

**Revisión sistemática de las aplicaciones de la escala CS-DS *Chronic Self Destructiveness Scale*, 1985 – 2019**

**Systematic review of the applications of CS-DS *Chronic Self Destructiveness Scale*, 1985 – 2019**

Franky Alberto Úsuga-Úsuga\*  
<https://orcid.org/0000-0002-0514-9205>  
Luis Felipe Higueta-Gutiérrez\*\*  
<https://orcid.org/0000-0003-1361-3124>  
Jaiberth Antonio Cardona-Arias\*  
<https://orcid.org/0000-0002-7101-929X>

Recibido: Enero 15 de 2020

Aceptado: Septiembre 08 de 2020

Correspondencia: [jaiberthcardona@gmail.com](mailto:jaiberthcardona@gmail.com)

\*Universidad de Antioquia (Colombia)

\*\*Universidad Cooperativa de Colombia

### **Resumen**

**Introducción:** La escala CS-DS (*Chronic Self-Destructiveness Scale*) fue diseñada y validada en 1985 y a la fecha no se conocen sus aplicaciones en estudios investigativos.

**Objetivo:** Analizar los usos de la escala CS-DS mediante una revisión sistemática de la literatura y comparar los puntajes de autodestructividad indirecta en diferentes grupos poblacionales en el periodo 1985-2019.

**Materiales y métodos:** Revisión sistemática en cinco bases datos multidisciplinarias con tres estrategias de búsqueda siguiendo las recomendaciones de Cochrane, las fases de la guía PRISMA y los criterios de la guía MOOSE. La selección de los estudios y la extracción de las variables se realizó por dos investigadores garantizando exhaustividad y reproducibilidad. Se evaluó la calidad metodológica y se realizó metanálisis de medidas indirectas por tipo de población estudiada, metanálisis de efectos aleatorios para diferencia de medias según el sexo y meta-regresión por dimensiones de la escala.

**Resultados:** Se incluyeron 23 estudios con 6.382 individuos. La menor autodestructividad se halló en población sana y con psoriasis, la mayor en drogadicción, seguido de intento suicida, delincuencia, ansiedad o depresión y esquizofrenia. En población sana e intento suicida no se hallaron diferencias según el sexo.

**Conclusión:** La escala CS-DS ha sido aplicada básicamente en Estados Unidos y Polonia, en diferentes poblaciones de personas sanas y enfermas. CS-DS demuestra capacidad discriminante para perfilar la autodestructividad en diferentes poblaciones, principalmente con afectaciones mentales.

**Palabras clave:** *Chronic Self Destructiveness Scale*; Revisión sistemática; Metanálisis.

## **Abstract**

**Background:** The CS-DS (Chronic Self-Destructiveness Scale) was designed and validated in 1985 and to date its applications in research studies are unknown.

**Objective:** To analyze the uses of the CS-DS scale through a systematic review and compare scores of indirect self-destructive in different population groups in the period 1985-2019.

**Methods:** Systematic review in five multidisciplinary databases with three search strategies following Cochrane recommendations, the phases of the PRISMA guide and the MOOSE guide criteria. The selection of the studies and the extraction of the variables was carried out by two researchers guaranteeing reproducibility. The methodological quality was evaluated and meta-analysis of indirect measures was performed by type of population studied, random effects meta-analysis for difference of means according to sex and meta-regression by scale dimensions.

**Results:** were included 23 studies with 6,382 individuals. The lowest self-destructiveness was found in a healthy population and psoriasis, the highest in drug addiction, followed by suicide attempts, delinquency, anxiety or depression and schizophrenia. In healthy population, no differences were found according to sex and in people with suicidal intent there was greater self-destructiveness in men in the dimensions of personal and social negligence, lack of planning and impotence and passivity in the face of problems.

**Conclusion:** The CS-DS scale has been applied basically in the United States and Poland, in different populations of healthy and sick people. CS-DS demonstrates discriminating ability to profile self-destructiveness in different populations, mainly with mental disorders, while its dimensions have a differential profile by sex.

**Palabras clave:** *Chronic Self Destructiveness Scale*; Systematic review; Meta-analysis.

## **Introducción**

La autodestructividad alude diferentes tipos de comportamiento que ponen en riesgo la salud y vida de las personas, corresponde a un constructo que denota un grupo de problemas de etiología variable que pueden clasificarse como autodestructividad indirecta (latente, crónica u oculta) o directa (aguda, abierta). Estos comportamientos impulsivos generalmente están diferenciados por características sociodemográficas, destacándose el género femenino como protector y el masculino como un factor predisponente o de riesgo (Tsirigotis, 2018b).

Específicamente la autodestructividad indirecta fue definida por el grupo de Kelley en 1985 como una predisposición o tendencia general a participar en conductas

o actos que aumentan la probabilidad de sufrir daños para la salud general del individuo. En principio, Kelley sugirió que la participación repetitiva y crónica de acciones perjudiciales para la salud como el consumo de alcohol, tabaco y alimentos en exceso (a las que denominó desadaptativas) no eran aisladas, inconexas, sino que obedecían a ciertos tipos de personalidad que buscan la satisfacción emocional inmediata a través de comportamientos que resultan perjudiciales o nocivos para la salud (Kelley et al., 1985).

Para dar cuenta de este rasgo de personalidad, el mismo grupo diseñó y validó la Escala de Autodestructividad crónica CS-DS (*Chronic Self-Destructiveness Scale*) (Kelley et al., 1985), la cual consta de 52 ítems calificados en una escala Likert de cinco niveles, agrupados en las siguientes dimensiones o subescalas: (i) transgresión de normas, riesgos y adicciones, (ii) mantenimiento deficiente de la salud, (iii) negligencia personal y social, (iv) falta de planificación, y (v) impotencia y pasividad frente a los problemas (Tsirigotis, 2018; Bienias y Kaszuba, 2016).

La escala CS-DS genera un puntaje entre 52 que indica baja autodestructividad indirecta y 260 que indica alta autodestructividad indirecta; el puntaje es considerado bajo en el rango de 52-104, medio entre 105-160, y alto entre 161-260 (Slawinska et al., 2018). Se ha demostrado una buena fiabilidad y confiabilidad de la escala con alfa de Cronbach entre 0,73 y 0,97, correlaciones test-retest entre 0,90 y 0,98 (Sharp y Schill, 1995); además, se ha documentado su reproducibilidad y validez en individuos de diferentes entornos culturales, lo que evidencia la transversalidad de los comportamientos perjudiciales para la salud que evalúa (Kelley et al., 1986).

A pesar de la robustez psicométrica de la escala, su aplicación en diferentes entornos clínicos e investigativos es baja, y el conocimiento de los perfiles

autodestructividad que genera en diferentes grupos poblacionales resulta exiguo. En este orden de ideas, los puntajes de la escala CS-DS se han correlacionado positivamente con diferentes conductas sexuales de riesgo, desesperanza, uso de drogas ilícitas, agresividad o consumo de alcohol (Kelly et al., 2005), pero a la fecha, no se dispone de un estudio que haya agrupado la evidencia disponible sobre las aplicaciones de la escala en diferentes poblaciones.

En este sentido, es necesario reunir, evaluar y sintetizar las investigaciones sobre la autodestructividad indirecta con la escala CS-DS mediante una revisión sistemática de la literatura científica que permita, entre otras consideraciones, identificar los grupos poblacionales más estudiados, comparar de manera indirecta sus puntajes de autodestructividad, conocer los países que han adaptado y aplicado la escala, entre otras ventajas de esta modalidad investigativa (Cardona-Arias et al., 2016).

En consecuencia, el objetivo de este estudio es analizar los usos de la escala CS-DS mediante una revisión sistemática de la literatura y comparar los puntajes de autodestructividad indirecta en diferentes grupos poblacionales en el periodo 1985-2019.

## **Método**

### *Tipo de estudio*

Revisión sistemática de la literatura con metanálisis de medias indirectas.

*Protocolo de búsqueda y selección de los estudios de acuerdo a las fases de la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher et al, 2009).*

Se debe precisar que PRISMA tiene una estructura de mayor aplicación en estudios sobre efectividad de diferentes intervenciones, por ello en esta investigación el

protocolo aplicó los ajustes expuestos para estudios observacionales en la guía MOOSE (Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology). (Stroup et al., 2000)

### *Identificación*

Se realizó una búsqueda de artículos de investigación en Google Scholar, Science Direct, PubMed, BVS (Biblioteca virtual en salud) y Scielo, con los términos de búsqueda “Self-destructiveness”, “CS-DS” y “CSDS Kelley”, los cuales fueron identificados mediante una cosecha de perlas con el método integral (*comprehensive pearl growing*) que incluye la compilación de estudios relevantes en el tema (principalmente revisiones bibliográficas), identificación de las bases de datos de la búsqueda, determinar los términos de indización de dichos artículos o sus palabras clave en cada base bibliográfica, hacer una nueva búsqueda con cada término hallado en la fase anterior hasta no hallar nuevos términos de búsqueda (Schlosser et al., 2006).

### *Tamización*

Se aplicaron los criterios de inclusión de ser estudios con los términos de búsqueda en título, resumen o palabras clave, investigaciones originales, en los cuales la autodestructividad era el tema central del estudio y población se analizó mediante la aplicación de la escala CS-DS. La eliminación de los artículos duplicados se realizó utilizando el gestor de referencias Zotero.

Algunas estrategias de búsqueda fueron las siguientes: en PubMed Self-destructiveness[Title/Abstract], (Self-destructiveness[Title/Abstract] OR CS-DS[Title/Abstract] OR CSDS Kelley[Title/Abstract]), en Science-Direct Title, abstract, keywords: Self-destructiveness OR CS-DS OR CSDS Kelley, en Scielo y BVS (ab:(Self-destructiveness OR CS-DS OR CSDS Kelley)).

### *Elección*

Se excluyeron artículos con muestras pequeñas, información incompleta en las variables de esta revisión, estudios de validación, artículos no disponibles o retirados de las bases de datos y para los cuales no se halló respuesta del mensaje enviado a los autores, y las publicaciones en las cuales no se explicitó el puntaje obtenido con la escala CS-DS.

### *Inclusión*

La búsqueda y selección de los estudios no tuvo restricción temporal de manera retrospectiva y la última actualización de la búsqueda se realizó el 30 de junio de 2019. De igual manera, tampoco se restringió por idioma y se hizo una revisión de las referencias bibliográficas de los artículos incluidos, todo ello con el fin de aumentar la exhaustividad. Posterior a esto, se realizó extracción de las variables título, autores, año de publicación, lugar del estudio, tamaño de muestra, tipo de población, media y desviación estándar de la puntuación global de la escala o sus dimensiones, y en los casos que fue posible los puntajes de subgrupos como sanos, enfermos, hombres o mujeres.

### *Análisis de reproducibilidad y evaluación de la calidad metodológica*

Dos investigadores aplicaron el protocolo de búsqueda y selección de los artículos, y realizaron la extracción de las variables del estudio de manera independiente, resolviendo las diferencias por consenso y remisión a un tercero. La evaluación de la calidad metodológica se realizó con los criterios de la guía STROBE (Vandenbroucke et al., 2009) que, si bien es una guía editorial, incluye criterios para analizar la validez interna y externa de las publicaciones, así como la aplicabilidad de sus resultados.

### *Análisis de la información*

Se diseñó un archivo plano en Excel para recopilar y extraer las variables del estudio, para las cuales se realizó síntesis cualitativa. Para los puntajes de la escala en cada población de estudio se realizó síntesis cuantitativa mediante la estimación de media ponderada y su intervalo de confianza del 95%. Para la comparación de los puntajes de la CS-DS en los diferentes grupos identificados se realizaron intervalos de confianza para la diferencia de medias.

La media ponderada (MP) se calculó mediante la siguiente fórmula  $MP = (X_1n_1 + X_2n_2 + X_n n_n) / (n_1 + n_2 + n_n)$ , donde  $X_1$ ,  $X_2$  y  $X_n$  corresponden al puntaje promedio de la escala en cada estudio y  $n_1$ ,  $n_2$  y  $n_n$ , a los respectivos tamaños de muestra de cada estudio incluido. Este mismo procedimiento se realizó con las desviaciones estándar. Con la medida ponderada se estimó el intervalo de confianza del 95% para la media mediante la siguiente fórmula  $X \pm [Z_{\alpha/2} * (DE / \sqrt{n})]$ , donde  $X$  es la media,  $Z_{\alpha/2}$  el nivel de confianza,  $DE$  la desviación estándar y  $n$  el tamaño de muestra. Para el intervalo de confianza de la diferencia de medias se aplicó la fórmula  $X_1 - X_2 \pm Z_{\alpha/2} * \sqrt{[(DE_1/n_1) + (DE_2/n_2)]}$ , donde los subíndices 1 y 2 representan los dos grupos bajo comparación (estadístico t Student para diferencia de medias independientes).

Con base en los estudios que reportaron los puntajes de la escala según el sexo, se realizó un meta-análisis de efectos aleatorios para la diferencia de medias, en el cual se evaluó la heterogeneidad con la Prueba de Dersimonian y Laird's (Estadístico Q con distribución Chi-cuadrado) y el coeficiente RI (proporción de varianza total debida a la varianza entre estudios); el sesgo de publicación con la prueba de Begg (Estadístico Z) y el funnel plot; el análisis de sensibilidad o incertidumbre con el gráfico de influencia y

los resultados finales se reportaron con el Forest Plot. Estos análisis se complementaron con meta-análisis de subgrupos (meta-regresiones) según el grupo de estudio y las dimensiones de la escala.

### Resultados

En la búsqueda inicial se identificaron 169.834 textos de los cuales 1.780 contenían los términos de búsqueda en título, resumen y/o palabras clave, y sólo 23 cumplieron con el protocolo de búsqueda y selección (Figura 1).

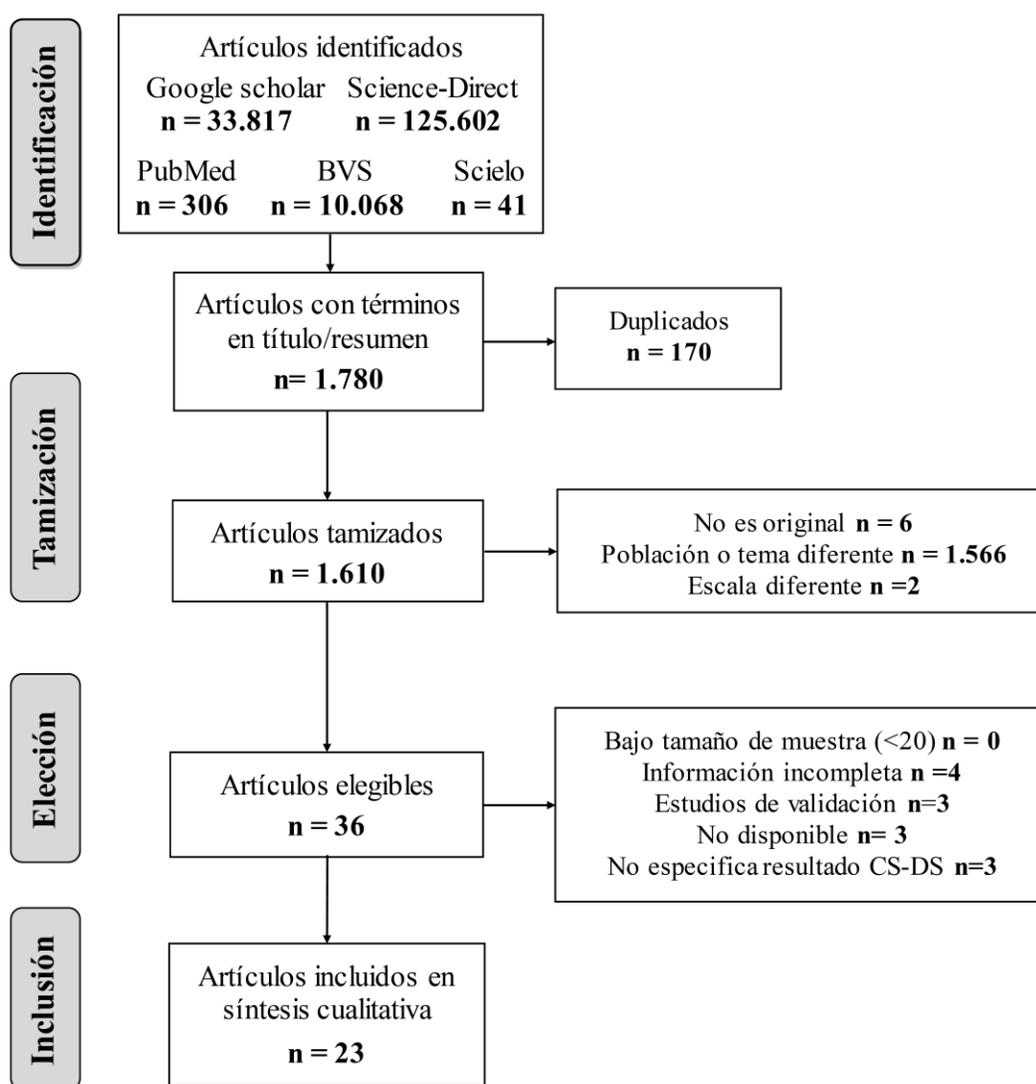


Figura 1. Flujograma de protocolo de búsqueda y selección de los estudios.

Los artículos se publicaron entre 1986 y 2019, 17 de ellos (73,9%) se realizaron en Polonia y 6 (26,1%) en Estados Unidos (uno fue multicéntrico). Los estudios incluyeron población sana y con diferentes patologías, e incluyeron niños, adolescentes, jóvenes y adultos. La población estuvo conformada por 6.382 individuos, de ellos 3.748 (58,73%) mujeres y 2.634 (41,27%) hombres. Los estudios se realizaron en poblaciones sanas como estudiantes universitarios y de secundaria, o población general, así como en grupos con diferentes condiciones que afectan la salud como el intento de suicidio, la delincuencia, la esquizofrenia, la drogadicción, la psoriasis, la ansiedad o depresión y la violencia doméstica (Tabla 1).

**Tabla 1.** Descripción de los estudios según tiempo, lugar y población.

<b>Autor</b>	<b>ño</b>	<b>País</b>	<b>Población</b>	
Kelley K	986	India, China, Venezuela, Estados Unidos	Estudiantes universitarios	54
Dolin IH	992	Estados Unidos	Adolescentes delincuentes	53
Sharp M	995	Estados Unidos	Estudiantes universitarios	99
Boudewyn AC	995	Estados Unidos	Estudiantes universitarios	38
Markbeasley T	998	Estados Unidos	Jóvenes delincuentes	81
Kelly DB	005	Estados Unidos	Estudiantes universitarios	45
Tsirigotis K	010	Polonia	Individuos que intentaron suicidarse	47
Tsirigotis K	011	Polonia	Individuos que intentaron suicidarse	94
Tsirigotis K	013	Polonia	Individuos que intentaron suicidarse	47
Tsirigotis K	013	Polonia	Estudiantes universitarios	58
Tsirigotis K	014e	Polonia	Individuos que intentaron suicidarse	47
Tsirigotis K	014f	Polonia	Población general	58
Tsirigotis K	015g	Polonia	Individuos que intentaron suicidarse	05

Tsirigotis K	015h	Polonia	Individuos drogadictos	72
Tsirigotis K	016c	Polonia	Población general	60
Tsirigotis K	016	Polonia	Población general	60
Bienias W	016	Polonia	Individuos con psoriasis	2
Tsirigotis K	016d	Polonia	Población general	60
Tsirigotis K	016	Polonia	Individuos con esquizofrenia paranoide	00
Sławińska A	018	Polonia	Individuos con síntomas de ansiedad y/o depresión	0
Tsirigotis K	018a	Polonia	Individuos con esquizofrenia paranoide	00
Tsirigotis K	018	Polonia	Mujeres que experimentan violencia doméstica	02
Sitnik K	019	Polonia	Niñas y adolescentes que intentaron suicidarse. Niñas que ejercen violencia contra otros.	40

En cuanto a la calidad metodológica, los estudios presentaron bajo riesgo de sesgos (de selección o información), 22 artículos (95,6%) cumplieron más del 80% de los criterios especificados en la guía STROBE; los ítems menos especificados en algunos estudios correspondieron al diseño del estudio y la financiación (Figura 2).

<b>Criterio de la guía STROBE</b>	<b>Estudios que cumplen el ítem (%)</b>
<b>Fundamentación</b>	
Título y resumen	100
Calidad de la introducción	100
Objetivos	83
<b>Métodos</b>	
Diseño del estudio	4
Descripción de la población y el lugar	96
Elección de los participantes	87
Definición de las variables	96
Fuentes de datos	100
Control de sesgos	87
Cálculo del tamaño de muestra	96
Análisis estadísticos	100
<b>Resultados</b>	
Participantes	96
Datos descriptivos	100
Datos de variable resultado	100
Resultados principales	100
Análisis adicionales	100
<b>Discusión</b>	
Resultados clave	100
Limitaciones	96
Interpretación	100
Generabilidad	100
Financiación	22

**Figura 2. Evaluación de la calidad metodológica.**

Con base en los grupos estudiados con la escala se halló un puntaje estadísticamente menor en población sana y los pacientes con psoriasis (en estos dos grupos no se hallaron diferencias estadísticas). En los demás grupos estudiados se hallaron puntajes estadísticamente diferentes, siendo mayor la autodestructividad en

personas que sufren de drogadicción, seguido de intento suicida, delincuencia, ansiedad o depresión y esquizofrenia (Tabla 2).

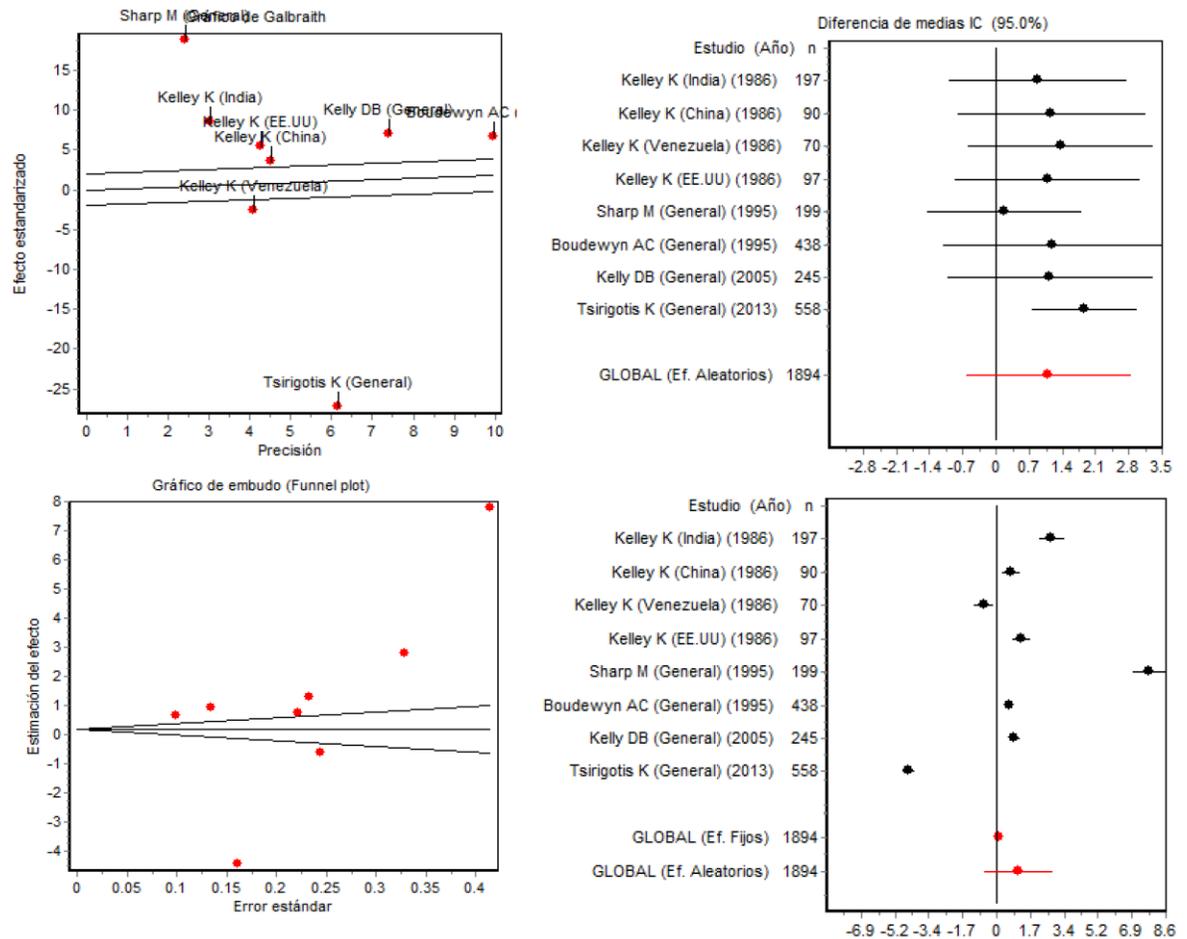
**Tabla 2. Descripción de los puntajes de la escala según el grupo de estudio.**

<b>Población sana</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>IC 95%</b>
Kelley (India, 1986)	197	118,8	116,1-121,6
Kelley (China, 1986)	90	133,6	129,9-137,3
Kelley (Venezuela, 1986)	70	117,4	112,9-121,8
Kelley (EE.UU, 1986)	97	122,6	118,7-126,4
Sharp M (1995)	199	91,8	89,5-94,2
Boudewyn A (1995)	438	153,6	152,6-154,6
Kelly DB (2005)	245	123,6	120,7-126,4
Tsirigotis K (2013)	558	122,9	121,4-124,5
Tsirigotis K (2014)	234	120,5	118,6-122,4
Tsirigotis K (2016)	260	113,1	110,7-115,4
Tsirigotis K (2016)	260	113,1	110,7-115,4
Tsirigotis K (2016)	260	113,1	110,7-115,4
<b>Subtotal</b>	<b>2908</b>	<b>122,5</b>	<b>121,9-123,1</b>
<b>Esquizofrenia</b>			
Tsirigotis K (2016)	200	125,3	122,4-128,3
Tsirigotis K (2018)	200	126,3	123,2-129,3
<b>Subtotal</b>	<b>400</b>	<b>125,8</b>	<b>123,7-127,9</b>
<b>Intento de suicidio</b>			
Tsirigotis K (2010)	147	154,0	150,3-157,7
Tsirigotis K (2011)	147	154,0	150,4-157,6
Tsirigotis K (2013)	147	154,0	150,4-157,7
Tsirigotis K (2014)	147	154,0	150,4-157,6
Tsirigotis K (2015)	147	154,0	150,4-157,6
<b>Subtotal</b>	<b>735</b>	<b>154,0</b>	<b>154,4-155,6</b>
<b>Ansiedad y/o depresión</b>			
Sławińska A (2018)	<b>40</b>	<b>136,0</b>	<b>130,1-141,9</b>
<b>Delincuencia</b>			
Dolin IH (1992)	<b>112</b>	<b>148,5</b>	<b>144,5-152,4</b>
<b>Drogadicción</b>			
Tsirigotis K (2015)	<b>172</b>	<b>159,5</b>	<b>155,8-163,2</b>
<b>Psoriasis</b>			
Bienias W (2016)	<b>82</b>	<b>117,6</b>	<b>112,9-122,4</b>

Algunos estudios sólo incluyeron hombres o mujeres, con los siguientes resultados: *i*) en 101 hombres jóvenes y delincuentes se halló un puntaje promedio de

145 (Markbeasley y Dolin, 1998); en 52 mujeres que experimentaron violencia doméstica fue del 127 puntos (Tsirigotis y Łuczak, 2018); en 40 niñas después de un intento de suicidio fue 142 y en 40 niñas que ejercen violencia contra otros fue 151 (Sitnik-Warchulska y Izydorczyk, 2019).

En 1.894 sujetos de población sana (general) en quienes se comparó el puntaje global de la escala según sexo, se presentó una elevada heterogeneidad con coeficiente RI de 99% (Dersimonian y Laird's  $p=0,000$ ), no se presentó sesgo de publicación (Begg  $p=0,3865$ ), se registró buena robustez en la medida combinada dado que la eliminación de cada estudio en fases sucesivas no cambió el resultado global (Gráfico de influencia) y con el Forest Plot se evidenció que el puntaje de la escala fue estadísticamente igual entre hombres y mujeres con una diferencia de medias de 1,1 (IC95%=-0,63;2,87) (Figura 3).



**Figura 3. Metanálisis de los puntajes de auto-destructividad indirecta según el sexo.**

**A) Gráfico de Galbraith.** Este gráfico evalúa la heterogeneidad con el cálculo de una línea de regresión entre la precisión de cada estudio y la medida de efecto estandarizado, además de dos líneas que indican el grado de confianza. Los puntos por fuera de las líneas muestran los estudios que generan mayor heterogeneidad B) Funnel Plot. En este gráfico se traza una línea teórica alrededor del cero y se analiza si los puntos forman un “embudo” con datos superiores e inferiores a la línea teórica. En caso de existir un sesgo de publicación, se estaría frente a un gráfico en el que no habría valores por encima y por debajo de cero. C) Gráfico de influencia. Muestra la influencia individual de cada estudio en el resultado global al replicar la medida combinada quitando cada uno de los estudios incluidos D) Forest Plot. Este gráfico es el resultado principal del metanálisis. La línea vertical indica la ausencia de diferencia entre los dos grupos, cada punto negro representa un estudio y la diferencia de medias hallada en él, la línea horizontal que acompaña el punto es el intervalo de confianza. Los puntos y líneas rojas indican la diferencia de medias combinando todos los estudios con el modelo de efectos fijos o de efectos aleatorios. Como el gráfico de Galbraith refleja heterogeneidad, se interpreta la medida combinada bajo el modelo de efectos aleatorios.

En el subgrupo de personas con intento suicida tampoco se hallaron diferencias en el puntaje de la escala según el sexo, dado que con 852 individuos se halló una diferencia de medias de -1,57 (IC95%=-4,55;1,41).

### **Discusión**

Se incluyeron 23 estudios con 6.382 individuos, en los cuales la menor autodestructividad indirecta se halló en población sana y con psoriasis, la mayor en drogadicción, seguido de intento suicida, delincuencia, ansiedad o depresión y esquizofrenia; además, en población sana e intento suicida no se hallaron diferencias según el sexo.

Con respecto al número de estudios identificados en la literatura utilizando la escala CS-DS, los hallazgos ponen de manifiesto que se ha ido presentando una aceptación paulatina del constructo de autodestructividad como una medida de personalidad independiente de constructos anteriores como la personalidad límite, las adicciones o la impulsividad. En términos conceptuales la autodestructividad se diferencia porque alude a la adopción de conductas nocivas (forma activa) o el descuido de la salud (forma pasiva), a que tales conductas u omisiones pasan desapercibidas por el individuo, se realizan de manera inconsciente, tienen efectos a largo plazo, son repetitivas y se intensifican con el tiempo comprometiendo la salud y la vida (Tsirigotis, 2016). En términos psicométricos la evidencia es escasa, aunque un estudio en este ámbito concluyó que la escala CS-DS correlaciona fuertemente con escalas de moderación, angustia y psicopatía, por lo que los autores sugieren que la CS-DS se asuma como una medida de impulsividad, falta de juicio y satisfacción inmediata, en lugar del actual concepto de autodestructividad que ubica al individuo en una posición

de víctima (Sharp y Schill, 1995). En este sentido, se sugiere el desarrollo de estudios de validez de criterio, convergente y divergente que indiquen la correlación o incorrelación de la esta escala frente a otras que evalúan constructos similares

En referencia a los puntajes se encontró que la CS-DS es menor en los individuos sanos y personas con psoriasis lo que resulta divergente con otros estudios en esta enfermedad, la cual impacta de manera negativa diferentes aspectos psicosociales del paciente y reduce su calidad de vida dado que en este grupo se ha descrito mayor depresión, sentimiento de estigmatización, estrés, ideación suicida, e incluso se ha indicado que el sentimiento de vergüenza por la apariencia de la piel de estos pacientes induce comportamientos como el tabaquismo y el alcoholismo (Rousset y Halioua, 2018; Naldi, 2016). En coherencia con esto, se recomienda que la aplicación de la escala en pacientes con enfermedades crónicas discrimine la puntuación en cada una de las dimensiones, particularmente en las que dan cuenta de formas pasivas de autodestructividad pues condicionan la adherencia terapéutica y la credibilidad en el personal de la salud.

El menor puntaje de autodestructividad indirecta en personas sanas es coherente con lo esperado para este constructo, aunque sorprende que en esta población dicho puntaje haya sido mayor a 104 (considerado bajo), reflejando comportamientos de moderado riesgo en autodestructividad aun en personas sin aparentes problemas de salud o diagnóstico de alteraciones físicas o mentales. Este resultado pone en evidencia el potencial de la escala para utilizarse como herramienta que orienta estrategias de prevención primaria (Vignolo et al., 2011) que trasciendan los modelos convencionales en las que la exposición a las conductas de riesgo o el poco cuidado de la salud son

entendidos como comportamientos aislados producto de falta de información; en cambio se adopte un nuevo modelo en el que tales conductas sean entendidas como rasgos de personalidad, de manera que la información o las recomendaciones verticales (médico-paciente) que se dan actualmente se complementen con otras estrategias conductuales para que los individuos moderen la exposición a los factores nocivos o dañinos para la salud y así anticiparse, evitar la aparición o la incidencia de la enfermedad.

El puntaje hallado en pacientes con esquizofrenia se correlaciona con otros constructos de la esfera social-emocional como la paranoia, alineación social, alineación emocional, falta de dominio del ego, depresión, ideas persecutorias, entre otras que podrían explicar un resultado alto en la CS-DS. Además, se ha documentado que los trastornos esquizofrénicos son predictores que explicarían lo que es la autodestrucción indirecta en esos pacientes, es decir, en individuos mentalmente enfermos (esquizofrenia) los comportamientos de la autodestrucción indirecta pueden comprometer síntomas psicóticos (Tsirigotis et al., 2016). Estos datos podrían sustentar la importancia de incluir constructos como los del CS-DS en la tamización o seguimiento de este grupo de pacientes, en adición a las valoraciones médicas tradicionales.

Se hallaron puntajes altos en personas con intento suicida y depresión-ansiedad, la literatura en este campo demuestra correlaciones estadísticamente significativas entre la autodestrucción indirecta y el modo, los métodos y la recurrencia de intento de suicidio, factores como la impotencia, la desesperanza y el aislamiento social son aspectos que la literatura ha reportado de manera simultánea para estos constructos

(Tsirigotis et al., 2010; Tsirigotis et al., 2014e). De esta forma, se podría plantear la convergencia de la mala calidad de vida, la ansiedad, la depresión, la autodestructividad indirecta y el intento de suicidio (Alves et al., 2016) demostrando la necesidad de abordajes individualizados de la salud mental de las personas o programas multidisciplinarios que impacten problemáticas conexas o simultáneas como las descritas previamente.

Los puntajes más altos de la CS-DS se hallaron en los grupos de drogadicción y delincuencia, en concordancia, la literatura ha referido mayor ocurrencia de este tipo de conductas en adolescentes, personas que viven en condiciones de pobreza, con problemas de diferente índole en el núcleo familiar y su calidad de vida individual y familiar (Shek y Lin, 2016); a su vez, dichas conductas también se han relatado como factores de riesgo para el consumo de alcohol, el hábito de fumar, el uso de drogas ilícitas (Dolin et al., 1992), problemas de autoestima y otros factores involucrados en la autodestrucción indirecta (Santos et al., 2019; Cheng et al., 2019); todo ello demuestra las relaciones de paralelismo y reciprocidad entre estas problemáticas, lo que amerita el estudio del tipo y dirección de las relaciones posibles entre estos constructos para cada población.

En relación con el sexo, los estudios en población sana (general) evidenciaron que el puntaje de la escala fue estadísticamente igual entre hombres y mujeres; sin embargo, algunos estudios reportan diferencias respecto al sexo, en los hombres se ha encontrado una correlación con comportamientos como consumo de drogas, prácticas sexuales de riesgo, comportamientos ilegales y agresivos (Kelly et al., 2005), otros por el contrario, refieren que las mujeres presentan menor autoestima, mayor depresión y

exterioridad (Boudewyn y Liem, 1995), además, la masculinidad puede incidir en los comportamientos autodestructivos indirectos, mientras que la feminidad puede ser un factor de protección (Tsirigotis et al., 2012). A pesar de esta heterogeneidad, la evidencia generada con esta revisión tiene un alto grado por resumir múltiples estudios individuales, lo que permite aseverar que la autodestructividad en población general no se asocia con el sexo.

En el subgrupo de personas con intento suicida tampoco se hallaron diferencias en el puntaje de la escala según el sexo, este hallazgo es opuesto a lo que se ha descrito en los estudios de intento de suicidio donde la autodestrucción indirecta suele ser menor en las mujeres y mayor en los hombres. Esta influencia podría estar mediada por la esfera psicológica o cultural ligada al género, así como algunos determinantes biológicos del sexo (principalmente endocrinológicos), como se ha descrito para el intento suicida donde la feminidad generalmente conduce a comportamientos protectores, mientras que la masculinidad puede predisponer para eventos negativos (Tsirigotis, 2018).

Entre las limitaciones de esta revisión se encuentra la concentración de los estudios en dos países debido a la baja aplicación de este constructo, el desconocimiento general de esta escala en diferentes ámbitos, lo que limita la validez externa de los hallazgos. Otra limitación es la no inclusión de bases de datos como APA o Web of Science; sin embargo, algunas de las revistas indizadas allí se encuentran simultáneamente en los buscadores utilizados, de manera que no se compromete significativamente la exhaustividad de esta revisión. Finalmente, en este estudio no se analizaron indicadores bibliométricos como la Ley de Lotka o de Bradford que reflejen

la contribución de los autores y las revistas al crecimiento de este campo del conocimiento. Se sugiere que estudios posteriores aborden esta temática.

### **Conclusión**

La escala CS-DS ha sido aplicada básicamente en Estados Unidos y Polonia, en diferentes poblaciones de personas sanas y enfermas. En población general la escala demuestra potencial para monitorear intervenciones de prevención primaria bajo un enfoque en el que las conductas perjudiciales para la salud no se conciben como comportamientos aislados o inconexos, sino que se entiendan como características de ciertos tipos de personalidad. En poblaciones con enfermedades crónicas la escala es útil para evaluar adherencia terapéutica, por las características de las dimensiones que dan cuenta de la autodestructividad pasiva. Sumado a esto, CS-DS correlaciona muy bien con otros constructos de enfermedades mentales, por lo que puede utilizarse en la tamización o seguimiento de pacientes con esas enfermedades; además, demuestra capacidad discriminante para perfilar la autodestructividad en diferentes poblaciones. Lo expuesto resulta de gran relevancia para múltiples contextos académicos, investigativos, clínicos y de salud pública que han estudiado de manera genérica los estilos de vida nocivos o de riesgo para múltiples problemas de salud física, mental, ambiental y social, sin tener en cuenta un constructo multidimensional como el propuesto en esta escala.

### **Referencias**

Alves, V. M., Francisco, L. C., Belo, F. M., de-Melo-Neto, V. L., Barros, V. G. y Nardi, A. E. (2016). *Evaluation of the quality of life and risk of suicide. Clinics (Sao Paulo)*. 71(3):135-139. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4785854/>

\*Bienias, W., Kaszuba, A. (2016). Manifestations and intensity of indirect self-destructiveness in patients with psoriasis vulgaris. *Our Dermatology Online*. 3(3):266-270. <http://www.odermatol.com/odermatology/20163/3.Manifest-BieniasW.pdf>

\*Boudewyn, A. C. y Liem, J. H. (1995). Psychological, interpersonal, and behavioral correlates of chronic self-destructiveness: an exploratory study. *Psychol Rep*. 77(3 Pt 2):1283-1297. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.1995.77.3f.1283>

Cardona-Arias J. A., Higueta-Gutiérrez L. F. y Ríos-Osorio, L. A. (2016). *Revisiones sistemáticas de la literatura científica: la investigación teórica como principio para el desarrollo de la ciencia básica y aplicada*. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. <http://ediciones.ucc.edu.co/index.php/ucc/catalog/book/24>

Cheng, C. M., Chang, C. C., Wang, J. D., Chang, K. C., Ting, S. Y. y Lin, C. Y. (2019). Negative Impacts of Self-Stigma on the Quality of Life of Patients in Methadone Maintenance Treatment: The Mediated Roles of Psychological Distress and Social Functioning. *Int J Environ Res Public Health*. 16(7). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6480473/>

\*Dolin, I. H., Kelly, D. B. y Beasley, T. M. (1992). Chronic self-destructive behavior in normative and delinquent adolescents. *Journal of Adolescence*. 15(1):57-66. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014019719290065D>

Dos Santos, M. V. F., Campos, M. R. y Fortes, S. L. C. L. (2019). Relationship of alcohol consumption and mental disorders common with the quality of life of

- patients in primary health care. *Cien Saude Colet.* 24(3):1051-1063.  
[http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/en\\_1413-8123-csc-24-03-1051.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/en_1413-8123-csc-24-03-1051.pdf)
- Kelley, K., Byrne, D., Przybyla, D. P. J., Eberly, C., Eberly, B., Greendlinger, V., Wan, C., K., y Gorsky, J. (1985). Chronic self-destructiveness: Conceptualization, measurement, and initial validation of the construct. *Motivation and Emotion.* 9(2):135-151. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00991572>
- \*Kelley, K., Cheung, F. M., Singh, R., Becker, M. A., Rodriguez-Carrillo, P., Wan C.K. y Gorsky, J. (1986). Chronic Self-Destructiveness Chronic and Locus of Control in Cross-Cultural Perspective. *The Journal of Social Psychology.* 126(5):573-577.  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224545.1986.9713629>
- \*Kelly, D. B., Rollings, A .L. y Harmon, J. G. (2005). Chronic self-destructiveness, hopelessness, and risk-taking in college students. *Psychol Rep.* 96(3 Pt 1):620-624.  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.96.3.620-624>
- \*Markbeasley, T. y Dolin, I.H. (1998). Factor Analyses of the Chronic Self-Destructiveness Scale Among Delinquent and Non-Delinquent Adolescent Males. *Journal of Offender Rehabilitation.* 26(3-4):141-156.  
[https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J076v26n03\\_08](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J076v26n03_08)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. y PRISM Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Open Med.* 3(3):e123-130.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707599/>
- Naldi, L. (2016). Psoriasis and smoking: links and risks. *Psoriasis (Auckland, NZ).* 6:65-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5683129/>

Rousset, L. y Halioua, B. (2018). Stress and psoriasis. *International Journal of Dermatology*. 57(10):1165-1172. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijd.14032>

Schlosser, R.W., Wendt, O., Bhavnani, S. y Nail-Chiwetalu, B. (2006). Use of information-seeking strategies for developing systematic reviews and engaging in evidence-based practice: the application of traditional and comprehensive Pearl Growing. A review. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 41(5):567-582. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17050471>

\*Sharp, M. y Schill, T. (1995). Chronic self-destructiveness and self-defeating personality: Similarities and differences. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 270-278.

Shek, D. T. y Lin, L. (2016). What Predicts Adolescent Delinquent Behavior in Hong Kong? A Longitudinal Study of Personal and Family Factors. *Soc Indic Res*. 129(3):1291-318. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5097104/>

\*Sitnik-Warchulska, K. y Izydorczyk, B. (2019). The psychic readiness for destruction among contemporary adolescents. *J Clin Nurs*. 28(3-4):469-479. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14623>

\*Sławinska, A., Orzechowska, A. y Florkowski, A. (2018). Assessment of the occurrence of indirect self-destructiveness in people diagnosed with depressive and anxiety disorders. *Psychiatr Psychol Klin*. 18(2):146-159. <http://psjd.icm.edu.pl/psjd/element/bwmeta1.element.psjd-f0aff6bc-f446-4b81-92fb-f9e6d1f1f886>

Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D., Moher, D., Becker, B. J., Sipe, T. A. y Thacker, S. B. (2000). Meta-analysis of

observational studies in epidemiology: A proposal for reporting. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2008-2012. doi:10.1001/jama.283.15.2008.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192614>

\*Tsirigotis, K. (2016). Indirect Self-Destructiveness and Emotional Intelligence. *The Psychiatric quarterly*. 87(2):253-263.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4839034/>

\*Tsirigotis, K. (2018a). Indirect self-destructiveness in individuals with schizophrenia.

*Brazilian Journal of Psychiatry*. 40:41-47.

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462018000100041&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462018000100041&script=sci_abstract)

Tsirigotis, K. (2018b). Women, Femininity, Indirect and Direct Self-Destructiveness. A

Review. *Psychiatr Q*. 89(2):427-437.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5937858/>

\*Tsirigotis, K. y Łuczak, J. (2016c). Gender Differentiation of Relationships Between Manifestations of Indirect Self-Destructiveness and Dimensions of Emotional Intelligence. *The Psychiatric quarterly*. 87(3):387-400.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4945689/>

\*Tsirigotis, K. y Łuczak, J. (2016d). Manifestations of Indirect Self-Destructiveness and Dimensions of Emotional Intelligence. *The Psychiatric quarterly*. 87(3):377-786.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4945676/>

\*Tsirigotis, K. y Łuczak, J. (2018). Indirect Self-Destructiveness in Women who Experience Domestic Violence. *The Psychiatric quarterly*. 89(3):521-532.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6096901/>

- \*Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. y Kruszyna, M. (2011). Manifestations of indirect self-destructiveness in persons after suicide attempts. *Psychiatr Psychol.* 11:83-91. <http://www.psychiatria.com.pl/index.php/wydawnictwa/2011-vol-11-no-2/manifestations-of-indirect-self-destructiveness-in-persons-after-suicide-attempts?aid=438>
- \*Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. y Lewik-Tsirigotis, M. (2013). Manifestations of indirect self-destructiveness and methods of suicide attempts. *The Psychiatric quarterly.* 84(2):197-208. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3656246/>
- \*Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. y Tsirigotis-Maniecka, M. (2013). Gender differentiation of indirect self-destructiveness. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health.* 26(1):39-48.
- \*Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. y Tsirigotis-Maniecka, M. (2014e). Gender differentiation in indirect self-destructiveness and suicide attempt methods (gender, indirect self-destructiveness, and suicide attempts). *The Psychiatric quarterly.* 85(2):197-209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3991825/>
- \*Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. y Tsirigotis-Maniecka, M. (2014f). Indirect self-destructiveness and psychological gender. *Psychiatria Pol.* 48:759-771
- \*Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. y Tsirigotis-Maniecka, M. (2015g). Differentiation of indirect self-destructiveness due to sex (gender) in individuals after suicide attempts. *Psychiatr Pol.* 49(3):529-542. <http://www.psychiatriapolska.pl/online-first-nr1.html>

- \*Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. y Tsirigotis-Maniecka, M. (2015h). Drug Addiction and Manifestations of Indirect Self- Destructiveness. *J Reward Defic Syndr.* 1(4):119-123. <http://blumsrewarddeficiencysyndrome.com/articles/v1n2/jrds-019-konstantinos-tsirigotis.html>
- \*Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. y Tsirigotis-Maniecka, M. (2016). Psychopathological Predictors of Indirect Self-Destructiveness in Patients with Schizophrenia. *The Psychiatric quarterly.* 87(1):155-164. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4742492/>
- \*Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. y Tsirigotis-Wołoszczak, M. (2010). Indirect (chronic) self-destructiveness and modes of suicide attempts. *Archives of medical science: AMS.* 6(1):111-116. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278953/>
- Vandenbroucke, J. P., Von E. E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C, Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J., Egger, M. y en nombre de la Iniciativa STROBE. (2009). Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gac Sanit.* 23(2):158. <https://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/translations/STROBE-Exp-SPANISH.pdf>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna,* 33(1), 7-11. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>