y 19 años. El tipo de investigación fue instrumental. Se realizaron dos traducciones y una traducción verificando la igualdad semántica y conceptual con la versión original en inglés. Los resultados indicaron que la fiabilidad fue alta para el instrumento completo ( $\alpha = .93$ ) y medido en la mayoría de las dimensiones ( $\alpha_{min} = .67$  a  $\alpha_{max} = .94$ ). Como conclusión, la versión mexicana del ISSIQ-A es un instrumento fiable y válido para identificar y evaluar la autolesión no suicida y variables asociadas en adolescentes mexicanos.

Así mismo, se realizaron investigaciones a nivel nacional, encontrándose las siguientes:

Capa, Bendezú y Fuentes (2019) tuvieron como objetivo en su investigación analizar las propiedades psicométricas del inventario de detección de cutting (IDCA) construido con el propósito de reconocer las conductas autolesivas en adolescentes. El tipo de investigación es instrumental. La muestra fue de 213 jóvenes entre 11 a 18 años, que estudiaban en colegios de Lurigancho, Ate y Chosica.

Luego de analizar todas estas investigaciones ciertamente existen teorías las cuales aportan a tener una base sólida para el estudio, lo cual será muy importante

bajo diferentes perspectivas para analizar la etiología de las autolesiones en adolescentes.

Desde un enfoque filosófico Moncada y Tigre (2018) mencionan el llamado “acting out” el cual es un término empleado dentro de la teoría del psicoanálisis de Freud que hace referencia a actos impulsivos, violentos, agresivos o delictivos tales como crimen, suicidio, etc. Lacan (1975) define el acting out como un acto de angustia, es entonces un comportamiento del sujeto y se dirige a alguien más para así este lo descifre, es una transferencia. Por ende, las autolesiones son como un acting out las cuales se dirige al otro muchas veces tiene distintas interpretaciones es por ello por lo cual la psicología clínica debe diferenciar la génesis de este fenómeno, estos pueden hallarse en la dinámica familiar o bien como una respuesta de angustia. También Moncada y Tigre (2018) hacen referencia a la relación con la madre, donde usualmente las hijas mediante las autolesiones pueden hacer un llamado de no pertenencia, de no perfección de reclamar algo en particular, de un llamado, un grito o pedido de auxilio. También, las autolesiones pueden ser un signo de emancipación hacia el discurso dominante por la autoridad materna.

Para el sujeto lesionarse es una forma de expresión mediante su propio cuerpo donde el mismo individuo contiene los límites de dolor corporal y es un llamado de atención, los adolescentes hablan a través de su cuerpo, que sufre y grita y lo muestran a los demás como marcas de sufrimiento, de traumas y parte de su historia personal.

Respecto al enfoque histórico de las autolesiones, a comienzos del siglo XX comenzó a sobresalir el psicoanalista Karl Menninger, que en 1938 intento explicar esta conducta en su libro “El hombre contra sí mismo”, empleando el término “automutilación” para mencionar el “suicidio atenuado”, donde las autolesiones se interpretan como intentos de suicidio, separadamente si existe la intención o no. A raíz de ello es donde empieza el debate y el desacuerdo con otros autores los cuales mencionan que las conductas autolesivas no siempre tienen la intención de suicidarse y posteriormente nacen diversos conceptos como “autolesión deliberada”, “automutilación” o “para suicidio”, etc. Con el transcurso de los años, diferentes autores vieron la importancia de incluir la autolesión como un diagnóstico

propio. Pattison y Kahan en 1980 plantearon el “síndrome de autolesión deliberado”, definido como la incapacidad de resistirse al impulso de autolesionarse, la aparición de una circunstancia negativa previa y sentir alivio después del acto. Así mismo, Favazza y Rosenthal recomendaron la incorporación en el DSM del “síndrome de automutilación repetitiva” incluyendo a la definición anterior la preocupación de infringirse daño. Otro autor que resalto la falta de intención suicida consciente y la preocupación por el recurrente comportamiento fue Muehlenkamp en el 2005. Shaffer y Jacobson dieron a conocer diferentes motivos por el cual se debe catalogar a las autolesiones de manera autónoma, una de ellas es la relación de la conducta con deterioro clínico y funcional, la evidencia que no debe ser considerado únicamente como un síntoma de trastorno límite de personalidad (TLP) y la importancia de separar la autolesión del suicidio y su identificación como una categoría diagnóstica propia. En el 2013, a causa de la prevalencia y gravedad de la conducta, se incluye la autolesión como una categoría diagnóstica en el DSM-5 como una situación que necesita más investigación, bajo el término de trastorno de la autolesión no suicida (Arrieta, 2020).

Bajo un enfoque epistemológico de acuerdo con Machado (2019) durante la adolescencia surge una búsqueda de identidad en el adolescente y el círculo social se vuelve de suma importancia para el adolescente, por ende, factores como la aprobación social y la pertenencia a un grupo forma parte del autodescubrimiento de su propia identidad. La autora también hace referencia al estudio de Lewis (2011) donde se hizo un análisis de 71 sitios web referentes a las autolesiones y se evidenció que este tipo de contenido contiene un lenguaje nostálgico y alentador hacia los adolescentes, mencionan que las autolesiones son una forma de encontrar respuestas a un problema y una manera de aliviar el dolor emocional.

Desde un punto de vista neuropsicológico de acuerdo con Carvajal, Arancibia & Diaz (2015) las autolesiones resultan de una disminución de los neurotransmisores cerebrales, también se han comparado los niveles de prolactina en la sangre de personas las cuales se autolesionan, la respuesta de la prolactina fue deficiente lo cual sugiere que existe un déficit en el neurotransmisor de la serotonina.

Una de las principales teorías a considerar es la teoría biopsicosocial, este modelo fue propuesto por Engel en 1977 como modelo médico en forma de réplica al modelo biomédico. Este modelo entiende que los fenómenos significativos respecto a la salud se asocian de manera biológica, social y psicológica. Es un modelo holístico de la enfermedad y la salud, teniendo en cuenta al individuo como un ser que participa de los factores psicológicos, sociales y biológicos y su influencia entre sí. Borrel, Suchman & Epstein (2004) en el transcurso de los años han nacido dos tendencias intelectuales que enriquecieron esta teoría, como primer punto se menciona el logro de ir más allá del problema dualidad mente-cuerpo distinguiendo la adquisición del conocimiento, siendo lo social. Por otro lado, las categorías “cuerpo” o “mente” son propias y beneficiosas en medida en que enfocamos nuestras acciones y pensamientos de manera provechosa, pero cuando estas se toman de forma literal, logran limitarnos o atraparnos en un margen que no debe existir. Como segundo punto, esta lograr ir más allá del pensamiento lineal multifactorial y multidimensional, siendo esta teoría la más compleja como un modelo más adecuado para entender el dualismo, la participación en el cuidado y causalidad. Desde este enfoque también se investiga a las autolesiones y su asociación con un problema orgánico, ya sea en la química del cuerpo o en los genes.

Otra teoría es la influencia interpersonal, la cual define la importancia del factor social y los vínculos emocionales que va desarrollando la persona en su entorno, también es importante recalcar la presión social hacia el individuo y como acude a las conductas de autolesión debido a la sensación de ser aceptado en un grupo social. Estas conductas tienen la finalidad de influenciar o maniobrar a ciertos grupos sociales como la familia, amigos o pareja. Por lo tanto, la persona tiene la necesidad de sentirse relevante y de suma importancia para con los demás. Edmondson, Brennan & House (2015) diversos estudios donde se aplicaron cuestionarios sobre autolesiones, se evidenció la existencia de influencia interpersonal como por ejemplo “el buscar ayuda de otra persona”, “el mostrar cuanto amaba a una persona”, “mostrar a los demás el alcance de mi dolor”, en investigaciones cualitativas se evidenció respuestas como: (luego de autolesionarse) dijeron, Oh Dios mío ¿cómo ocurrió esto? Y después pensé oh,

recibí atención por esto y me dijeron cosas bonitas; “al autolesionarme encontré calidez, la atención y el amor que estaba buscando”.

La teoría de regulación de afecto, según este modelo la expansión de las funciones socio afectivas del niño es influenciada por las experiencias de intercambio sostenido por el cuidador primario (padre o madre). Por ello el cuidador tiene la capacidad de sintonizar adecuadamente lo que está sintiendo el niño, así mismo generando un apego seguro. Cuando el infante necesita el reconocimiento parental de su ansiedad, debe afrontar déficits de sintonía emocional, como violencia emocional, creando la expectativa de que el dolor emocional debe ser gestionado sin recurrir a otros, siendo un factor contribuyente a la vulnerabilidad de la autolesión. Debido a ello, esta teoría también pretende explicar que las conductas de autolesión generan en el individuo una sensación de alivio cuando este es adolescente o adulto y a través de la autolesión regula los sentimientos “negativos”. Linehan (1993), las personas realizan este daño contra sí mismos porque aprendieron a confrontar sus crisis emocionales de esta manera. Andover & Morris (2014) la regulación de afecto es una fase donde un sujeto influye de forma inconsciente o consciente en la experiencia, magnitud y duración de las emociones; el orden del proceso de la regulación afecto es: situación, atención, valoración y respuesta, este último retroalimenta a la situación, ya que una respuesta emotiva de un sujeto modifica o causa una nueva situación.

La teoría del autocastigo también da un énfasis propio de las posibles causas de las conductas autolesivas, sobre ello Flores, Cancino & Figueroa (2018), el individuo que se autolesiona tiene como objetivo apagar su dolor emocional íntimo, auto castigándose o haciendo notoria su molestia a los demás, los jóvenes realizan el autocastigo porque cortarse alivia sus tensiones y sienten relajación mental. Generalmente les cuesta expresar sus sentimientos porque piensan que generan algún conflicto. Así mismo cuando ellos se sienten física o mentalmente aislados suelen cerrarse en su mundo interior, en su mayoría suelen caracterizarse por su fragilidad. Cabe resaltar que se sienten obligados a dañar su cuerpo como una forma de liberar sus sentimientos y frustraciones. Las personas castigadas por manifestar una determinada emoción en su niñez tienden a autocastigarse ellos mismos conforme van creciendo, “te castigas por fuera, tratando de matar el

monstruo que se está adentro”; es decir, se causan un dolor físico tratando de olvidar o dejar en segundo plano el dolor emocional, ya que se castigan por sentir ciertas emociones negativas que aparecen cuando recuerdan algún acontecimiento doloroso. Vel-Palumbo, Woodyatt & Wenzel (2018) el autocastigo inicia a través del sentimiento de culpa y se ejerce para calmar este sentimiento, además sirve para disminuir la angustia como producto de un modelo de justicia y dolor aprendido en el ámbito social. Los sujetos aprendieron a autocastigarse a través del castigo que utilizaban sus padres cuando eran niños, y castigarse disminuye el castigo externo, de esta manera los sujetos se sociabilizan para sentirse calmadas luego del castigo. Por otro lado, el autocastigo disminuye las emociones negativas y despista la atención de otros sentimientos no deseados.

Otra teoría muy importante es la teoría de disociación; es la desconexión de algunas personas entre sus pensamientos, normalmente sus niveles de atención están alterados, mostrando una desorientación en el tiempo y espacio. El individuo logra autolesionarse en este tiempo de despersonalización o desrealización que separa su personalidad con lo real, llevando a la desconexión con su propio cuerpo. En su mayoría personas que han sufrido traumas como abuso infantil, violaciones o castigo físico repetitivo aplican la teoría de la disociación como mecanismo de defensa para mitigar el dolor al momento de autolesionarse. Rossi, et al (2019) refiere, la disociación cuenta con dos grupos principales de síntomas, a) Compartimentación, nos habla acerca de la carencia de integración entre los procesos psicológicos y la ineptitud de controlar los procesos mentales que normalmente son controlados por la voluntad propia, los síntomas suelen ser trastornos de conversión y amnesia disociativa; b) Desprendimiento o desapego, es el estado alterado de la conciencia vivido como “alienación” del mundo o de uno mismo, durante este estado se puede percibir una falta o ausencia de las emociones. También, refieren que el desapego es el cimiento de la desrealización/despersonalización, adormecimiento, y las experiencias extracorporales. La teoría de la conducta suicida alternativa brinda un enfoque teórico o modelado conductual que se presenta de manera alternativa, quiere decir que, la relación del entorno y el individuo en cada caso representan diferentes condiciones, si bien es cierto, el mundo de las contingencias es caótico e

impredecible pero aun así es posible describir variables relevantes que explican el comportamiento. Visto que el sujeto adquiere las conductas por las dificultades de su vida cotidiana ya sea problemas económicos, despido laboral, conflictos sociales, problemas físicos como enfermedades etc. así mismo las respuestas están asociadas de manera cognitivas, con función a los pensamientos de insuficiencia, incapacidad, etc. Entonces el sujeto a falta de alternativas anticipa las autolesiones para evitar o escapar del sufrimiento, causando un alivio de la aversión. Van, et al (2010) plantea la conducta suicida como pensamientos, comunicaciones y comportamientos, también menciona que el suicido es autoiniciado y que esta conducta cambia de términos según la presencia o la ausencia del deseo de morir y la ausencia o presencia de lesiones físicas. Por otro lado, nos mencionan que el intento suicida cuenta con las siguientes características; 1) Conducta autoiniciada, 2) Presencia de deseos de morir, 3) resultado no fatal. La palabra suicido se utiliza en casos en el que el intento suicida finaliza en muerte.

En la teoría de límites interpersonales, al individuo le cuesta desarrollar una identidad, lo cual le dificulta alejarse de objetos importantes. Al lastimarse se divide físicamente de lo que lo rodea y los otros, esto lo posibilitará en diferir su identidad para su independencia. Determinados sujetos se lastiman físicamente para ponerse límites como, por ejemplo; marcarse partes del cuerpo, ya que esto les ayuda a sentirse independientes, libres o distintos. Los testimonios de algunos mencionan que esto les permite poseer dominio de sí mismo y hacia los demás.

La teoría de búsqueda de sensaciones refiere que, al ocasionar una lesión en el cuerpo, genera una sensación de consuelo o desahogo ante un pensamiento o idea negativa. La autolesión se genera o es motivada por la persona con la necesidad de buscar sensaciones, ya sea simplemente para “sentir algo, aunque sea dolor” o para “evitar sentimientos negativos”, pretendiendo huir de pensamientos o emociones agobiantes lo cual resultan inadmisibles para aquella persona que está pasando por una situación. Por otro lado, Lee, Lee, Lim & Park (2015) refiere, es un rasgo de la personalidad la cual se determina por el deseo de tomar riesgos físicos, sociales, económicos y legales con el fin de buscar experiencias nuevas, complejas e intensas. Así mismo, Lynam, Miller, Miller, Bornovalova & Lejuez

(2011), concuerdan con lo citado anteriormente, refiriendo que la búsqueda de sensaciones se origina por tendencias de un sujeto a cometer actos emocionantes y novedosas.

Respecto a la teoría de lo sexual menciona que aquellos adolescentes que han sufrido abuso sexual en algún momento de su vida suelen llevar a cabo las conductas autolesivas, entre otras actividades perjudiciales para ellos. El comportamiento autolesivo florece en personas que alguna vez en su vida han pasado por algún tipo de abuso sexual, y no han tenido la oportunidad de poder quejarse o expresarlo. Por ello suelen manifestarlo auto agrediendo, tratando de evidenciar su dolor de forma silenciosa, que en su momento trataron de esconder u omitir. Gratz, (2003) plantea que las autolesiones se generan en la adultez por experiencias de la infancia, como incesto, abuso sexual, trauma, negligencia, apego inseguro. Referente al abuso sexual infantil se evidencia reiterados eventos de autolesiones en la población femenina y en la población masculina se evidencia una minoría. Por otro lado, Frenlund, Goran, Priebe, Jonsson & Wadsby (2017) plantea en su estudio que jóvenes mujeres se autolesionaban mediante el uso del sexo, utilizando este método como un regulador de afecto y estrategia de afrontamiento ante la depresión.

Referente a nuestra línea de investigación que es la psicométrica, cabe resaltar algunos conceptos claves para el desarrollo de nuestro instrumento.

Meneses, Barrios, Bonillo, Cosculluela, Lozano, Turbany & Valero (2014) refiera, la psicometría aporta en el desenlace de una evaluación psicológica la cual nos provee métodos, técnicas y teorías que facilitan la descripción, clasificación y diagnóstico, también nos aclara o demuestra los fenómenos psicológicos para lo cual se pretenden medir mediante un instrumento.

Es de conocimiento que los instrumentos psicológicos requieren de ciertas consideraciones las cuales otorgan peso científico tales como propiedades psicométricas. Sobre la validez de contenido, Chiner (2011) refiere, se encarga de evaluar el grado en el que una prueba debe presentar una muestra apropiada a los contenidos, sin desequilibrios u omisiones del contenido. Así mismo, su utilización es primordial con pruebas referidas al criterio, pruebas educativas y pruebas de

rendimiento que tienen como objetivo confirmar el entendimiento o comprensión de ciertos cursos. Yaghmale (2003) señala que la validez del contenido de los instrumentos es importante, ya que ayuda a aseverar la validez del constructo y ofrecer confianza a los investigadores y lectores.

De igual manera Chiner (2011), la validez de constructo se encarga de verificar si el instrumento utilizado cumple con la hipótesis del instrumento de medición elaborado únicamente para medir el objeto de estudio. Por otro lado, la palabra constructo alude a un criterio teórico psicológico inobservable como por ejemplo la inteligencia, aptitudes, factores de personalidad, etc., mientras que la determinación operativa del constructo muestra inconvenientes en la práctica, ya que son observables. Es por ello que la validez del constructo posee un procedimiento difícil y trabajoso.

Referente a la confiabilidad Ruiz (2015) dicho término es semejante a “predictibilidad y estabilidad”. La confiabilidad está orientada al grado de uniformidad u homogeneidad de los ítems del instrumento en vinculación con lo que se procura medir. Se llama confiabilidad de “consistencia interna u homogeneidad”. Al respecto de los percentiles según Meneses, Barrios, Bonillo, Cosculluela, Lozano, Turbany y Valero (2013), los percentiles también llamados como centiles tiene una vinculación con la mediana ya que esta se encargará de ser el valor que ocupa la postura central. La alteración apoyada en los percentiles radica en conceder a cada puntuación directa una puntuación porcentual, según el puesto de las observaciones. Bowman (2001) menciona que los RP se emplean en neuropsicología, pruebas educativas y vocacionales como un recurso para cambiar las puntuaciones brutas en una métrica estándar.

Por otro lado, Daza (2014) el baremo es una escala de calificación adquirida de un instrumento de medida que posibilita su interpretación, mediante la asignación a cada una de ellas de un valor concreto. Luna (2007), la escala tipo Likert es un instrumento la cual pretende medir y recolectar ciertos datos cuantitativos que se utilizaran en un estudio. Esta escala pertenece a un nivel de medición ordinal, se basa en un conjunto de ítems o juicios a modo de confirmación mediante los cuales se pide la reacción del individuo. El estímulo que viene a ser el ítem, se le muestra

al individuo, ya que el investigador busca medir sus respuestas las cuales se encuentran en términos de grados de acuerdo o desacuerdo. Las respuestas equivalen a cinco opciones, donde a cada una de estas se le establecerá un valor numérico que determinará la puntuación final del sujeto, que indicará su posición final dentro de la escala. Joshi, Kale, Chandel & Pal (2015) esta escala se aplica como un instrumento psicométrico, siendo el más frecuente en investigaciones de ciencias sociales y educativas. La escala Likert se encarga de afirmar (ítems) situaciones hipotéticas o reales en estudio.

Referente al análisis factorial exploratorio Lloret, Ferreres, Hernandez & Tomas (2014) refiere que el AFE de ítems es el recurso más utilizado para investigaciones sobre validación y desarrollo de tests, ya que es la técnica más adecuada para examinar las variables o factores comunes que explican las respuestas de los ítems de un test. También, se llama exploratorio porque puede definir el número de factores esperado, sin embargo, no puede determinar la composición y la conexión que cada factor tiene con el resto. El indagador puede utilizar la técnica AFE para conocer más sobre la variable estudiada, lo cual ayudara a determinar los factores latentes que se ocultan en las variables expuestas, como también los patrones de relaciones entre variables manifiestas y latentes. Por otro lado, tenemos a Martinez, Hernandez & Hernandez (2014) que nos mencionan cuatro fases en el AFE, a) Preparación inicial de los datos: el investigador debe elegir las variables que desea analizar y reunir los datos en una muestra adecuada, luego se deberá pre analizar los datos obtenidos mediante la exploración de los datos donde se eliminan los errores; b) Extracción de los factores, se define los factores que aclaran las correlaciones en medio de las variables. El investigador deberá elegir entre dos opciones, el n° de factores a extraer y el método de extracción de factores; c) Rotación de los factores, en esta fase el investigador también deberá tomar la decisión de rotar o no rotar, de elegir la primera opción tendrá que escoger el procedimiento ya que existen diversos, d) Interpretación de los factores, el investigador deberá examinar los resultados de la teoría referente a los constructos comprometidos en el análisis y otorgarle un nombre a los factores. Por último, se espera la colaboración de expertos sobre la teoría en que se aplica el análisis factorial exploratorio.

De acuerdo con Lloret, Ferreres, Hernández & Tomas (2014) refiere, el AFC se singulariza por conceder al indagador determinar el número de factores esperados, factores enlazados entre ellos y qué ítems están vinculados con cada factor. Martínez, Hernández & Hernández (2014) menciona, el indagador se plantea una hipótesis sobre la organización de las variables, la relación entre ellos y sus vínculos con las variables observadas. Como conclusión, el AFE se emplea para la construcción de la teoría y el AFC se emplea para confirmar dicha teoría.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y Diseño de investigación**

##### **Tipo de investigación:**

El presente estudio académico responde al tipo de investigación aplicada ya que los conocimientos y el instrumento de medición para la variable de estudio será ejecutado en una población en provecho y beneficio de esta. Así mismo Cordero (2009) refiere que este tipo de investigación utiliza los conocimientos dentro de la práctica en grupos y la sociedad que participa dentro del proceso de estudio y que de los resultados se obtienen nuevos conocimientos que enriquecen la disciplina.

##### **Diseño de investigación:**

El siguiente estudio se ajustó a un diseño no experimental, pues no se realiza manipulación de la variable de estudio. Sousa, Driessnack y Costa (2007) indican que este tipo de diseño el investigador realiza observación y ocurre de forma natural sin intervenir de ninguna manera.

Así mismo; es transversal debido a que se recolectan los datos en un determinado tiempo único. Rodríguez & Mendivelso (2018) mencionan que los diseños transversales el investigador realiza solo una medición de la variable en cada individuo.

Además, es un estudio instrumental ya que está encaminado al desarrollo de una prueba psicométrica (Montero y León,2007).

#### **3.2. Variables y operacionalización**

##### **Variable 1: Autolesiones**

- **Definición conceptual:** Las autolesiones se definen como un daño intencional y de manera directa sin llevar a cabo el acto suicida. Los cortes en la piel pueden ser el tipo más común de autolesiones, sin embargo, existen otras formas que incluyen golpes, arañazos o quemaduras en la piel (Klonsky,2007).

- **Definición operacional:** Para medir la variable se empleará la Escala de autolesiones de Cartolin & Palma (EACP), compuesta por 18 preguntas y está dividida en 2 dimensiones, estas son: autocastigo y regulación de afecto.
- **Dimensiones:** autocastigo y regulación de afecto.
- **Escala de medición:** la escala de medición es Likert, su nivel de medición es ordinal.

### 3.3. Población, muestra y muestreo

**Población:** La población es una agrupación de sucesos definidos, limitados y accesibles, que formarán el referente para la elección de la muestra (Arias et, al. 2016). En este estudio, la población está conformada por 1001 alumnos que se encuentran entre los 11 y 17 años pertenecientes a una institución educativa del Callao.

- **Criterios de inclusión:** Adolescentes de 11 a 17 años, varones y mujeres, alumnos de secundaria pertenecientes a la Institución Educativa.
- **Criterios de exclusión:** Sujetos que excedan la edad requerida, alumnos de otras instituciones educativas.

**Muestra:** En el estudio se consideran 1001 participantes encuestados. En este caso se opta por una muestra censal. Referente a esto, López (1998) menciona que la muestra censal consta de la participación de toda la población.

### 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó la encuesta como técnica de investigación, respecto a ello Casas, Repullo & Donado (2013), la definen como un método que emplea un conjunto de procedimientos estandarizados de indagación de las cuales se pretende recoger y analizar datos de una determinada población y tiene como finalidad explorar, explicar, pronosticar y/o esclarecer ciertas características.

En esta investigación se utilizará una escala para medir la variable. Morales (2011), nos dice que la escala tiene 2 características, primero, las preguntas son

indicadores de la variable; y la otra característica es que se sumarán todas las respuestas de cada individuo para determinar cómo se encuentran respecto a la variable que se está midiendo.

En esta investigación se utilizará la Escala de autolesiones creada por Cartolin y Palma (EACP), la cual tiene una procedencia de Lima, Perú y está destinado a adolescentes escolares en un rango de edad de 11 a 17 años, la prueba tiene una duración aproximadamente de 15 minutos y puede ser aplicada en el ámbito tanto educativo como clínico. Está constituida por 18 ítems de tipo polinómico en una escala Likert que tiene como finalidad evaluar el nivel de autolesión (no problemático, riesgo moderado, problema considerable y clínicamente significativo).

## **INSTRUMENTO**

### **Ficha técnica**

Nombre: Escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)

-Autores: Cartolin & Palma

-Procedencia: Perú-2021

-Administración: Individual o colectiva

-Tiempo: 15 min. Aproximadamente

-Estructuración: 2 dimensiones-18 ítems

-Aplicación: Adolescentes de 11 a 17 años

### **Reseña histórica:**

La Escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP), de Cartolin y Palma, evalúa el nivel de autolesiones en dos dimensiones, autocastigo y regulación de afecto. Su utilización de este instrumento compete al entorno educativo y clínico, se evaluó en adolescentes de una institución educativa del Callao con 1001 participantes, su uso es individual o colectivo, con una aplicación de 15 minutos aproximadamente.

Al momento de realizar el análisis psicométrico y en la versión final resultó ser un instrumento de dos dimensiones y que cuenta con 18 ítems.

### **Consigna de aplicación:**

- Se recomienda antes de la aplicación realizar una charla con fines psicoeducativos sobre las autolesiones en la adolescencia.
- Leer cada oración cuidadosamente.
- No existe respuesta buena o mala, se desea conocer cómo sientes y actúas en diversas situaciones.

### **Calificación e interpretación**

Una vez terminada la aplicación al examinado se debe verificar que todos los enunciados hayan sido contestados para su posterior calificación. Las respuestas se califican de manera politómica del 1 al 5. Luego, se realiza la sumatoria de las alternativas de respuestas asignadas por cada dimensión. Al obtener los puntajes se ubican en la categoría correspondiente según los baremos para ver en qué nivel de autolesión se encuentra el sujeto y la dimensión que representa mayor puntaje.

### **Propiedades psicométricas originales del instrumento**

La validez del instrumento se desarrolló mediante un análisis factorial confirmatorio donde la estructura de dos dimensiones resultó ser el más aceptable.

En la escala de Cartolin y Palma, se encontraron evidencias de consistencia de validez interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor es .90. Las dimensiones que evalúa este cuestionario también cuentan con una consistencia interna, las cuales han sido obtenidas a través del coeficiente Alfa de Cronbach, autocastigo es .91, regulación de afecto .94 respectivamente. Todo esto indica que la escala es un instrumento confiable; CFI .93; RMSEA 0.07, SRMR 0.04. (Bentler y Bonett, 1980,) (Hu y Bentler, 1999)

## **Propiedades psicométricas del piloto**

Para la prueba piloto se encuestó al 10% de la población vía Google Forms, se desarrolló mediante un análisis factorial exploratorio donde la estructura es de dos dimensiones. En la Escala de autolesiones de Cartolin & Palma, se encontraron evidencias de consistencia de validez interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor es .91.

### **3.5 Procedimientos**

El primer paso de la creación del instrumento fue la elaboración de los 20 ítems según nuestras dimensiones e indicadores, seguidamente paso por el juicio de 10 expertos en el tema, luego se procedió a solicitar el permiso a la institución educativa para el desarrollo de la investigación, se coordinó la fecha y hora para la recolección de datos. Después de ello, se elaboraron los materiales que se emplearán en la investigación, se expuso la importancia de la investigación, seguidamente se aplicó el instrumento a través de Google Forms, se aplicó la prueba piloto al 10% de la población que resulta 101 participantes, se les entregó un consentimiento informado, después se procedió a comprobar, depurar la información. Por último, se elaboró la matriz de los datos, se realizó el análisis estadístico con los resultados obtenidos, se realizó el análisis factorial exploratorio, se determinó la confiabilidad con el alfa de Cronbach. Por último, se aplicó el instrumento a toda la muestra, posteriormente se determinó el análisis factorial confirmatorio, se establecieron los baremos y percentiles.

### **3.6 Métodos de análisis de datos**

Para hacer efectivo los objetivos del trabajo se elaboró una escala de 20 ítems que tendrán que ser validadas a través del juicio de expertos mediante la validez del criterio de Aiken el cual nos ayudará a cuantificar la relevancia de los ítems, con respecto a la validez de contenido de un instrumento de medición se realizará el análisis factorial exploratorio (Robles,2018).

Después de ello, se procedió a aplicar la prueba piloto que corresponde al 10% de la población que fueron 101 participantes, se aplicó el análisis de ítems

considerando estadísticos descriptivos, donde también se obtendrá el Análisis factorial exploratorio, se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov y se obtuvo la validez y confiabilidad lo cual nos permitirá comprender los rasgos o características que se pretenden analizar mediante el alfa de Cronbach (Corral, 2009).

Seguidamente en otro momento de la investigación, se aplicó el instrumento creado con los ítems idóneos a la población de 1001 adolescentes, se ejecutó el análisis factorial confirmatorio y se obtendrán los baremos.

Se utilizará el software estadístico SPSS versión 25, Jamovi y AMOS, las tablas y gráficos están descritos de acuerdo con las normas APA.

### **3.7 Aspectos éticos**

Referente a los principios éticos en nuestra investigación se atañen la confiabilidad como primer punto, ya que no se divulgará los datos personales ni los resultados de los participantes; como segundo punto consideramos la autonomía, ya que se respetará la libertad que posee cada participante para tomar sus propias decisiones; la fidelidad como tercer y último punto, ya que se mantendrá la promesa de no divulgar ningún tipo de información. Por otro lado, se informará a los participantes sobre las características y el fin de la investigación. Omitir la exposición de ciertos datos del estudio puede sumar responsabilidades al investigador, ya que tiene el deber de resguardar la dignidad y el bienestar de los participantes.

Esta investigación está guiada por el código de ética de la Universidad César Vallejo, donde se toma como primer punto el respeto por las personas en su integridad y autonomía, defendiendo los intereses y el bienestar de la persona; seguidamente, la honestidad al ser transparentes con el proceso de investigación y que esta se pueda utilizar en corroboración de los resultados con otros estudios nuevos; y por último, los investigadores tienen la responsabilidad de aseverar que se ha cumplido con los requisitos legales, de seguridad y éticos.

También, se encuentra regida por principios éticos normados por el código de ética del colegio de psicólogos del Perú (2017) en el artículo 24°, la cual manifiesta que al diseñar y realizar una investigación se debe aceptar la responsabilidad y el compromiso de defender los derechos humanos de los participantes. Es por ello por lo que, al realizar una investigación científica, se debe entregar un consentimiento informado a los participantes, protegiendo la identidad como también los resultados, conservándolo de forma confidencial.

Referente a los principios bioéticos que contiene la presente investigación se considera el principio del respeto de la autonomía, ya que se respetará los puntos de vista y creencias; el principio de la no maleficencia nos habla acerca promover el bienestar de la persona y no lesionar sus intereses; y finalmente, el principio de la beneficencia ya que se protegerá los derechos de los individuos (Siurana, 2010).

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1**

*Valores V de Aiken para los ítems*

	Pertinencia	Relevancia	Claridad
	V de Aiken [IC95%]	V de Aiken [IC95%]	V de Aiken [IC95%]
Ítem1	0.95	0.90	0.88
Ítem2	0.85	0.85	0.85
Ítem3	0.83	0.85	0.88
Ítem4	0.88	0.83	0.83
Ítem5	0.88	0.88	0.88
Ítem6	0.93	0.90	0.83
Ítem7	0.93	0.95	0.85
Ítem8	0.90	0.93	0.83
Ítem9	0.93	0.95	0.90
Ítem10	0.90	0.90	0.83
Ítem11	0.88	0.88	0.83
Ítem 12	0.95	0.95	0.88
Ítem 13	0.93	0.93	0.85
Ítem 14	0.90	0.93	0.83
Ítem 15	0.88	0.88	0.83
Ítem 16	0.98	0.98	0.93
Ítem 17	1.00	1.00	0.98
Ítem 18	0.98	1.00	0.88

*N=10*

Los valores V de Aiken y sus respectivos intervalos de intervalos al 95% son expuestos en la Tabla 1. Este coeficiente es un indicador de validez de contenido a través de criterio de jueces expertos, 10 en este caso. Se observa que de los tres criterios es en claridad donde se obtuvo el valor más bajo de .83. Así mismo, el valor más alto es en los criterios de pertinencia y relevancia que es 1.00.

**Tabla 2**

*Medidas de adecuación de los datos al Análisis Factorial Exploratorio*

<i>Prueba de KMO y Bartlett</i>		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,925
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	2120,430
	gl	153
	Sig.	0,000

En la Tabla 2 se observan las medidas de adecuaciones de los datos al análisis factorial exploratorio en donde se puede observar la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que tiene un valor de 0,925 lo que indica que el valor mayor a  $>0.80$  permite realizar el análisis (Detrinidad,2016). También, el test de esfericidad de Bartlett no es significativo ( $p < 0.05$ ). En tanto, los puntajes obtenidos en la prueba permiten realizar el análisis factorial exploratorio

**Tabla 3***Cargas factoriales, comunalidad y correlación de factores*

	<b>Matriz de componente rotado<sup>a</sup></b>	
	Componente	
	1	2
ITEM 1	<b>0,792</b>	0,111
ITEM 2	<b>0,751</b>	0,263
ITEM 3	<b>0,713</b>	0,331
ITEM 4	<b>0,826</b>	0,403
ITEM 5	<b>0,757</b>	0,464
ITEM 6	<b>0,783</b>	0,354
ITEM 7	<b>0,830</b>	0,286
ITEM 8	<b>0,727</b>	0,595
ITEM 9	<b>0,782</b>	0,466
ITEM 10	0,162	<b>0,860</b>
ITEM 11	<b>0,802</b>	0,320
ITEM 12	<b>0,670</b>	0,541
ITEM 13	<b>0,794</b>	0,347
ITEM 14	<b>0,710</b>	0,583
ITEM 15	<b>0,721</b>	0,240
ITEM 16	0,412	<b>0,811</b>
ITEM 17	<b>0,777</b>	0,503
ITEM 18	0,306	<b>0,823</b>

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.<sup>a</sup>

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

En la tabla 3 se presentan las cargas factoriales. Se puede apreciar que para la primera dimensión autocastigo, compuesto por 15 ítems, sus cargas factoriales oscilan entre .6 y .8, a su vez en la dimensión 2 regulación de afecto sus cargas factoriales oscilan entre .7 y .8.

**Tabla 4**

*Medidas de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)*

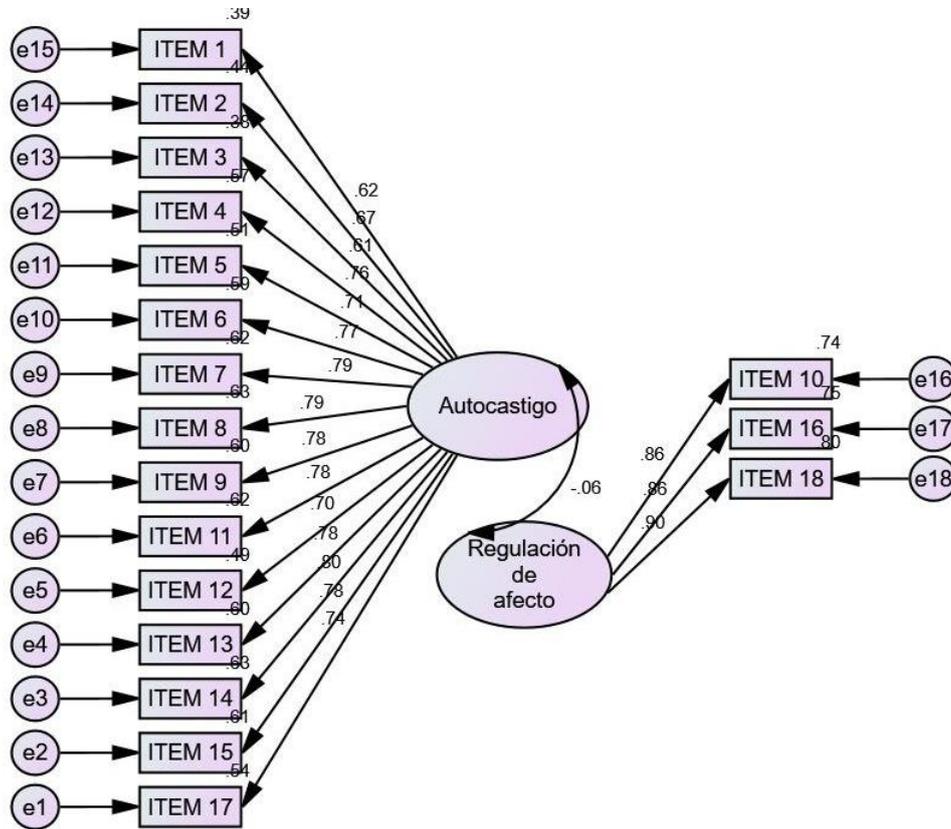
Índices de ajuste	Resultado	Índices Óptimos	Autor
Ajuste absoluto $\chi^2/g.l$	7.17164	$\leq 5.00$	(Bentler, 1989)
Razón chi cuadrado/grados libertad			
RMSEA	0.0786	$\leq 0.08$	(Hu y Bentler, 1999)
Índice de bondad de ajuste ajustado			
SRMR	0.0435	$\leq 0.08$	(Hu y Bentler, 1999)
Residuo estandarizado Cuadrático medio			
Ajuste comparativo			(Bentler y Bonett, 1980)
CFI	0.931	$\leq 0.90$	
Índice de ajuste comparativo			
TLI	0.921	$\leq 0.90$	(Hu y Bentler, 1999)
Índice de Tucker - Lewis			

En la tabla 4, los datos obtenidos del análisis factorial confirmatorio, se observan los índices de ajuste un valor  $\chi^2/g.l = 7.17164$ , indicando no un buen ajuste (Bentler, 1989), Por otro lado, el valor del RMSEA obtuvo un valor 0.7, indicando un valor adecuado, también el valor SRMR obtuvo un valor de 0.4 lo cual es aceptable.

El valor CFI = 0.931, indicando un buen ajuste (Bentler y Bonett, 1980) además el valor TLI=0.921 obtuvo un valor aceptable (Hu y Bentler, 1999).

**Figura 1**

*Diagrama del modelo de dos dimensiones para la Escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)*



En la figura 1 se evidencia la distribución de los ítems, con datos ajustados a los índices de bondad del análisis factorial confirmatorio.

**Tabla 5***Percentiles de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP) en adolescentes*

Percentiles	Autolesión	Autocastigo	Regulación de afecto	Percentiles
99	76,00	70,00	15,00	99
95	68,00	59,00	14,00	95
90	62,00	55,00	13,00	90
85	56,00	51,00	12,00	85
80	53,00	45,00	12,00	80
75	50,00	43,00	11,00	75
			9,70	70
65	45,00	38,00	9,00	65
60	42,60	35,00	9,00	60
55	40,00	32,00	7,55	55
50	38,00	30,00	6,00	50
45	36,45	28,00	6,00	45
40	34,00	26,00	5,00	40
35	32,00	23,35	4,00	35
20	26,20	19,00	3,00	20
15	24,00	17,00	3,00	15
10	21,00	16,00	3,00	10
5	19,00	15,00	3,00	5
1	18,00	15,00	3,00	1
N	1001	1001	1001	N
M	40,12	32,92	7,19	M
DE	14,87	14,58	3,95	DE
Min	18	15	3	Min
Max	86	75	15	Max

En la tabla 5 se aprecia los percentiles y baremos sobre la variable autolesiones y sus dimensiones. Asimismo, se aprecia las medias, desviación estándar, valores mínimos y máximos en adolescentes de una Institución Educativa del Callao, 2021.

**Tabla 6**

*Percentiles de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP) en adolescentes de sexo femenino*

Percentiles	Autolesión	Autocastigo	Regulación de afecto	Percentiles
99	77,00	69,06	15,00	99
95	69,15	60,15	14,00	95
90	63,00	57,00	13,00	90
85	56,45	51,45	12,00	85
80	53,00	46,00	12,00	80
75	51,00	43,00	11,00	75
70	48,00	41,00	10,00	70
65	45,00	39,00	9,00	65
60	43,20	35,00	9,00	60
55	41,00	32,00	8,00	55
50	38,00	30,00	7,00	50
45	37,00	28,00	6,00	45
40	35,00	26,00	5,00	40
35	32,00	24,00	4,00	35
30	30,00	22,00	3,00	30
25	29,00	21,00	3,00	25
20	27,00	19,00	3,00	20
15	25,00	17,55	3,00	15
10	22,00	16,00	3,00	10
5	19,00	15,00	3,00	5
1	18,00	15,00	3,00	1
N	596	596	596	N
M	40,54	33,28	7,26	M
DE	15,029	14,765	3,966	DE
Min	18	15	3	Min
Max	86	75	15	Max

En la tabla 6 se observa los percentiles y baremos sobre la variable autolesiones y sus dimensiones. Por otro lado, se muestra las medias, desviación estándar, valores mínimos y máximos en adolescentes de sexo femenino de una Institución Educativa del Callao, 2021.

**Tabla 7**

*Percentiles de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP) en adolescentes de sexo masculino*

Percentiles	Autolesión	Autocastigo	Regulación de afecto	Percentiles
99	75,95	70,95	15,00	99
95	67,00	58,75	14,00	95
90	60,00	54,00	13,00	90
85	56,00	49,25	12,00	85
80	52,00	44,00	12,00	80
75	49,75	43,00	11,00	75
70	47,00	40,00	9,00	70
65	44,00	37,00	9,00	65
60	42,00	35,00	8,00	60
55	40,00	32,00	7,00	55
50	38,00	29,00	6,00	50
45	36,00	28,00	6,00	45
40	34,00	25,00	5,00	40
35	32,00	23,00	4,00	35
30	30,00	21,00	3,00	30
25	28,00	20,00	3,00	25
20	26,00	19,00	3,00	20
15	23,75	17,00	3,00	15
10	20,50	16,00	3,00	10
5	18,00	15,00	3,00	5
1	18,00	15,00	3,00	1
N	404	404	404	N
M	39,49	32,40	7,09	M
DE	14,624	14,309	3,933	DE
Min	18	15	3	Min
Max	80	75	15	Max

En la tabla 7 se evidencia los percentiles y baremos sobre la variable autolesiones y sus dimensiones. Por su parte, se muestra las medias, desviación estándar, valores mínimos y máximos en adolescentes de sexo masculino de una Institución Educativa del Callao, 2021.

**Tabla 8***Baremos de la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)*

Categorías	Percentil
Clínicamente no significativo	1 a 74
Riesgo moderado	75 a 84
Problema considerable	85 a 94
Clínicamente significativo	95 a 99

En la tabla 8 se evidencia los baremos de la escala de autolesiones de Cartolin & Palma, haciendo uso de los cortes percentilares los problemas de gravedad se pueden considerar a partir de 85 y las puntuaciones a partir del percentil 95 en adelante implica urgente necesidad de ayuda profesional especializada.

**Tabla 9***Evidencias de fiabilidad a través del coeficiente de confiabilidad de Cronbach para la escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)*

Dimensiones	Ítems	Alfa
Autocastigo	15 ítems	0.91
Regulación de afecto	3 ítems	0.94
Escala total	18 ítems	0.90

En la tabla 9 se observa el alfa de Cronbach a nivel global de la Escala de autolesiones de Cartolin y Palma obteniendo como resultado ,91. A su vez, se observa el valor de alfa de Cronbach para la primera dimensión “Autocastigo” que es 0.94, también se aprecia el valor para la dimensión 2 “regulación de afecto” el cual tiene un valor de 0.90.

## V. DISCUSIÓN

Esta investigación fue ejecutada bajo un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental y transversal, donde el objetivo principal fue construir y determinar las propiedades psicométricas de una escala de autolesiones en adolescentes, se contó con una muestra de 1001 estudiantes entre las edades de 11 a 17 años de una institución educativa ubicada en el Callao. Los resultados obtenidos sugieren que la Escala de autolesiones de Cartolin y Palma posee adecuados valores de confiabilidad y validez.

Para el primer objetivo específico, obtener evidencias de validez de contenido mediante el criterio de jueces de la escala de autolesión en adolescentes de una Institución Educativa del Callao, se contó con la participación de 10 jueces expertos en la variable para el juicio de expertos y así determinar la validez de contenido utilizando la V de Aiken los 18 ítems obtuvieron valores entre .83 y 1.00. Es importante mencionar que el valor crítico para V es .50 (Aiken, 1985; Penfield, & Giacobbi, 2004). Estos resultados indican que los ítems de la escala que significa que los ítems demuestran ser importantes para la prueba, son fácilmente comprensibles y coherentes con la variable de estudio. Estos resultados los podemos contrastar con los autores Espinoza y Gómez (2020) quienes en su investigación no emplearon el uso de la V de Aiken sino más bien el uso del índice de Kappa en el cual obtuvieron resultados aceptables en los tres criterios, claridad ( $\kappa = 0.75$ ), coherencia ( $\kappa = 0.78$ ) y relevancia ( $\kappa = 0.86$ ), la mayoría de respuestas de la entrevista que realizaron fueron consistentes con las respuestas dadas en el cuestionario aplicado, el índice de Kappa se emplea para evaluar la concordancia de instrumentos cuya medida cuyo resultado sea categórico de dos a más categorías (Abraira, 2001).

Así también en el segundo objetivo específico, obtener las evidencias de validez de estructura interna mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) de la escala de autolesiones en adolescentes, se utilizó el AFE, ésta es una de las técnicas más utilizadas aplicadas en estudios relacionados con la construcción de pruebas y validación de instrumentos. Se utiliza para explorar factores comunes que explican

las respuestas a los ítems de una prueba. Se denomina exploratorio porque sólo podemos determinar el número de factores que esperamos. (Lloret,2014).

Para esto, se determinó el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), obteniendo en nuestra investigación un valor de 0.92, los valores superiores de .80 a más se consideran satisfactorios (Kaiser, 1970). Estos valores indican que la matriz de datos reúne las condiciones para realizar este tipo de procedimientos. Similares resultados obtuvieron los estudios de Espinoza (2020) que en su estudio obtuvo en el coeficiente KMO un valor de 0.82, de igual manera Granados (2019) tuvo como resultado un valor de .84. Pérez y Medrano (2010) indican que aquellos valores igual o superior a 70 se consideran aceptables, es decir, se puede proseguir con el análisis factorial exploratorio.

En el análisis factorial exploratorio también se obtuvieron las cargas factoriales, los ítems cargaban en 2 dimensiones que denominamos: El primer factor “Autocastigo” hace referencia al dolor que se infligen a través de las autolesiones dejando de lado las emociones que sienten (Mosquera & Ross,2018).El Factor 2 “Regulación de afecto” proporciona información acerca de las experiencias en la infancia con el primer vínculo en la niñez junto a los padres y/o el cuidador principal en relación a la invalidación emocional que existen en su entorno (Casas, 2016). Los autores Burke,Ammerman y Alloy (2017) obtuvieron en su estudio que era mejor el modelo unifactorial para su instrumento denominado escala de impacto de autolesiones no suicidas, en su modelo de un factor tratan de explicar las consecuencias sociales, conductuales y emocionales que son parte de las autolesiones. A su vez, Kim, S., Kim, Y., & Hur, J. W (2019) obtuvo estadísticos similares a nuestro estudio, los autores definen un modelo de dos factores, el factor uno indica funciones interpersonales de las autolesiones y el factor dos funciones intrapersonales, estos resultados pudieron ser similares debido a que dichos autores también emplearon en su trabajo de investigación la teoría del autor Klonsky y las funciones de las autolesiones como la disociación, la regulación de afecto y el autocastigo.

Referente al tercer objetivo específico, obtener las evidencias de validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC) de la escala de autolesiones en adolescentes, se obtuvieron las medidas de bondad de ajuste tales

como el índice de bondad de ajuste ajustado (RMSEA), el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI) respectivamente. Espinoza (2020) analizó un modelo de tres factores: frecuencia de autolesión, efecto adictivo de las autolesiones y contagio social en el cual se mostró un buen ajuste del modelo considerando los siguientes índices:  $\chi^2/g.l = 2.05$ ,  $p = 0.000$ ; GFI = 0.93; IFI = 0.94; CFI = 0.94; RMSEA = 0.066. Por otro lado, Kim et al (2019) analizó un modelo de dos factores obteniendo los siguientes índices  $\chi^2 = 423,45$ , grados de libertad = 64, RMSEA = 0,10, CFI = 0,91. Los resultados de nuestra investigación resultaron diferentes a los autores mencionados esto podría resultar por diferencias dentro del tamaño muestral y las diferencias culturales de nuestro país con los países de México y Corea.

En el cuarto objetivo, obtener evidencias de confiabilidad de las puntuaciones derivadas de los ítems de la escala de autolesiones, se realizó las evidencias de fiabilidad a través del alfa de Cronbach, que es un modelo de consistencia interna centrado en el promedio de las correlaciones de los ítems (Frías, 2021) y sirve para cuantificar el grado de fiabilidad de la escala de autolesiones, que en el presente estudio obtuvo como resultado general .91, en la dimensión autocastigo .94 y en la dimensión regulación de afecto .90 lo que se considera aceptable, según Bojórquez, López, Hernández y Jiménez (2013) que indican que el valor mínimo aceptable para el alfa es .7. Podemos comparar estos resultados con los autores Chávez, Hidalgo y Gonzales (2018) quienes en su investigación obtuvieron un alfa general de .93 y en la dimensión autolesión .71 siendo el puntaje más bajo a comparación de las demás dimensiones.

Y, por último, en el quinto objetivo, obtener los baremos y percentiles de la escala de autolesiones. Valero (2013), nos menciona que los percentiles tienen una vinculación con la mediana ya que esta se encargara de ser el valor que ocupa la postura central; por otro lado, Daza (2014) menciona que el Baremo es una escala de calificación adquirida de un instrumento de medida que posibilita su interpretación, mediante la asignación a cada una de ellas de un valor concreto. Respecto a los percentiles y baremos del presente trabajo, se realizó una diferenciación del sexo femenino y masculino, por consiguiente, en los baremos se estableció uso de los cortes percentilares donde los problemas graves se

consideran a partir de 85 y las puntuaciones a partir de centil 95 en adelante implica urgente necesidad de ayuda profesional especializada. Por otro lado, la investigación de los autores Capa, Bendezu y Fuentes (2019), en sus baremos y percentiles, desde el punto de vista cualitativo han identificado 5 ítems que son indicadores claros de la presencia de conducta autolesiva. El presente estudio toma como referencia la clasificación de los baremos y percentiles a los autores antes mencionados.

Finalmente, el presente estudio la Escala de autolesiones de Cartolin y Palma posee propiedades psicométricas que son considerados adecuados y genera un antecedente relevante en la población del Callao en adolescentes en una etapa escolar.

## **VI. CONCLUSIONES**

PRIMERO. En primer lugar, se logró determinar la validez de contenido a través del método del criterio de jueces utilizando V de Aiken donde fueron participes 10 jueces expertos en la variable y los resultados fueron en base a los criterios de pertinencia, relevancia y claridad donde el valor más alto es en los criterios de pertinencia y relevancia que es 1.00.

SEGUNDO. A su vez, a través del análisis factorial exploratorio se aplicó la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), obteniendo como resultado 0,925, lo cual se considera satisfactorio.

TERCERO. Así mismo, se determinó la validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio donde se obtuvieron las medidas de bondad de ajuste las cuales fueron satisfactorias para el modelo de dos factores, el primero denominado autocastigo y el segundo factor regulación de afecto.

CUARTO. Del mismo modo, se estableció la confiabilidad mediante el método de alfa de Cronbach lo cual obtuvo un resultado de 0.90 para la escala total, 0.91 para el primer factor autocastigo y 0.94 para el segundo factor regulación de afecto.

QUINTO. Por último, se elaboraron los percentiles y baremos de la escala, donde los problemas de gravedad se pueden considerar a partir del percentil 85 y las puntuaciones del percentil 95 en adelante requiere una necesidad de ayuda especializada.

## **VII. RECOMENDACIONES**

PRIMERO. Realizar futuras investigaciones psicométricas en distintos puntos de nuestra población peruana con el fin de obtener mayor información sobre la variable de estudio.

SEGUNDO. Realizar la aplicación del instrumento de forma presencial ya que esto permitirá evitar sesgos en la información y distorsiones en los resultados estadísticos.

TERCERO. Extender la investigación a diferentes poblaciones con diversas características como una población clínica y/o población en riesgo como mujeres, población afrodescendiente y población LGTIBQ+.

CUARTO. Se recomienda tener en cuenta los resultados de nuestra investigación para las distintas instituciones que decidan ejecutar la aplicación del instrumento y con ello elaborar programas de prevención de las conductas autolesivas en la población.

QUINTO. Se recomienda utilizar el instrumento de acuerdo con el manual y a los criterios de calificación tomando en cuanto los percentiles y baremos.

## REFERENCIAS

- Abraira, V. (2001). El índice kappa. *Medicina de Familia. Revista de Semergen*, 27(5), 247-249.
- Aiken, L. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and psychological measurement*, 45(1), 131-142.
- ¡Alerta! Advierten incremento de casos de “cutting” desde los 12 años. (6 de febrero de 2019). *Andina*, págs. 1-5.
- Andover, M., & Morris, B. (2014). Expanding and Clarifying the Role of Emotion Regulation in Nonsuicidal Self-Injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 569-575.
- Arias, J., Villasis, M., & Novales, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206.
- Arrieta, S. (2020). *Revision bibliografica narrativa sobre la autolesion no suicida*. Madrid: Universitas Complutensis Matritensis.
- Belletich, J., Cespedes, D., Diaz, N., & Pumapillo, M. (2019). Autolesión: Cicatrizando Almas. *Educación*, 25(2), 175-192.
- Bojorquez, J., Lopez, L., Hernandez, M., & Jimenez, E. (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab . *Eleventh LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology*, 1-9
- Borrell, F., Suchman, A., & Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582
- Bowman, M. (2002). The perfidy of percentiles. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(3), 295-303.

- Burke, T., Ammerman, B., Hamilton, J., & Alloy, L. (2017). Impact of non-suicidal selfinjury scale: Initial psychometric validation. *Cognitive therapy and research*, 41(1), 130-142.
- Cano, S. (2016). *Diseño de una escala de autolesión en adolescentes en dos*. Lima: Universidad César Vallejo.
- Capa-Luque, W., Bendezu, A., & Fuentes, N. (2019). Construcción y validación de un inventario de detección de cutting para adolescentes peruanos. *Acta Psicológica Peruana*, 4(1), 26-40.
- Carvajal, H., Arancibia, B., & Diaz, J. (2015). Síndrome de Cutting (Autolesionismo). *Revista de investigación e información en Salud*, 10(25), 43-48.
- Casas, J., Repullo, J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención Primaria*, 31(8), 527-538.
- Chavez, Y., Hidalgo, C., & Gonzalez, F. (2018). Adaptación transcultural del cuestionario ISSIQ-A para evaluar Impulsividad, Autolesión no suicida e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Terapia Psicológica*, 36(2), 91-99.
- Chávez, Y., Hidalgo, C., & Yanez, L. (2019). Instrumentos de evaluación de la autolesión no suicida en adolescentes 1990-2016: una revisión sistemática. *Ciencia & Saude Colectiva*, 24(8), 2871-2882.
- Chiner, E. (2011). Materiales docentes de la asignatura Métodos, Diseños y Técnicas de Investigación Psicológica. *Métodos, Diseños y Técnicas de Investigación Psicológica.*, 1-13.
- Cordero, Z. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista educación*, 31(3), 155-165.
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19(33), 228-247.
- Dávila, S. (2016). *Diseño y validación de una escala de autolesión en escolares del*. Lima.
- Daza, M. (2014). *Estadística Aplicada a la Educación*. Madrid: UNED.

- Edmondson, A., Brennan, C., & House, A. (2015). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109-117.
- Espinoza, M., & Gomez, G. (2020). Cuestionario de riesgo de autolesion (CRA): Propiedades psicometricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Rev. Digital Internacional de Psicologia y Ciencia Social*, 6(1),123-141.
- Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47, 37- 45.
- Flores, M., Cancino, M., & Figueroa, M. (2018). Systematic Review of Self-Injurious Behaviors without Suicidal Intention in Adolescents. *Rev Cubana Salud Pública*, 44(4), 200-216.
- Frendlund, C., Svedin, C., Priebe, G., Jonsson, L., & Wadsby, M. (2017). Self-reported frequency of sex as self-injury (SASI) in a national study of Swedish adolescents and association to sociodemographic factors, sexual behaviors, abuse and mental health. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), 1-11.
- Frias, D. (2021). *Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida*. España: Universidad de Valencia.
- Galarza, A., Castañeiras, C., & Fernandez, M. (2018). Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, 35(2), 307-326.
- Gallegos, M., Casapia, Y., & Rivera, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Interacciones*, 4(2), 143-151.
- García, J., Reding, A., & Lopez, J. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*, 2(8), 217-224.
- Granados, R. (2019). Desarrollo de una escala para medir la actitud hacia la autolesión de menores. *Archivos de Criminología, Criminalística y Seguridad Privada*, 13(7), 40-48.

- Gratz, K. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205.
- Hasking, P., & Boyes, M. (2018). The non-suicidal self-injury expectancy questionnaire: Factor structure and initial validation. *Clinical Psychologist*, 22(2), 251-261. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/317256484\\_The\\_Non-Suicidal\\_Self-Injury\\_Expectancy\\_Questionnaire\\_Factor\\_structure\\_and\\_initial\\_validation](https://www.researchgate.net/publication/317256484_The_Non-Suicidal_Self-Injury_Expectancy_Questionnaire_Factor_structure_and_initial_validation)
- Huamani, L. (2020). *Impulsividad y autolesion en adolescentes de dos instituciones educativas publicas del distrito de Carmern de la Legua Reynoso*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.
- Joshi, A., Kale, S., Chandel, S., & Pal, K. (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*, 7(4), 396-403.
- Kaiser, H. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401- 415.
- Kim, S., Kim, Y., & Hur, J. (2019). Nonsuicidal self-injury among Korean young adults: a validation of the Korean version of the inventory of statements about self-injury. *Psychiatry Investigation*, 16(4), 270-278. doi:<https://doi.org/10.30773/pi.2019.01.23>
- Klonsky, E., & Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045–1056.
- Lacan, J. (1975). *Libro II. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Mexico: Escritos.
- Lee, W., Lee, H., Lim, D., & Park, H. (2015). Sensation seeking as a potential screening tool for suicidality in adolescence. *BMC public health*, 16(1), 1-7.
- Lewis, S. (2011). Los posibles riesgos de los sitios web de autolesion: un analisis de contenido Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. *Institutos Nacionales de Salud*.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Linn, L., Villagran, E., & Oliel, S. (9 de octubre de 2012). OPS. Obtenido de OPS: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:20](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:20)

12-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Se%20calcula%20que%20el%2025,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.

- Lloret, S., Ferreres, A., Hernandez, A., & Tomas, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.
- López, R. (1998). *La metodologí de la Encuesta*. México: Consejo Nacional de Cultura y Artes.
- Luna, S. (2007). Manual Práctico Para El Diseño De La Escala Likert. *Xihmai*, 2(4), 1-3.
- Lynam, D., Miller, J., Miller, D., Bornovalova, M., & Lejuez, C. (2011). Testing the Relations Between Impulsivity-Related Traits, Suicidality, and Nonsuicidal Self-Injury: A Test of the Incremental Validity of the UPPS Model. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 2(2), 151-160.
- Machado. (2019). Comprension identitaria en la experiencia de autolesion desde dominios narrativos y neropsicologicos. Obtenido de <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/16194?show=full>
- Majid, U. (2018). Research Fundamentals: Study Design, Population, and Sample Size. *Undergraduate research in natural and clinical science and technology journal*, 2(1), 1-7.
- Martinez, R., Hernandez, J., & Hernandez, V. (2014). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Mayer, P., Morales, N., Figueroa, G., & Ulloa, R. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud pública de México*, 58(3), 335-336.
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J., & Valero, S. (2014). *Psicometría*. Barcelona: UOC.
- Moncada, S., & Tigre, M. (2018). *El cutting en adolescentes, como acting out, frente al discurso materno contemporaneo*. Guayaquil: Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil.

- Montero, I., & Leon, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of clinical and Health psychology*, 7(3), 847-862.
- Morales, P. (2011). *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Mosquera, D., & Ross, C. (2016). Aplicación de la terapia EMDR a conductas autolesivas. *Revista de práctica e investigación de EMDR*, 119-128.
- OPS/OMS. (9 de octubre de 2012). *Organización Panamericana de la salud*. Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-diamundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-masfrecuente&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Se%20calcula%20que%20el%2025,Am%C3%A9rica%20L](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-diamundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-masfrecuente&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Se%20calcula%20que%20el%2025,Am%C3%A9rica%20L)
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Penfield, R., & Giacobbi, P. (2004). Applying a score confidence interval to Aiken's item content-relevance index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 213 - 225.
- Perez, E., & Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio Bases conceptuales y metodológicas. *Dialnet*, 2(1), 58-66.
- Robles, B. (2018). Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. *Revista Pueblo Continente*, 29(1), 193-197.
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Rev Médica Sanitas*, 21(3), 141-147.
- Rodríguez, M., Rodríguez, N., Gempeler, J., & Garzon, D. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Rev Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 19-26.
- Rondón, M. (2006). salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista peruana de*, 23(4), 237-238.

- Rossi, R., Longo, L., Fiore, D., Carcione, A., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2019). Dissociation in stress-related disorders and self-harm: a review of the literature and a systematic review of mediation models. *Journal of psychopathology*, 25(3), 162-171.
- Ruiz, C. (2015). Confiabilidad. *Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado"*, 1-14.
- Siurana, J. (2010). Los principios bioeticos y el surgimiento de una bioetica intercultural. *Veritas*, 22, 121-157.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Mendes, I. (2007). An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(3), 502-507.
- Valero, S. (2013). *Transformacion e interpretacion de las puntuaciones*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Van, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Joiner, T. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600.
- Vel-Palumbo, M., Woodyatt, L., & Wenzel, M. (2018). Why do we self-punish? Perceptions of the motives and impact of self-punishment outside the laboratory. *European Journal of Social Psychology*, 48(6), 756-768.
- Victor, S., Davis, T., & Klonsky, D. (2017). Descriptive Characteristics and Initial Psychometric Properties of the Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 265–278. doi:10.1080/13811118.2016.1193078
- Vigfusdottir, J., Dale, K., Gratz, K., Klonsky, E., Jonsbu, E., & Hoidal, R. (2020). The psychometric properties and clinical utility of the Norwegian versions o the deliberate self-harm inventory and the inventory of statements about self-injur. *Current Psychology*, 1-11. doi:https://doi.org/10.1007/s12144-020-01189-y
- Vilchez, J. (2018). Validacion en poblacion ecuatoriana de una celuda de Autolesiones sin intencion suicida basada en el DSM-5. *Rev Iberoamericana Siad Eva Psico-Ava Psicol. Forthcoming*.

Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M. & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev. chilena de neuropsiquiatría*, 51(1), 38-45.

Yaghmale, F. (2003). Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*, 3(1), 25-27.

## ANEXOS

### Anexo1: Matriz de Consistencia

#### Matriz de consistencia

<b>TÍTULO:</b> Construcción y propiedades psicométricas de una escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao, 2021 <b>AUTOR:</b> Angela Cartolin, Nagely Palma				
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES		
		Dimensiones	Indicadores	Niveles o rangos
<b>Problema general:</b> ¿Cuáles son las propiedades psicométricas que presenta una escala de autolesiones en adolescentes de una institución educativa del Callao?	<b>Objetivo general:</b> Construir y determinar las propiedades psicométricas que posee la escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao. <b>Objetivos específicos:</b> a) Obtener evidencias de validez de contenido mediante el criterio de jueces de la escala de autolesión en adolescentes de una Institución Educativa del Callao. b) Obtener las evidencias de validez de estructura interna mediante el análisis factorial exploratorio de la escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao. c) Obtener evidencias de validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio de la escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao. d) Obtener evidencias de confiabilidad de las puntuaciones derivadas de los ítems de la escala de autolesión en adolescentes de una Institución Educativa del Callao. e) Obtener los baremos y percentiles de la escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao	Autocastigo	- Conductas de autolesión como cortes o quemaduras.  - Sensación de culpabilidad o ira que se expresa a través de las autolesiones.	Autolesión significativa  Riesgo moderado  Autolesión no significativa
		Regulación de afecto	- Sensación de alivio por parte del individuo.  - El individuo carece de habilidades de regulación de emociones.	Autolesión significativa  Riesgo moderado  Autolesión no significativa



### Anexo 3: Resultados de estudio piloto

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad de los ítems de la Escala de autolesiones de Cartolin y Palma

La Tabla 1 muestra estadísticos de tendencia central, variabilidad y distribución como la media, desviación estándar, asimetría y curtosis, a su vez la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov. Así, es el ítem 6 quien presenta la media más alta de los ítems (M= 1,7, DE=1,1). También se aprecia que la media más baja es la correspondiente al ítem 1 (M=1,2, DE=,70).

Ítem	M	DE	g1	g2	K-S	Ítem	M	DE	g1	g2	K-S
I1	1,2	,70	2,7	8,5	,48	I11	1,3	,86	2,5	5,8	,49
I2	1,5	9,8	2,0	3,2	,43	I12	1,3	7,7	2,2	3,6	,49
I3	1,3	7,7	2,6	6,8	,47	I13	1,6	1,1	1,7	2,2	,41
I4	1,6	1,0	1,5	1,4	,41	I14	1,4	,86	2,1	4,0	,46
I5	1,6	1,0	1,6	1,9	,39	I15	1,5	,96	1,8	2,1	,44
I6	1,7	1,1	1,3	,82	,38	I16	1,4	,93	2,4	5,2	,46
I7	1,7	1,2	1,6	1,5	,40	I17	1,6	1,0	1,4	1,3	,40
I8	1,4	1,0	2,0	3,0	,47	I18	1,2	,64	2,6	6,5	,48



5	**													
ITEM 6	,476**	,592**	,574**	,770**	,752**	–								
ITEM 7	,392**	,566**	,517**	,836**	,725**	,882**	–							
ITEM 8	,565**	,796**	,686**	,839**	,828**	,727**	,760**	–						
ITEM 9	,510**	,709**	,596**	,828**	,818**	,699**	,749**	,878**	–					
ITEM 10	,148	,388**	,595**	,442**	,472**	,406**	,416**	,483**	,472**	–				
ITEM 11	,451**	,678**	,699**	,763**	,743**	,659**	,671**	,838**	,755**	,700**	–			
ITEM 12	,211**	,483**	,384**	,630**	,681**	,596**	,560**	,636**	,696**	,458**	,595**	–		
ITEM 13	,474**	,586**	,432**	,803**	,685**	,678**	,699**	,800**	,773**	,397**	,692**	,662**	–	

IT EM 14	,5 07 **	,71 6**	,62 7**	,75 6**	,73 6**	,65 6**	,69 0**	,83 1**	,72 4**	,47 8**	,74 6**	,56 7**	,73 9**	–				
IT EM 15	,4 49 **	,54 8**	,53 7**	,78 9**	,73 1**	,68 2**	,74 0**	,77 0**	,80 2**	,40 3**	,71 7**	,63 1**	,76 2**	,767 **	–			
IT EM 16	,5 43 **	,76 8**	,70 1**	,80 4**	81 4**	,73 2**	,75 0**	,90 2**	,85 3**	,56 8**	,83 7**	,63 2**	,73 6**	,771 **	,71 6**	–		
IT EM 17	,3 77 **	,47 9**	,42 1**	,77 0**	,60 5**	,74 9**	,76 4**	,61 8**	,59 1**	,47 3**	,63 4**	,43 4**	,62 3**	,592 **	,59 0**	,64 8**	–	
IT EM 18	,4 48 **	,50 0**	,42 1**	,69 7**	,68 8**	,68 2**	,70 1**	,65 5**	,71 5**	,31 3**	,55 3**	,58 1**	,66 7**	,580 **	,61 4**	,63 3**	,51 8**	–

---

## Anexo 4 : Formulario virtual para la recolección de datos



### Escala de Autolesiones de Cartolin & Palma

Estimado/a participante:  
Somos Angela Cartolin y Nagely Palma, estudiantes de la Universidad Privada César Vallejo del onceavo ciclo de la carrera profesional de Psicología.  
El presente formulario forma parte del recojo de información que se llevara a cabo con fines académicos el cual tiene como objetivo de nuestro Proyecto de Investigación denominado "Construcción y propiedades psicométricas de una escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao, 2021".

[Siguiente](#)

Enlace del formulario:

<https://forms.gle/Hhy5suf1u68syuxq5>

Anexo 5: Cartas de presentación de la escuela firmadas para el estudio



"Año de la universalización de la salud"

Callao, 16 de noviembre del 2020.

**CARTA N° 0224-2020/UCV-DG-PSIC-FC**

Señor:  
George Edgar Casani Ramírez  
Director  
Institución Educativa Nacional Callao  
Presente. -

*De mi mayor consideración:*

*Es grato dirigirme a usted en mi calidad de Director General de la Universidad César Vallejo Filial Callao, para saludarlo muy cordialmente y a su vez solicitar su autorización para que nuestras estudiantes del X ciclo de la E.P. de Psicología, puedan implementar su Proyecto de Investigación en su digna institución.*

*Las estudiantes en solicitud son las siguientes:*

- **CARTOLIN CUTI, ANGELA ESPERANZA**
- **PALMA RAMOS, NAGELY BRIGITTE**

*Cabe mencionar que la visita a su institución tiene por finalidad cumplir con una actividad de carácter académico, asignada en la experiencia curricular de Proyecto de Investigación y tiene como título "Construcción y propiedades psicométricas de una escala de autolesiones en adolescentes de una Institución Educativa del Callao, 2020". Este estudio a la vez tiene como fin mejorar las competencias profesionales de nuestras futuras Psicólogas.*

*Esperando contar con su apoyo hago propicia la ocasión para expresar mi consideración y estima personal.*

*Atentamente,*



**Dr. Raúl Valencia Medina**  
Director General  
UCV Filial Callao



Somos la universidad de los que quieren salir adelante.



## Anexo 6: Consentimiento y asentimiento informado

### Escala de Autolesiones de Cartolin & Palma

\*Obligatorio

#### Consentimiento Informado

Estimado padre de familia, estamos invitando a su hijo/a adolescente a participar de esta investigación que consiste en responder un total de 20 items.El cual le tomara alrededor de 10 minutos resolver. Se enfatiza además que la participación en esta investigación es de manera voluntaria, por ende se garantiza el anonimato, puesto que lo que se obtenga de los participantes serán utilizados única y exclusivamente para los fines de la investigación.

En caso alguna duda sobre los aspecto de la investigación u otro, podrá ponerse en contacto al siguiente correo: [cartolinangela@gmail.com](mailto:cartolinangela@gmail.com) o con nuestra asesora Mg. Lizbeth Ledesma al siguiente correo: [lizabethyonne@gmail.com](mailto:lizabethyonne@gmail.com)

Con respecto a la pregunta anterior ¿Desea participar en la investigación? \*

Sí

No

### Escala de Autolesiones de Cartolin & Palma

\*Obligatorio

#### Asentimiento informado

Estimado/a participante, en la actualidad estamos realizando una investigación sobre las autolesiones en adolescentes.Por eso quisiéramos contar con tu valioso apoyo. El proceso consiste en la aplicación de un cuestionario con una duración de aproximadamente de 10 minutos. Los datos recogidos serán tratados confidencialmente, no se comunicarán a terceras personas, no tienen fines diagnósticos y se utilizarán únicamente para fines de investigación.

Con respecto a lo anterior ¿Deseas participar en la investigación? \*

Sí

No

# **MANUAL**

# **ESCALA DE**

# **AUTOLESIONES**

# **DE CARTOLIN Y**

# **PALMA**

**Autoras:**  
**Angela Cartolin**  
**Cuti**  
**Nagely Palma**  
**Ramos**

Callao, 2021  
Universidad César Vallejo-Sede  
Callao



## I. Introducción

En nuestra realidad actual se denota un incremento de problemas de salud mental y problemas psicosociales a través de los años, según la OMS/OPS (2012) ha determinado que el 25% de sujetos dispone de uno o más trastornos mentales o del comportamiento durante su vida, además, sostienen que este mal equivale el 14% de las enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de Latinoamérica y el Caribe. A nivel nacional, según el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman que hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida (Rondón, 2016). Las autolesiones Chávez, Hidalgo & Yáñez (2019), refiere que es la destrucción del tejido de la piel que se puede realizar en diferentes partes del cuerpo sin intención suicida. También nos indica que las conductas de autolesiones incluyen, quemarse, cortar, morderse, jalarse los pelos, golpearse, etc. Así mismo, Klonsky & Muehlenkamp (2007) nos menciona que la autolesión no suicida es una autodestrucción deliberada hacia los tejidos del cuerpo, pero sin intención de morirse; estas se dan con conductas como pegarse, cortarse, quemarse, arañarse hasta llegar al punto de sangrar y posteriormente impedir la curación de la piel, en ocasiones estas conductas pueden ser más graves como la fractura de huesos o mutilación de ciertas partes del cuerpo.

En el Perú, se ha registrado un aumento de casos de autolesiones en adolescentes de 12 años de edad, los últimos casos registrados se ha evidenciado que estos jóvenes no presentan habilidades para poder comunicarse y así poder expresar el sufrimiento por el cual están pasando, es por ello que optan por autolesionarse. Estas conductas pueden estar relacionadas con trastornos mentales, alimenticios, depresión, ansiedad, pero no necesariamente todos los casos se relacionan a ello; si no también algunos adolescentes presentan estas conductas debido a disfunciones familiares como maltrato, abuso, abandono, negligencia de los padres, y es ahí donde recurren a la autolesión (Andina, 6 de febrero de 2019). En una investigación que se realizó en la Ciudad de Arequipa en estudiantes de secundaria entre las edades de 13 y 18 años de edad, se concluyó que el 34.9% de estudiantes tienen pensamientos autolesivos y el 27.9% se han autolesionado, en ambos datos se pudo observar que las mujeres son más propensas a esta problemática;

además, se identificó la edad promedio en que los adolescentes dan inicio a las conductas autolesivas siendo los 12 años (Gallegos, Casapia & Rivera, 2018). Así mismo, se realizó un estudio en una institución educativa de Lima en estudiantes de nivel de secundaria; y se determinó que la principal dificultad de los adolescentes es el control de las emociones, lo cual origina ciertas patologías como desórdenes alimenticios, depresión o autolesiones (Belletich, Céspedes Díaz & Pumapillo, 2019).

A nivel local, Huamani (2020), en su estudio sobre autolesiones en un distrito del Callao obtuvo como resultado que el nivel predominante de autolesión en adolescentes entre las edades de 14 a 16 años de dos instituciones públicas de Carmen de la Legua Reynoso entre los grados de 3° 4° y 5° de secundaria, es medio con un 55%, asimismo se evidencian un nivel Bajo con un 31,9% y un nivel Alto con un 13,0%.

Es por ello por lo que nos planteamos diseñar una escala que mida las autolesiones en jóvenes estudiantes, ya que no existen muchos de estos instrumentos adaptados a nuestra realidad nacional que midan estas conductas que suelen aparecer desde los 12 años de edad en nuestra realidad nacional.

## 1.1 DESCRIPCION GENERAL

### 1.2 FICHA TECNICA

Nombre: Escala de autolesiones de Cartolin y Palma (EACP)

Autores: Cartolin & Palma

Procedencia: Perú-2021

Administración: Individual o colectiva

Tiempo: 15 min. Aproximadamente

Estructuración: 2 dimensiones-18 ítems

Aplicación: Adolescentes de 11 a 17 años

Ámbito: Clínica y educativa

Materiales: manual, protocolo, lápiz y borrador

Tipo de ítem: Politémicas, tipo Likert

Finalidad: Evaluar el nivel de autolesión (clínicamente no significativo, riesgo moderado, problema considerable y clínicamente significativo)

## II. MARCO TEORICO

Una de las principales teorías a considerar es la teoría biopsicosocial, donde se menciona que este modelo fue propuesto por Engel en 1977 como modelo médico en forma de réplica al modelo biomédico. Este modelo entiende que los fenómenos significativos respecto a la salud se asocian de manera biológica, social y psicológica. Es un modelo holístico de la enfermedad y la salud, teniendo en cuenta que la persona es un ser que participa de los factores psicológicos, sociales y biológicos y que estos influyen entre sí. Borrel, Suchman & Epstein (2004) mencionan que en el transcurso de los años han nacido dos tendencias intelectuales que enriquecieron esta teoría, como primer punto nos dice que logramos ir más allá del problema dualidad mente-cuerpo distinguiendo que la adquisición de conocimiento se debe a lo social. Por otro lado, refiere que las categorías “cuerpo” o “mente” son propias y que son beneficiosas en medida en que enfocamos nuestras acciones y pensamientos de manera provechosa, pero cuando estas se toman de forma literal, logran limitarnos o atraparnos en un margen que no debe existir. Como segundo punto, aluden que, si logramos ir más allá del pensamiento lineal multifactorial y multidimensional, podemos opinar que la teoría es compleja como un modelo más adecuado para entender el dualismo, la participación en el cuidado y causalidad. Desde este enfoque también se investiga que las autolesiones pueden estar asociados con un problema orgánico, ya sea en la química del cuerpo o en los genes.

Otra teoría es la de influencia interpersonal, la cual define la importancia que tiene el factor social y los vínculos emocionales que va desarrollando la persona en su entorno, también es importante recalcar que mediante la presión social el individuo pueda ejercer conductas de autolesión hacia el mismo debido a la sensación de ser aceptado en un grupo social. Estas conductas tienen la finalidad de influenciar o maniobrar a ciertos grupos sociales como la familia, amigos o pareja. Esto nos quiere decir que la persona tiene la necesidad de sentirse relevante y de suma importancia para con los demás. Edmondson, Brennan & House (2015) refiere que diversos estudios donde se aplicaron cuestionarios sobre autolesiones, se evidencio que existe influencia interpersonal como por ejemplo “el buscar ayuda de otra persona”, “el mostrar cuanto

amaba a una persona”, “mostrar a los demás el alcance de mi dolor”, en investigaciones cualitativas se evidencian respuestas como: (luego de autolesionarse) dijeron, Oh Dios mío ¿cómo ocurrió esto? Y después pensé oh, recibí atención por esto y me dijeron cosas bonitas; “al autolesionarme encontré calidez, la atención y el amor que estaba buscando”.

Por otro lado, la teoría de regulación de afecto, según este modelo la expansión de las funciones socio afectivas del niño es influenciada por las experiencias de intercambio sostenido por el cuidador primario (padre o madre). Por ello el cuidador tiene la capacidad de sintonizar adecuadamente lo que está sintiendo el niño, así mismo generando un apego seguro. Cuando el infante necesita el reconocimiento parental de su ansiedad, debe afrontar déficits de sintonía emocional, puede empezar a vivir violencia emocional, creando la expectativa de que el dolor emocional debe ser gestionado sin recurrir a otros, siendo un factor que contribuye a la vulnerabilidad a la autolesión. Debido a ello, esta teoría también pretende explicar que las conductas de autolesión generan en el individuo una sensación de alivio cuando este es adolescente o adulto y a través de la autolesión regula los sentimientos “negativos”. Linehan (1993), nos dice que las personas realizan este daño contra sí mismos porque aprendieron a confrontar sus crisis emocionales de esta manera. Andover & Morris (2014) sostiene que la regulación de afecto es una fase donde un sujeto influye de forma inconsciente o consciente en la experiencia, magnitud y duración de las emociones; el orden del proceso de la regulación de afecto es: situación, atención, valoración y respuesta, este último retroalimenta a la situación, ya que una respuesta emotiva de un sujeto modifica o causa una nueva situación.

La teoría del autocastigo también nos da un énfasis propio de las posibles causas de las conductas autolesivas, sobre ello Flores, Cancino & Figueroa (2018), manifiesta que el individuo que se autolesiona tiene como objetivo apagar su dolor emocional íntimo, auto castigándose o haciendo notoria su molestia a los demás, los jóvenes que realizan este autocastigo narran que cortarse alivia sus tensiones, sienten relajación mental. Generalmente les cuesta expresar lo que sienten de manera verbal, porque piensan que generan algún conflicto. Así mismo cuando ellos se sienten física o mentalmente aislados suelen cerrarse en su mundo interior, en su mayoría suelen caracterizarse por su fragilidad. Cabe resaltar que se sienten obligados a dañar su cuerpo como una forma

de liberar sus sentimientos y frustraciones. Las personas que han sido castigadas por manifestar una determinada emoción en su niñez tienden a hacerlo ellos mismos conforme vayan creciendo “te castigas por fuera, tratando de matar el monstruo que se está adentro”; es decir, se causan un dolor físico tratando de olvidar o dejar en segundo plano el dolor emocional, ya que se castigan por sentir ciertas emociones negativas que aparecen cuando recuerdan algún acontecimiento doloroso. Vel-Palumbo, Woodyatt & Wenzel (2018) plantea que el autocastigo inicia a través del sentimiento de culpa y se ejerce para calmar este sentimiento, además sirve para disminuir la angustia como producto de un modelo de justicia y dolor aprendido en el ámbito social. Los sujetos aprendieron a autocastigarse a través del castigo que utilizaban sus padres cuando eran niños, y castigarse disminuye el castigo externo, de esta manera los sujetos se sociabilizan para sentirse calmadas luego del castigo. Por otro lado, refirieron que el autocastigo disminuye las emociones negativas, que despierta la atención de otros sentimientos no deseados.

Otra teoría muy importante es la teoría de disociación; es la desconexión que sufren algunas personas entre sus pensamientos, normalmente sus niveles de atención están alterados, mostrando una desorientación en el tiempo y espacio. El individuo logra autolesionarse en este tiempo de despersonalización o desrealización que separa su personalidad con lo real, llevando a la desconexión con su propio cuerpo. En su mayoría personas que han sufrido traumas como abuso infantil, violaciones o castigo físico repetitivo aplican la teoría de la disociación como mecanismo de defensa para reducir de dolor al momento de autolesionarse. Rossi, et al (2019) nos menciona que la disociación cuenta con dos grupos principales de síntomas, a) Compartimentación, nos habla acerca de la carencia de integración entre los procesos psicológicos y la ineptitud de controlar los procesos mentales que normalmente son controlados por la voluntad propia, los síntomas suelen ser trastornos de conversión y amnesia disociativa; b) Desprendimiento o desapego, es el estado alterado de la conciencia vivido como “alienación” del mundo o de uno mismo, durante este estado se puede percibir una falta o ausencia de las emociones. También, refieren que el desapego es el cimiento de la desrealización/despersonalización, adormecimiento, y las experiencias extracorporales. La teoría de la conducta suicida alternativa brinda un enfoque teórico o modelado conductual que se presenta de manera alternativa, quiere decir que, la relación del entorno y el individuo en cada caso representan diferentes condiciones, si

bien es cierto, el mundo de las contingencias es caótico e impredecible pero aun así es posible describir variables relevantes que explican el comportamiento. Visto que el sujeto adquiere las conductas por las dificultades de su vida cotidiana ya sea problemas económicos, despido laboral, conflictos sociales, problemas físicos como enfermedades etc. así mismo las respuestas están asociadas de manera cognitivas, con función a los pensamientos de insuficiencia, incapacidad, etc. Entonces el sujeto a falta de alternativas anticipa las autolesiones para evitar o escapar del sufrimiento, causando un alivio de la aversión. Van, et al (2010) plantea la conducta suicida como pensamientos, comunicaciones y comportamientos, también menciona que el suicidio es autoiniciado y que esta conducta cambia de términos según la presencia o la ausencia del deseo de morir y la ausencia o presencia de lesiones físicas. Por otro lado, nos mencionan que el intento suicida cuenta con las siguientes características; 1) Conducta autoiniciada, 2) Presencia de deseos de morir, 3) resultado no fatal. La palabra suicidio se utiliza en casos en el que el intento suicida finaliza en muerte.

La teoría de límites interpersonales indica que al individuo le cuesta desarrollar una identidad, lo cual le dificulta alejarse de objetos que considera importantes. Al lastimarse se divide físicamente de lo que lo rodea y los otros, esto lo posibilitará en diferir su identidad para afirmar su independencia. Determinados sujetos se lastiman físicamente para establecer límites como, por ejemplo; marcarse partes del cuerpo, ya que esto les ayuda a sentirse independientes, libres o distintos. Los testimonios de algunos mencionan que esto les permite poseer dominio de sí mismo y hacia los demás.

La teoría de búsqueda de sensaciones refiere que, al ocasionar una lesión en el cuerpo, genera una sensación de consuelo o desahogo ante un pensamiento o idea negativa. La autolesión se genera o es motivada por la persona con la necesidad de buscar sensaciones, ya sea simplemente para “sentir algo, aunque sea dolor” o para “evitar sentimientos negativos”. Pretendiendo huir de pensamientos o emociones que agobian y resultan inadmisibles para aquella persona que está pasando por una situación. Por otro lado, Lee, Lee, Lim & Park (2015) afirma que es un rasgo de la personalidad que se determina por el deseo de tomar riesgos físicos, sociales, económicos y legales con el fin de buscar experiencias nuevas, complejas e intensas. Así mismo, Lynam, Miller, Miller, Bornovalova & Lejuez (2011), concuerdan con lo citado anteriormente,

refiriendo que la búsqueda de sensaciones se da por tendencias de un sujeto a cometer actos emocionantes y novedosas.

Respecto a la teoría de lo sexual menciona que aquellos adolescentes que han sufrido abuso sexual en algún momento de su vida suelen llevar a cabo las conductas autolesivas, entre otras actividades perjudiciales para ellos. El comportamiento autolesivo florece en personas que alguna vez en su vida han pasado por algún tipo de abuso sexual, y no han tenido la oportunidad de poder quejarse o expresarlo. Por ello suelen manifestarlo auto agrediéndose, tratando de evidenciar su dolor de forma silenciosa, que en su momento trataron de esconder u omitir. Gratz, (2003) plantea que las autolesiones se generan en la adultes por experiencias de la infancia, como incesto, abuso sexual, trauma, negligencia, apego inseguro. Referente al abuso sexual infantil se evidencia reiterados eventos de autolesiones en la población femenina y en la población masculina se evidencia una minoría. Por otro lado, Frenlund, Goran, Priebe, Jonsson & Wadsby (2017) plantea en su estudio que jóvenes mujeres se autolesionaban mediante el uso del sexo, utilizando este método como un regulador de afecto y estrategia de afrontamiento ante la depresión.

## 2.1 Definición del constructo

## 2.2 Definición conceptual

Definición conceptual: Las autolesiones se definen como un daño intencional y de manera directa sin llevar a cabo el acto suicida. Los cortes en la piel puede ser el tipo más común de autolesiones, sin embargo, existen otras formas que incluyen golpes, arañazos o quemaduras en la piel (Klonsky,2007).

## 2.3 Definición operacional

Para medir la variable se empleará la Escala de autolesiones de Cartolin & Palma (EACP), compuesta por 18 preguntas y está dividida en 2 dimensiones, estas son: autocastigo y regulación de afecto.

## 2.4 DIMENSIONES O ELEMENTOS DE CONSTRUCTO

**Regulación de afecto:** Según este modelo la expansión de las funciones socio afectivas del niño es influenciada por las experiencias de intercambio sostenido por el cuidador

primario (padre o madre). Por ello el cuidador tiene la capacidad de sintonizar adecuadamente lo que está sintiendo el niño, así mismo generando un apego seguro. Cuando el infante necesita el reconocimiento parental de su ansiedad, debe afrontar déficits de sintonía emocional, puede empezar a vivir violencia emocional, creando la expectativa de que el dolor emocional debe ser gestionado sin recurrir a otros, siendo un factor que contribuye a la vulnerabilidad a la autolesión. Debido a ello, esta teoría también pretende explicar que las conductas de autolesión generan en el individuo una sensación de alivio cuando este es adolescente o adulto y a través de la autolesión regula los sentimientos “negativos”. Linehan (1993), nos dice que las personas realizan este daño contra sí mismos porque aprendieron a confrontar sus crisis emocionales de esta manera. Andover & Morris (2014) sostiene que la regulación de afecto es una fase donde un sujeto influye de forma inconsciente o consciente en la experiencia, magnitud y duración de las emociones; el orden del proceso de la regulación afecto es: situación, atención, valoración y respuesta, este último retroalimenta a la situación, ya que una respuesta emotiva de un sujeto modifica o causa una nueva situación.

**Autocastigo:** El autocastigo también nos da un énfasis propio de las posibles causas de las conductas autolesivas, sobre ello Flores, Cancino & Figueroa (2018), manifiesta que el individuo que se autolesiona tiene como objetivo apagar su dolor emocional íntimo, auto castigándose o haciendo notoria su molestia a los demás, los jóvenes que realizan este autocastigo narran que cortarse alivia sus tensiones, sienten relajación mental. Generalmente les cuesta expresar lo que sienten de manera verbal, porque piensan que generan algún conflicto. Así mismo cuando ellos se sienten física o mentalmente aislados suelen cerrarse en su mundo interior, en su mayoría suelen caracterizarse por su fragilidad. Cabe resaltar que se sienten obligados a dañar su cuerpo como una forma de liberar sus sentimientos y frustraciones. Las personas que han sido castigadas por manifestar una determinada emoción en su niñez tienden a hacerlo ellos mismos conforme vayan creciendo “te castigas por fuera, tratando de matar el monstruo que se está adentro”; es decir, se causan un dolor físico tratando de olvidar o dejar en segundo plano el dolor emocional, ya que se castigan por sentir ciertas emociones negativas que aparecen cuando recuerdan algún acontecimiento doloroso. Vel-Palumbo, Woodyatt & Wenzel (2018) plantea que el autocastigo inicia a través del sentimiento de culpa y se ejerce para calmar este sentimiento, además sirve para disminuir la angustia como producto de un modelo de justicia y dolor aprendido en el

ámbito social. Los sujetos aprendieron a autocastigarse a través del castigo que utilizaban sus padres cuando eran niños, y castigarse disminuye el castigo externo, de esta manera los sujetos se sociabilizan para sentirse calmadas luego del castigo. Por otro lado, refirieron que el autocastigo disminuye las emociones negativas, que despistaba la atención de otros sentimientos no deseados.

## 2.5 Población objetivo

La escala de autolesión tiene como objetivo a la población adolescente, de ambos sexos entre las edades de 11 a 17 años.

## 2.6 Campo de aplicación

La escala de autolesión ha sido creada para detectar niveles de autolesión en población adolescente, puede ser aplicada en el ámbito educativo como clínico.

## 2.7 Materiales de la prueba

- Manual de aplicación
- Hoja de respuestas

## 2.8 Reactivos de la Escala de autolesión

La escala consta con 18 ítems en 2 dimensiones que a continuación se detallan

DIMENSION I: Regulación de afecto (3 ítems)

DIMENSION II: Autocastigo (15 ítems)

### III. NORMAS DE LA PRUEBA

#### 3.1 Instrucciones para su administración

Se recomienda antes de la aplicación realizar una charla con fines psicoeducativos sobre las autolesiones en la adolescencia, leer cada oración cuidadosamente. No existen respuestas buenas o malas, se desea conocer cómo sientes y actúas en diversas situaciones. El examinador entregara la hoja de respuestas a cada participante de manera individual.

#### 3.2 Instrucciones para los examinados

En la hoja de respuestas se encuentran las instrucciones precisas para el desarrollo de cada enunciado. Donde se precisa la siguiente: A continuación, se le presenta 18 oraciones acerca de cómo piensas, sientes o actúas en diferentes situaciones. Usted deberá responder todas las preguntas del cuestionario. No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas y trate de responder con la mayor sinceridad.

#### 3.3 Instrucciones para su calificación

Una vez terminada la aplicación al examinado se debe verificar que todos los enunciados hayan sido contestados para su posterior calificación. Las respuestas se califican de manera politómica del 1 al 5. Luego, se realiza la sumatoria de las alternativas de respuestas asignadas por cada dimensión. Al obtener los puntajes se ubican en la categoría correspondiente según los baremos para ver en qué nivel de autolesión se encuentra el sujeto y la dimensión que representa mayor puntaje.

#### 3.4 Instrucciones para su puntuación

Todos los ítems de la escala de autolesión de Cartolin y Palma EACP son puntuados del 1 al 5; es decir; de acuerdo con sus creencias los enunciados van desde “Nunca” hasta “Siempre”, siendo los puntajes más altos los que van a permitir identificar donde se encuentran la mayor parte de la autolesión que presenta los adolescentes.

---

Dimensiones	Ítems
-------------	-------

---

---

Autocastigo	15 ítems
Regulación de afecto	3 ítems
Escala total	18 ítems

---

### **Baremos de la escala de autolesión de Cartolin y Palma**

---

Categorías	Percentil
Clínicamente no significativo	1 a 74
Riesgo moderado	75 a 84
Problema considerable	85 a 94
Clínicamente significativo	95 a 99

---

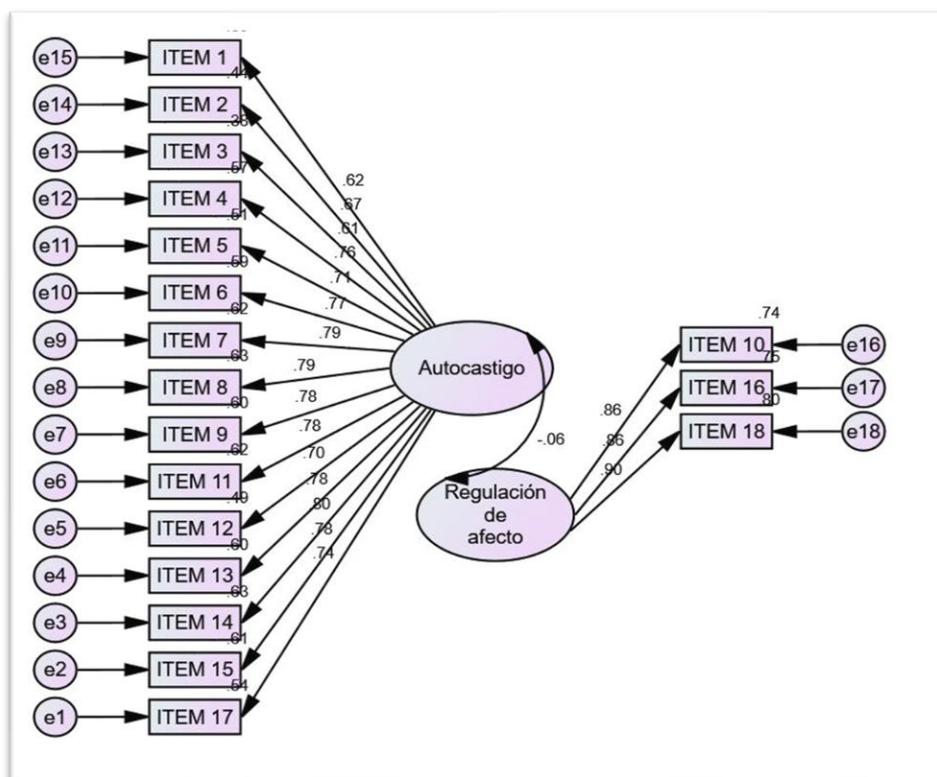
## IV. Justificación estadística

### 4.1 Análisis de ítems por jueces

Para llevar a cabo dicho análisis, se seleccionó 10 jueces expertos en la variable, a quienes se les entregó una solicitud pidiéndoles que acepten formar parte del papel de expertos para evaluar la prueba en mención. Asimismo, se les hizo entrega de una hoja de datos vía virtual para que cada juez (nombres y apellidos, grado académico, especialidad), del marco teórico del constructo, en donde se brindó la información referida al instrumento y del formato de validación de los reactivos para evaluar la pertinencia, relevancia y claridad por cada ítem, como también brindar sugerencias.

### 4.2 Validez de constructo

El análisis factorial confirmatorio permitió verificar el modelo teórico de dos factores denominados regulación de afecto y autocastigo. El modelo evidenció resultados aceptables: RMSEA= 0.7, SRMR= 0.4, CFI = 0.931, TLI=0.921.



### 4.3 Confiabilidad

La técnica de confiabilidad del instrumento fue ejecutada por medio del alfa de Cronbach. Para lo cual se obtuvo un alfa global de .90, a su vez, en la primera dimensión autocastigo un puntaje de 0.91 y en la segunda dimensión regulación de afecto 0.94.

Dimensiones	Alfa
Autocastigo	0.91
Regulación de afecto	0.94
Escala total	0.90

## V. Normas de interpretación

### 5.1 Interpretación de las puntuaciones

Las puntuaciones obtenidas pueden interpretarse a través de los respectivos Baremos.

Los adolescentes que se ubiquen en la categoría clínicamente no significativo indican que, en ellos, predomina un nivel bajo de autolesión.

Los adolescentes que se ubiquen en la categoría riesgo moderado indican que, en ellos, predomina un nivel de autolesión medio. Así mismo los adolescentes que se ubiquen en las categorías problema considerable y clínicamente significativo indican que en ellos predomina un nivel alto de autolesión.

## Referencias

¡Alerta! Advierten incremento de casos de “cutting” desde los 12 años. (6 de Febrero de 2019). Andina, págs. 1-5

Andover, M., & Morris, B. (2014). Expanding and Clarifying the Role of Emotion Regulation in Nonsuicidal Self-Injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 569-575.

Belletich, J., Cespedes, D., Diaz, N., & Pumapillo, M. (2019). Autolesión: Cicatrizando Almas. *Educación*, 175-192.

Borrell, F., Suchman, A., & Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 576-582.

Chavez, Y., Hidalgo, C., & Yanez, L. (2019). Instrumentos de evaluación de la autolesión no suicida en adolescentes 1990-2016: una revisión sistemática. *Ciencia & Saude Colectiva*, 2871-2882.

Edmondson, A., Brennan, C., & House, A. (2015). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 109-117.

Flores, M., Cancino, M., & Figueroa, M. (2018). Systematic Review of Self-Injurious Behaviors without Suicidal Intention in Adolescents. *Rev Cubana Salud Pública*, 200-216

Frendlund, C., Svedin, C., Priebe, G., Jonsson, L., & Wadsby, M. (2017). Self-reported frequency of sex as self-injury (SASI) in a national study of Swedish adolescents and association to sociodemographic factors, sexual behaviors, abuse and mental health. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 1-11.

Gallegos, M., Casapia, Y., & Rivera, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Interacciones*, 143-151.

Gratz, K. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 192-205.

Klonsky, E., & Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 1045–1056.

Lee, W., Lee, H., Lim, D., & Park, H. (2015). Sensation seeking as a potential screening tool for suicidality in adolescence. *BMC public health*, 1-7.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.

Linn, L., Villagran, E., & Oliel, S. (9 de Octubre de 2012). OPS. Obtenido de OPS: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Se%20calcula%20que%20el%2025,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Se%20calcula%20que%20el%2025,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe)

Lynam, D., Miller, J., Miller, D., Bornovalova, M., & Lejuez, C. (2011). Testing the Relations Between Impulsivity-Related Traits, Suicidality, and Nonsuicidal Self-Injury: A Test of the Incremental Validity of the UPPS Model. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 151-160.

Rondon, M. (2006). salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista peruana de*, 237-238.

Rossi, R., Longo, L., Fiore, D., Carcione, A., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2019). Dissociation in stress-related disorders and self-harm: a review of the literature and a systematic review of mediation models. *Journal of psychopathology*, 162-171.

Van, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Joiner, T. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological review*, 575-600.

Vel-Palumbo, M., Woodyatt, L., & Wenzel, M. (2018). Why do we self-punish? Perceptions of the motives and impact of self-punishment outside the laboratory. *European Journal of Social Psychology*, 756-768.

## Anexo 8: Instrumento de recolección de datos

### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN Y PALMA (EACP)

Estimado/a participante:

A continuación, se le presenta 18 oraciones acerca de cómo piensas, sientes o actúas en diferentes situaciones. Usted deberá responder **todas las preguntas** del cuestionario con una **X** o un **✓**. No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas y trate de responder con la mayor sinceridad. Le agradecemos de antemano su colaboración.

#### ESCALA VALORATIVA

EDAD:

CÓDIGO	CATEGORÍA
S	Siempre
CS	Casi siempre
AV	A veces
CN	Casi nunca
N	Nunca

SEXO:

1.	Me he lesionado para formar parte de un grupo.	S	CS	AV	CN	N
2.	Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos.					
3.	Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.					
4.	He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.					
		S	CS	AV	CN	N
5.	Tengo la necesidad de lesionarme cuando estoy enojado/a.					
6.	Cuando siento culpa, tengo ganas de lastimarme.					
7.	Siento que mi vida no tiene sentido y por ello recorro a lesionarme.					
		S	CS	AV	CN	N
8.	He planificado poner en riesgo mi vida, para evitarlo me he autolesionado.					
9.	Intento acabar con mi sufrimiento personal a través de lesiones en mi cuerpo.					
10.	Cuando recuerdo episodios de acoso por algún miembro de mi entorno, deseo lesionarme.					
		S	CS	AV	CN	N
11.	Tengo ganas de autolesionarme cuando siento desconfianza de las acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.					
12.	No tolero la sensación de malestar emocional por lo que recorro a autolesiones para poder disminuirlo.					

13.	He vivido situaciones muy difíciles por las cuales recurrí a dañarme.	S	CS	AV	CN	N
14.	No tolero críticas o comentarios acerca de mi persona, lo cual genera en mí deseos de autolesionarme.					
15.	He experimentado cambios de estado de ánimo muy intensos en mi día a día que para controlarlos he recurrido a lastimarme					
16.	He sentido una desconexión con la realidad y para evitar sentirme así he recurrido a lesionarme.					
17.	Me he lastimado de alguna manera y no recuerdo cómo llegué a hacerlo.					
18.	Cuando mis padres no me dan mi espacio, recurro a autolesionarme					

Anexo 9: Criterios de jueces del instrumento

**ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN Y PALMA**

Nombres y apellidos: Ana Giselle Zapata Arias

Grado académico: Licenciada en psicología

Años de experiencia en la profesión: 3 años

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.					x					X					X	
2. Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos.				x					x						X	
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.			x					x						x		No veo mucha diferencia entre la 1 y la 3. ¿Quizás se podría abordar otro grupo social?
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.					X					X					X	

5. Tengo la necesidad de lesionarme cuando estoy enojado/a.			x					x						x	
6. Cuando siento culpa, tengo ganas de lastimarme.				x				X						X	
7. Siento que mi vida no tiene sentido y por ello recurro a lesionarme.				X				X						X	
8. He planificado poner en riesgo mi vida, para evitarlo me he autolesionado.				X				X						X	
9. Intento acabar con mi sufrimiento personal a través de lesiones en mi cuerpo.				X				X						x	
10. Cuando recuerdo episodios de acoso por algún miembro de mi entorno, deseo lesionarme.				x				X						x	
11. Tengo ganas de autolesionarme cuando siento desconfianza de las acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.				x				X						X	Considero que podría mejorarse la redacción de esta pregunta

12. No tolero la sensación de malestar emocional por lo que recorro a autolesiones para poder disminuirlo.				X					x					X	
13. He vivido situaciones muy difíciles por las cuales recurrí a dañarme.				x					X					X	
14. No tolero críticas o comentarios acerca de mi persona, lo cual genera en mí deseos de autolesionarme.				x				X						X	
15. He experimentado cambios de estado de ánimo muy intensos en mi día a día que para controlarlos he recurrido a lastimarme.				x					x				x		Podría mejorarse la redacción.

16. He sentido una desconexión con la realidad y para evitar sentirme así he recurrido a lesionarme.				x					x					x	
------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--

17. Me he lastimado de alguna manera y no recuerdo cómo llegué a hacerlo.				x					x					x	
18. Cuando mis padres no me dan mi espacio, recurro a autolesionarme				x					x					X	



Lic. Ana Giselle Zapata Arias

CPsP: 38723

### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN Y PALMA

Nombres y apellidos : Ana Paola Rivera Caro  
 Grado académico : Bachiller  
 Años de experiencia en la profesión : 3 años

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.				X					X					X		
2. Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos.				x					X					X		
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.				x					x					X		
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.				x					x					X		
5. Tengo la necesidad de lesionarme cuando experimento emociones intensas.				X					X					X		

6. Cuando siento culpa, tengo ganas de lastimarme.			x				X				X	
7. Siento que mi vida no tiene sentido y por ello, recurro a lesionarme.			x				x				X	
8. He planificado poner en riesgo mi vida, para evitarlo me he autolesionado.			x				X				x	
9. Intento acabar con mi sufrimiento personal a través de lesiones en mi cuerpo.			x				x				x	
10. Cuando recuerdo episodios de acoso por algún miembro de mi entorno, deseo lesionarme.			x				x				X	
11. Tengo ganas de autolesionarme cuando siento desconfianza de las acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.			X				x				x	
12. No tolero la sensación de malestar emocional por lo que recurro a			x				x				X	



17. Me he lastimado de alguna manera y no recuerdo cómo llegué a hacerlo.				x					x				X		
18. Cuando mis padres no me dan mi espacio, recorro a autolesionarme				x					x				X		

### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN Y PALMA

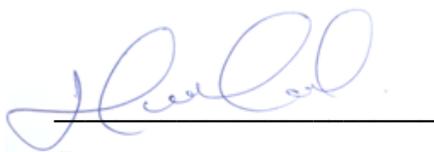
Nombres y apellidos : Helga Carolina Leyva Herrera  
 N° de colegiatura : 22838  
 Grado académico : Titulada  
 Años de experiencia en la profesión : 4 años

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.					x				x						x	
2. Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos.				x					X					X		
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.					x					x					x	
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.				x					x					X		
5. Tengo la necesidad de lesionarme cuando estoy enojado/a.					x					x				x		

6. Cuando siento culpa, tengo ganas de lastimarme.				x					x				x		
7. Siento que mi vida no tiene sentido y por ello recurro a lesionarme.				x					x					x	
8. He planificado poner en riesgo mi vida, para evitarlo me he autolesionado.				x					x					x	
9. Intento acabar con mi sufrimiento personal a través de lesiones en mi cuerpo.				x					x					x	
10. Cuando recuerdo episodios de acoso por algún miembro de mi entorno, deseo lesionarme.		x												X	La palabra acoso me parece muy reducida. Podría usarse otro término que incluya la variedad de situaciones de violencia sexual.
11. Tengo ganas de autolesionarme cuando siento desconfianza de las acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.		x												X	
12. No tolero la sensación de malestar emocional por lo que recurro a				x					x						x



17. Me he lastimado de alguna manera y no recuerdo cómo llegué a hacerlo.				X					X				X	
18. Cuando mis padres no me dan mi espacio, recurro a autolesionarme				x					x			x		Podría usarse un término más general en cambio de "padres", que recoja más situaciones.



Firma

### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN & PALMA

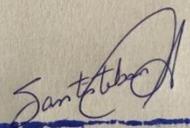
Nombres y apellidos : Cynthia Mercedes Santisteban Agüero  
 Grado académico : Licenciada en Psicología clínica  
 Años de experiencia en la profesión : 7 años de experiencia

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.					x					x					x	
2. Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos.					x					x						x
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.					x					x					x	
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.					v					v						v
5. Tengo la necesidad de lesionarme cuando experimento emociones intensas.					x					x						x

6. Cuando siento culpa, tengo ganas de lastimarme.				x					x				x	
7. Siento que mi vida no tiene sentido y por ello, recurro a lesionarme.				x					x				x	
8. He planificado poner en riesgo mi vida, para evitarlo me he autolesionado.				x					x				x	
9. Intento acabar con mi sufrimiento personal a través de lesiones en mi cuerpo.				x					x				x	
10. Cuando recuerdo episodios de acoso por algún miembro de mi entorno, deseo lesionarme.				x					x				x	
11. Tengo ganas de autolesionarme cuando siento desconfianza de las acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.				x					x				X	
12. No tolero la sensación de malestar emocional por lo que recurro a				x					x				x	



17. Me he lastimado de alguna manera y no recuerdo cómo llegué a hacerlo.				x					x					x	
18. Cuando mis padres no me dan mi espacio, recorro a autolesionarme				x					x					x	

  
 Lic. Cynthia Mercedes Santisteban Agüero  
 C.P.P. N° 25570

### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN & PALMA

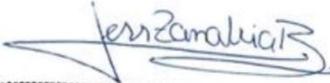
Nombres y apellidos : Ruth Jessenia Zanabria Barrueto  
 Grado académico : Licenciada en Psicología Clínica  
 Años de experiencia en la profesión : 2 años

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.					x					x					x	
2. Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos					x					x					x	
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.					x					x					x	
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.					x					x					x	
5. Tengo la necesidad de lesionarme cuando experimento emociones intensas.					x					x					x	
6. Cuando siento culpa, tengo ganas de lastimarme.					x					x					x	

7. Siento que mi vida no tiene sentido y por ello, recurro a lesionarme.				x					x					x	
8. He planificado poner en riesgo mi vida, para evitarlo me he autolesionado.				x					x					x	
9. Intento acabar con mi sufrimiento personal a través de lesiones en mi cuerpo.				x					x					x	
10. Cuando recuerdo episodios de acoso por algún miembro de mi entorno, deseo lesionarme.				x					x					x	
11. Tengo ganas de autolesionarme cuando siento desconfianza de las acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.				x					x						
12. No tolero la sensación de malestar emocional por lo que recurro a autolesiones para poder disminuirlo.				x					x					x	



18. Cuando mis padres no me dan mi espacio, recorro a autolesionarme					x					x						x	
----------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--




**Ruth Jessenia Zanabria Barrueto**  
**PSICÓLOGA**  
**C.Ps.P. N° 35850**

Ruth Jessenia Zanabria Barrueto  
 Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta DBT  
 C.Ps.P. 35850

### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN Y PALMA

Nombres y apellidos : Leslie Nancy Spencer Rojas

Grado académico : Magister en Cognición, aprendizaje y desarrollo. Licenciada en Psicología.

Años de experiencia en la profesión : 10 años realizando práctica clínica y educativa.

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.					x					x			x			He realizado cambios en mi cuerpo que me han generado daño para...
2. Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos.					x					x					x	
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.					x					x					x	
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.					x					x					x	



acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.																
12. No tolero la sensación de malestar emocional por lo que recurro a autolesiones para poder disminuirlo.				x						x						x
13. He vivido situaciones muy difíciles por las cuales recurrí a dañarme.				x						x						X
14. No tolero críticas o comentarios acerca de mi persona, lo cual genera en mí deseos de autolesionarme.				x						x						X
15.He experimentado cambios de estado de ánimo muy intensos en mi día a día que para controlarlos he recurrido a lastimarme.				x						x						X

16. He sentido una desconexión con la realidad y para evitar sentirme así he recurrido a lesionarme.			x				X						x			
------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--

17. Me he lastimado de alguna manera y no recuerdo cómo llegué a hacerlo.				x						x				X		
18. Cuando mis padres no me dan mi espacio, recurro a autolesionarme					x					x				X		Cuando los demás no me dan mi espacio, recurro a autolesionarme

Leslie Nancy Spencer Rojas  
Cpsi 31514

### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN Y PALMA

Nombres y apellidos : Pierina Angeles Lujan

Grado académico: Licenciada en psicología

Años de experiencia en la profesión: 4 años

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.					x				x						x	
2. Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos.				x					x						x	
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.				x					x					x		Podrías detallarlo mejor, porque se parece a la 1. Por ejemplo, me he autolesionado para continuar siendo parte de mi grupo de amigos.
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.			x					x					x			Considero que aquí podrías detallar porque tiene deseos de lastimar su cuerpo, es decir, en base a que necesidad le viene esos deseos. Por ejemplo, cada vez que siento una gran conmoción tengo deseos de lastimar mi cuerpo
5. Tengo la necesidad de lesionarme cuando estoy enojado/a.					x					x					x	

6. Cuando siento culpa, tengo ganas de lastimarme.				x					x					x	
7. Siento que mi vida no tiene sentido y por ello recurro a lesionarme.				x					x					x	
8. He planificado poner en riesgo mi vida, para evitarlo me he autolesionado.			x						X				x		Considero que aquí podrías poner en ve de planificado poner lo siguiente. He ideado poner en riesgo mi vida,.... autolesionado , porque planificar es más elaborado y hay más posibilidad a que vaya a querer suicidarse.
9. Intento acabar con mi sufrimiento personal a través de lesiones en mi cuerpo.				x					x					x	
10. Cuando recuerdo episodios de acoso por algún miembro de mi entorno, deseo lesionarme.				x					x					x	Aquí podrías plantearlo de esta manera, cuando aparecen recuerdos acerca de cómo han abusado de mí, deseo lesionarme.. Te lo planteo de esa manera porque se sobreentiende que otra persona abuso de el y es más conciso, trae relevancia al recuerdo de cómo abusaron de él
11. Tengo ganas de autolesionarme cuando siento desconfianza de las acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.				x					x					x	



17. Me he lastimado de alguna manera y no recuerdo cómo llegué a hacerlo.				x						x					X	
18. Cuando mis padres no me dan mi espacio, recorro a autolesionarme				x						x					x	




---

Ps. Pierina Angeles Lujan

### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN & PALMA

Nombres y apellidos: Sofía Isabel Chávez Palacio

Grado académico: Lic. en Psicología con mención en psicología clínica

Años de experiencia en la profesión: 1 año

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.					x					x					x	
2. Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos.				x				x					x			
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.			x						x					x		
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.				X				x						X		
5. Tengo la necesidad de lesionarme cuando estoy enojado/a.			x					x					x			





18. Cuando mis padres no me dan mi espacio, recurro a autolesionarme					x						x					x					
----------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN Y PALMA

Nombres y apellidos : Sonia Milagros Cambero Aguilar

Grado académico : Licenciada en Psicología

Años de experiencia en la profesión : 4 años

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.					x					x					x	
2. Me he autolesionado al sentirme juzgado por mi grupo de amigos.					x					x				X		
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.					x					x					x	
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.					x					x				x		
5. Tengo la necesidad de lesionarme cuando estoy enojado/a.					x					x					X	
6. Cuando siento culpa, tengo ganas de lastimarme.					x					x					x	

7. Siento que mi vida no tiene sentido y por ello recurro a lesionarme.				x					x				x	
8. He planificado poner en riesgo mi vida, para evitarlo me he autolesionado.				x					x				x	
9. Intento acabar con mi sufrimiento personal a través de lesiones en mi cuerpo.				x					x				x	
10. Cuando recuerdo episodios de acoso por algún miembro de mi entorno, deseo lesionarme.				x					x				x	
11. Tengo ganas de autolesionarme cuando siento desconfianza de las acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.				x					x				X	
12. No tolero la sensación de malestar emocional por lo que recurro a autolesiones para poder disminuirlo.				x					x				x	





### ESCALA DE AUTOLESIONES DE CARTOLIN & PALMA

Nombres y apellidos : Valeria Drago  
 Grado académico : Licenciada  
 Años de experiencia en la profesión : 5 años

ITEMS	Pertinencia					Relevancia					Claridad					SUGERENCIAS
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Me he lesionado para formar parte de un grupo.				X					X					X		
2. Me he lesionado para formar parte de un grupo.				x					x					x		
3. Me he autolesionado para seguir dentro de un grupo de amigos.				x					x						X	
4. He tenido deseos de lastimar mi cuerpo.					X				X					X		
5. Tengo la necesidad de lesionarme cuando experimento emociones intensas.					x					x					X	

6. Cuando siento culpa, tengo ganas de lastimarme.			x					x				x	
7. Siento que mi vida no tiene sentido y por ello, recurro a lesionarme.				x					x				x
8. He planificado poner en riesgo mi vida, para evitarlo me he autolesionado.				X					x				X
9. Intento acabar con mi sufrimiento personal a través de lesiones en mi cuerpo.				x					x				x
10. Cuando recuerdo episodios de acoso por algún miembro de mi entorno, deseo lesionarme.				x					x				x
11. Tengo ganas de autolesionarme cuando siento desconfianza de las acciones de algunas personas hacia mi cuerpo.			x						x				X
12. No tolero la sensación de malestar por lo que tiendo a lastimar mi cuerpo.				x					x				X

13. He vivido situaciones muy difíciles por las cuales recurrí a dañarme.				x						x				X	
14. No tolero críticas o comentarios acerca de mi persona, lo cual genera en mí deseos de autolesionarme.			x							x			x		
15. He experimentado cambios de estado de ánimo muy intensos en mi día a día que para controlarlos he recurrido a lastimarme.				X						X				X	

16. He sentido una desconexión con la realidad y para evitar sentirme así he recurrido a lesionarme.				x						x				x	
17. Me he lastimado de alguna manera y no recuerdo cómo llegué a hacerlo.				x						x				x	

18. Cuando mis padres no me dan mi espacio, recorro a autolesionarme			x					x					X		
----------------------------------------------------------------------	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--

*Handwritten signature*