

# AUTOAGRESIÓN DELIBERADA Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Miguel Angel Arce Pamo<sup>1</sup>  
(1) Universidad Católica De Santa María

**RESUMEN:** La Autoagresión Deliberada es un mecanismo de defensa maladaptativo que consiste en lesiones físicas auto infligidas, con la intención de provocarse daño o dolor sin la presencia de intento suicida, la cual es utilizada para aliviar emociones fuertes. El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de Autoagresión Deliberada en adolescentes de dos Instituciones Educativas, algunas de sus características y su relación con los niveles de depresión. La metodología utilizada fue Investigación Científica Básica, tipo descriptivo, transversal y relacional. Se aplicó una encuesta en el mes de Junio del 2014 a 343 estudiantes de dos Instituciones Educativas de la Ciudad de Arequipa. La tasa de prevalencia de Autoagresión Deliberada en adolescentes es del 32.7%. Existe una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.0001$ ) entre Autoagresión Deliberada y niveles de depresión. La edad promedio de inicio de la conducta autoagresiva es de 14.2 años. El 72% se ha autoagredido una o más veces en el último año. La principal forma de autoagresión es golpearse con puños o con objetos (39.3%) y el principal móvil que refieren es para deshacerse de sus frustraciones en un 29.5%. La mayoría de ellos se autoagreden solos (88.4%) y se esconden para realizar estos actos (92%). El 42% ha comunicado a alguna persona de estas actividades. En conclusión, en el presente estudio podemos encontrar que la depresión es una de las causas de la autoagresión deliberada; estudios más profundos son requeridos para ayudar a encontrar otras posibles causas como la ansiedad y opción sexual.

**Palabras clave:** Autoagresión Deliberada, Adolescentes, Niveles de Depresión, Escala de Depresión de Zung

**ABSTRACT:** Deliberate Self-harm is a maladaptive defense mechanism. They are self inflicted injuries with the intention to provoke harm or pain without the presence of suicidal behavior to relief strong emotions. The goal was to assess the prevalence of Deliberate Self-Harm in adolescents of two schools, some of its characteristics and its association with depressive symptoms. It was realized a transversal study. Survey realized in June 2014 to 343 students from two High Schools in Arequipa City. The lifetime prevalence rate of Deliberate Self-Harm in adolescents is 32.7%. There exists an association statistically significant ( $p=0.0001$ ) between Deliberate Self-Harm and depressive symptoms. The average age of beginning with the self-harm behavior is 14.2 years old. 72% has selfharmed once or more than once the last year. The main way of selfharm is hitting with objects or their own fists (39.3%) and major cause for selfharming is to get rid of their frustrations (29.5%). Most of them selfharm alone (88.4%) and hide to realize this acts (92%). 42%, has told someone about this behavior.

**Keywords:** Deliberate Self-harm, adolescents, depression levels, Zung Depression Scale

## INTRODUCCIÓN

Se piensa generalmente que los adolescentes son saludables. Estando en la segunda década de la vida, ellos han sobrevivido a las enfermedades de la niñez, y los problemas de salud asociados con la edad avanzada están aún a muchos años de distancia.

Sin embargo, hay un reconocimiento creciente de la extensa variedad de problemas de salud que enfrentan los adolescentes debido a una amplia combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. [1]

En esta etapa de la vida en la que muchos hábitos y estilos de vida empiezan, la prevención de comportamientos que pueden llevar a factores de riesgo para la salud toma gran importancia ya que estos contribuyen de manera significativa a la salud global de un adulto.

Es una parte normal del desarrollo de los adolescentes tomar nuevas responsabilidades y roles que implican riesgos, renegociar relaciones con adultos en la familia y comunidad, experimentar cosas simbólicas de la vida adulta, y cuestionar las tradiciones, costumbres y reglas de la sociedad.

Como una parte integral de su desarrollo, el adolescente debe consolidar su identidad, valores y creencias así como

desarrollar la habilidad para lidiar con emociones intensas y expresar de forma saludable sus sentimientos y pensamientos. Es el cómo un adolescente supera estos retos y el impacto general que tiene en la salud personal y su desarrollo que son de interés de la salud pública. La salud mental afecta y es afectada por todos los otros aspectos de la salud. [2]

Hasta cierto punto, las emociones erráticas e intensas son una parte normal del desarrollo de los adolescentes. Pero, la inhabilidad para lidiar con emociones intensas en maneras saludables puede llevar a los adolescentes a expresar su dolor y frustración a través de la violencia o autoagresión, o intentar "anestesiarse" de emociones a través del aislamiento, comportamiento incontrolado, o uso de alcohol o drogas. [3], [4]

La Autoagresión Deliberada es un mecanismo de defensa maladaptativo ante emociones difíciles de manejar que consiste en acciones intencionales que cometen las personas en contra de sí mismas, con la intención de provocarse daño físico o dolor, sin la presencia de intento suicida, para aliviar temporalmente estas emociones fuertes. [5], [6].

Es un problema serio de salud pública y mental en donde los adolescentes se encuentran particularmente afectados por este. Tiene un gran impacto en el día a día de aquellos que lo hacen ya que generalmente es una conducta secreta, acerca de la cual se sienten enormemente culpables. Esto significa que muchas personas que se autolesionan se sienten incapaces de hablar acerca de este problema o de las razones que los llevan a hacerlo.

Correspondencia a:

Miguel Angel Arce Pamo  
Calle Sena 101, Cooperativa 58, José Luis Bustamante y Rivero  
(51) 54 980731945 Arequipa-Perú,  
angel\_ap25@hotmail.com

Es por lo tanto un problema poco investigado y conocido, así como subdiagnosticado. Si se deja sin tratamiento, cualquier daño en la salud mental impedirá a un adolescente un desarrollo psicológico, social o físico completo, en todo su potencial. [7].

Este estudio transversal, relacional; realizado a través de una encuesta aplicada a los adolescentes de dos Instituciones Educativas de la Ciudad de Arequipa, aborda un problema de salud mental actual, poco reconocido e identificado que puede traer severas consecuencias para el desarrollo y desempeño del adolescente, tanto a nivel emocional como físico.

Este trastorno puede finalizar, en el peor de los casos, en suicidio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación tuvo lugar durante el mes de junio del año 2014. La principal limitación encontrada fue conseguir los permisos para realizar las encuestas debido a que muchos centros educativos son poco participativos de estudios de investigación.

Se encuestaron a 400 alumnos de dos Instituciones educativas. Se eliminaron las fichas de 18 alumnos por haber manifestado intento de suicidio.

También se eliminaron 24 fichas de alumnos por presentar problemas de alcohol, drogas y trastornos alimentarios. Finalmente se eliminaron 15 fichas más por estar incompletas en su mayor parte.

Así quedaron 343 fichas para el análisis estadístico. Se pasaron los datos recogidos a una hoja de Excel, luego fueron procesadas con el programa SPSS 21.0.

Los resultados se trasladaron a cuadros de doble entrada y tabla. Para la recolección de datos se utilizará la técnica del Cuestionario.

Para la variable Autoagresión deliberada, será el Cuestionario de Autoagresión para adolescentes y para la variable Depresión será la Escala Autoaplicada de Severidad de Zung. La escala autoaplicada de Zung, validada en 1970 muestra índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para la detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

Para la calibración del cuestionario de Autoagresión Deliberada para adolescentes, se realizó una prueba piloto aplicada a las unidades de estudio para poder establecer con seguridad el tiempo necesario para la aplicación del instrumento, juzgar su eficacia y hacer los ajustes pertinentes.

Para seleccionar a la población, se consideró como criterios de inclusión: Adolescentes (10 a 19 años) de ambos sexos, pertenecientes a ambas Instituciones Educativas mencionadas, y como criterios de exclusión: 1) Sujetos que no deseen participar en el estudio y que no se encuentren presentes el día de la aplicación del cuestionario. 2) Adolescentes que hayan tenido algún intento de suicidio.

## RESULTADOS

La edad de los adolescentes encuestados varía entre los 12 a 18 años de edad; donde la mayoría de ellos tienen 14 años (33.5%). El 52,2% fueron varones y el 47,8% mujeres.

**TABLA 1: Distribución de Adolescentes según Edad y Sexo**

EDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
12	20	5,8	26	7,6	46	13,4
13	31	9,0	41	12,0	72	21,0
14	55	16,0	60	17,5	115	33,5
15	45	13,1	23	6,7	68	19,8
16	18	10,1	10	6,1	28	16,2
17	8	4,5	2	1,2	10	5,7
18	2	1,1	2	1,2	4	2,3
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>52,2</b>	<b>164</b>	<b>47,8</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

El 65% de los adolescentes viven con sus dos padres; mientras que una proporción menor vive con un solo padre 16%; algunos estudiantes viven con otros familiares 11.7%; un 3.5% de ellos viven solos; y muy pocos viven con uno de sus padres y padrastro.

**TABLA 2: Distribución de Adolescentes según tipo de Familia**

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ambos padres	223	65,0
Un padre	55	16,0
Otros familiares	40	11,7
Solo	12	3,5
Madre y padrastro	4	1,2
No responde	9	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

Se puede observar que la mayor parte de adolescentes encuestados presentan un estado de ánimo en niveles normales (64.7%), no obstante hay un buen porcentaje de adolescentes que presentan niveles de depresión de manera considerable. El 22.7% de ellos presenta niveles de depresión leves.

**TABLA 3: Niveles de Depresión**

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	222	64,7
Leve	78	22,7
Moderada	40	11,7
Severa	3	0,9

**Niveles de Depresión:** Según Escala de Zung. De los 343 adolescentes encuestados, 112 (32.7%) refieren haberse autoagredido en algún momento de sus vidas. Haciendo una proporción de 1 de cada 3 adolescente.

**TABLA 4: Prevalencia de Autoagresión Deliberada**

AUTOAGRESIÓN DELIBERADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	112	32,7
No	231	67,3
<b>TOTAL</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

La autoagresión deliberada tiene mayor frecuencia en el sexo femenino (34,8%), respecto del sexo masculino (30,7%).

Al aplicar la prueba del Chi Cuadrado, no se encuentra asociación significativa ( $p > 0.05$ ) entre las variables sexo y autoagresión deliberada.

**TABLA 5: Prevalencia de Autoagresión Deliberada Según Sexo**

SEXO	AUTOAGRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
Masculino	55	30,7	124	69,3	179	100,0
Femenino	57	34,8	107	65,2	164	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>32,7</b>	<b>231</b>	<b>67,3</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

**PRUEBA DE CHI CUADRADO**

X2	0,632
p	0,427

La autoagresión deliberada se presenta con mayor frecuencia entre los 13 y 14 años de edad (34,7% y 35,7% respectivamente).

Al aplicar la prueba del Chi Cuadrado no se encuentra asociación significativa ( $p > 0.05$ ) entre las variables edad y autoagresión deliberada

**TABLA 6: Prevalencia de Autoagresión Deliberada según Edad**

EDAD	AUTOAGRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
12	15	32,6	31	67,4	46	100,0
13	25	34,7	47	65,3	72	100,0
14	41	35,7	74	64,3	115	100,0
15	18	26,5	50	73,5	68	100,0
16	9	32,1	19	67,8	28	100,0
17	3	30,0	7	70,0	10	100,0
18	1	25,0	3	75,0	4	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>32,7</b>	<b>231</b>	<b>67,3</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

**PRUEBA DE CHI CUADRADO**

X2	1,848
p	0,764

La autoagresión deliberada se presenta con mayor frecuencia entre los adolescentes que viven con uno de sus padres y un padrastro (50%), siguiéndole el grupo de los adolescentes que viven con un solo padre (40%).

Por otro lado, se puede observar que el grupo que presentó menos casos de autoagresión es el que vive con sus dos padres (70,9%).

Al aplicar la prueba del Chi Cuadrado, no se encuentra asociación significativa ( $p > 0.05$ ) entre las variables tipo de familia y autoagresión deliberada

**TABLA 7: Prevalencia de Autoagresión deliberada según tipo de Familia**

TIPO DE FAMILIA	AUTOAGRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
No responde	4	44,4	5	55,6	9	100,0
Ambos padres	65	29,1	158	70,9	223	100,0
Un padre	22	40,0	33	60,0	55	100,0
Padre y padrastro	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Otros familiares	14	35,0	26	65,0	40	100,0
Solo	5	41,7	7	58,3	12	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>32,7</b>	<b>231</b>	<b>67,3</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

**PRUEBA DE CHI CUADRADO**

X2	4,256
p	0,513

Entre las acciones que realizan los adolescentes. para autoagredirse, se encontró que con mayor frecuencia se golpean con sus puños o con objetos 39,3%; también rascarse o pincharse con sus uñas y objetos puntiagudos hasta que queden marcas en su piel o sangrar, es una actividad frecuente 38,4%; luego el tallado de palabras o símbolos en la piel con la punta de un lápiz, aguja, clavo u otro objeto similar 35,7%; menos frecuente es el jalado de pelos o arrancado 25,9% y el frotado de objetos filudos en la piel 19,6%. Se debe recordar que los adolescentes pueden realizar más de una de estas actividades.

**TABLA 8: Modo de Autoagresión Deliberada**

MODO DE AUTOAGRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Golpearse con sus puños o con objetos	44	39,3
Rascarse o pincharse con sus uñas y objetos puntiagudos hasta que queden marcas en su piel o sangrar	43	38,4
Tallarse palabras o símbolos en su piel con la punta de un lápiz, aguja, clavo, compás u otro objeto similar	40	35,7
Jalarse o arrancar su pelo	28	25,0
Frotarse con objetos filudos en su piel	22	19,6
Ingerir alguna sustancia a pesar de saber que le haría mal	13	11,6
Quemarse la piel con encendedores, fósforos, cigarrillos u otros objetos calientes	8	7,1
Colocarse una bolsa en la cara	1	0,9

Al preguntarle a los adolescentes que se autoagreden acerca de sus motivaciones refirieron que: el 29,5% lo hacia para deshacerse de sus frustraciones; el 25% lo hace para reducir el dolor emocional que siente; el 20,5% menciona que lo hace para expresar su cólera hacia otras personas, un 20,5% para relajarse; el 19,6% para sentirse menos deprimido y el 18,8% menciona que lo hace porque lo merece.

Debemos tener en cuenta que muchos de los adolescentes tienen más de un motivo para autoagredirse.

**TABLA 9: Motivos De Autoagresión Deliberada**

MOTIVOS DE AUTOAGRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Deshacerse de sus frustraciones	33	29,5
2. Para reducir el dolor emocional que siente	28	25,0
3. Para expresar su cólera hacia otras personas	23	20,5
4. Para relajarse	23	20,5
5. Sentirse menos deprimido	22	19,6
6. Hacerse daño porque lo merece	21	18,8
7. Para sentirse como anestesiado	8	7,1
8. Llamar la atención	1	0,9
9. Perder la timidez	1	0,9
10. Alejarse de la realidad	1	0,9
11. Disminuir su ansiedad	1	0,9
12. Por capricho cuando no consigue lo que quiere	1	0,9

De los adolescentes que alguna vez se autoagredieron y precisan el número de veces que lo hicieron el último año, el 28% no se ha autoagredido el último año; mientras que en porcentaje alto del 72% lo ha vuelto a realizar. El 28% lo realizó en dos oportunidades.

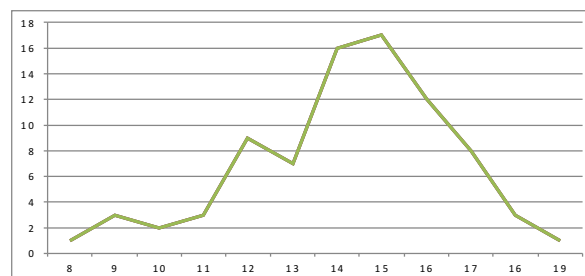
**TABLA 10: Número de veces que se ha hecho daño en el último año**

# VECES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
No lo hizo	23	20,5	28,0
1 vez	16	14,2	20,0
2 veces	23	20,5	28,0
3 o más veces	20	18,0	24,0
<b>SUB TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>73,2</b>	<b>100,0</b>
No precisa	30	26,8	
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>	

De los adolescentes que se autoagredieron, el 26,8% no precisa la edad a la que empezó a autoagredirse. En el grupo que precisa la edad, la mayor parte se encuentra en el grupo que abarca el parámetro de 12 a 15 años de edad (50%) seguido del grupo de 16 a 19 años de edad.

**TABLA 11: Edad desde que se hace daño**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO
De 08 a 11 años	4	3,6	4,9
De 12 a 15 años	41	36,6	50,0
De 16 a 19 años	37	33,0	45,1
<b>SUB TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>73,2</b>	<b>100,0</b>
No precisa	30	26,8	
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>	



**Figura 1: Edad de inicio de autoagresión:** En el eje de las abscisas se muestra la frecuencia de casos, en el eje de las ordenadas las edades de presentación. Se puede apreciar en la figura que los casos de autoagresión deliberada empiezan a incrementarse a partir de los 11 años de edad, llegando a su pico máximo a los 15 años de edad, luego de lo cual empieza a descender paulatinamente hasta alcanzar los niveles de la niñez aproximadamente a los 19 años de edad.

En cuanto a las circunstancias de autoagresión la forma que prevalece es la de hacerlo en forma solitaria en un 88,4% y a escondidas en un 92%.

**TABLA 12: Circunstancias de Autoagresión**

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>FORMA</b>	Solo	99	88,4
	En compañía	13	11,6
	<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>
<b>EXHIBICIÓN</b>	Escondido	103	92,0
	En público	9	8,0
	<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

El 42% de los adolescentes que se autoagreden refieren haber comunicado esta actividad a alguna persona. A las personas a las que más se le comunican son a los amigos en un 28,6%. Se puede apreciar que la Autoagresión Deliberada no tiende a ser comunicada por los adolescentes.

**TABLA 13: Comunicación de la Autoagresión**

¿Cuenta?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	47	42,0
No	65	58,0
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

¿A quién?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familiar	16	14,3
Amigo	32	28,6
Pareja	6	5,4
Personal de salud	1	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Al aplicar la prueba del Chi Cuadrado se encuentra una asociación significativa ( $p < 0.05$ ) entre las variables Autoagresión Deliberada y Niveles de Depresión.

El 35,3% (121) del total de adolescentes presentan algún nivel de depresión.

De los 78 casos con depresión leve el 51,3% se autoagredieron, de 40 casos de depresión moderada la mitad de ellos se autoagreden y, finalmente, de los 3 casos con depresión severa, la totalidad se autoagrede.

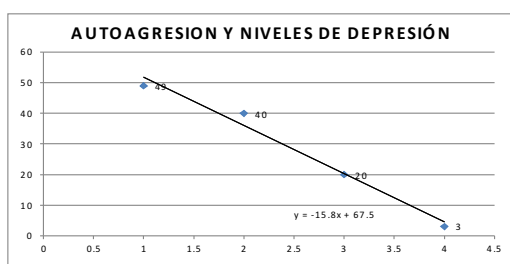


**TABLA 14: Asociación entre la Autoagresión Deliberada y los Niveles de Depresión**

A U T O A G R E S I O N	NIVELES DE DEPRESIÓN								
	NORMAL		LEVE		MODERA- DA		SEVERA		TO TA L
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Si	49	21,1	40	51,3	20	50,0	3	100,0	112
No	173	77,9	38	48,7	20	50,0	0	0	231
<b>TO TA L</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>343</b>

**PRUEBA DE CHI CUADRADO**

<b>X<sup>2</sup></b>	<b>35,272</b>
<b>p</b>	<b>0,0001</b>



**Figura 2: Relación entre autoagresión y niveles de depresión:** Se aprecia que los puntos correspondientes a los niveles de depresión, con relación a la autoagresión deliberada, se encuentran agrupados con respecto a la pendiente, lo que se interpreta como asociación estadística entre ambas variables. A mayor nivel de depresión, mayor será el riesgo de autoagredirse.

**DISCUSIÓN**

El presente trabajo de investigación, tiene como objeto fundamental el establecer si es que existe relación entre los niveles de depresión y la autoagresión deliberada en los adolescentes de dos Instituciones Educativas de la ciudad de Arequipa.

Se realizó el presente estudio por constituir una realidad inminente, el incremento de patologías de salud mental en nuestro medio, siendo una de las edades más afectadas la adolescencia, una edad donde surgen la mayoría de conflictos existenciales lo que le acarrea una inestabilidad en sus emociones y reacciones. La autoagresión deliberada, aún desconocida por la mayoría de nosotros en nuestro medio, está siendo un trastorno que con cada año los grandes Institutos de Salud Mental en el mundo le están dando mayor importancia, pues se ha visto que es un trastorno que con mayor frecuencia es practicado por los adolescentes para de, alguna manera, canalizar frustraciones o sentimientos.

En varios países europeos como España, Inglaterra, Francia como en los Estados Unidos se han realizado una serie de trabajos en donde se da a conocer que la autoagresión deliberada se presenta cada vez en mayor incidencia.[8] Si revisamos la DSM IV – TR (2002) aún no se la encuentra como trastorno aislado, pero ya en muchos artículos de investigación se la menciona como ente causante de muchos trastornos o relacionados a ellos.

En el presente trabajo se seleccionó dos Instituciones Educativas localizadas en el distrito de José Luis Bustamante y Rivero, siendo dichas Instituciones unas de las que poseen mayor cantidad de estudiantes de nivel secundaria y de un nivel socioeconómico medio a bajo, se intentó trabajar a la vez con Instituciones de nivel socioeconómico alto pero no se logró la autorización correspondiente.

En cuanto a las características sociodemográficas de nuestra muestra diremos que esta, esta constituida por una población cuyas edades varían entre los 12 y 19 años de edad, coincidiendo dichas edades en donde la mayoría de adolescentes se encuentran en la etapa final de sus estudios básicos. El 52.5% de nuestra población estudiada fueron varones y el 48.7% mujeres, así como la mayor parte de ellos se encuentra en la edad de los 14 años de edad, tanto para varones como para mujeres. (Tabla 1)

De los 343 adolescentes encuestados un 3,5% de ellos vivían solos; un 65% con ambos padres; un 16% con un solo padre; mientras que un 2,6% no respondieron ante la pregunta con quien vivían. Un grupo importante de 13% está constituido por adolescentes que viven con otros familiares que no sean sus padres o en una familia donde se ha integrado un padrastro sea por parte de la madre o del padre. (Tabla 2). Como se puede apreciar hemos podido obtener en nuestra muestra los diferentes tipos de familia.

Una de las variables a considerar en nuestro estudio es el nivel de depresión (Tabla 3) que presentan los adolescentes de dichas Instituciones Educativas, para poder observar si es que presentan o no depresión, así como en que nivel se encontrarían aplicamos la escala de Zung, la cual evalúa parámetros somáticos y psicológicos.[9] Al aplicar la encuesta obtuvimos los siguientes resultados: un 64,7% de los adolescentes se encontraban eutímicos, mientras que el 35,3% de ellos tenían depresión en alguna escala; de estos 121 alumnos que tenían depresión el 22,7% presentaban niveles leves de depresión; un 11,7% niveles moderados y un 0,9% niveles severos. Esta prevalencia de niveles de depresión obtenida en nuestro estudio supera en un 15% a la prevalencia que es mencionada en la literatura universal, en donde mencionan una prevalencia de 15 al 20% de los adolescentes [10]. Podríamos explicar este incremento debido a que parte de los adolescentes de nuestro estudio provienen de medios más adversos que en la población en general, siendo de alguna manera estos factores como el social, económico y tipo de familia los que de alguna manera pudieron sobrevalorar el valor encontrado, pero, por otro lado, tenemos que tener en cuenta que cada año se incrementa el porcentaje de adolescentes diagnosticados de algún episodio depresivo.

Algo que describimos con bastante amplitud en nuestro estudio son las características de la autoagresión deliberada, en lo referente a su prevalencia, mecanismos de producción, motivos de ejecución, número de veces que se hacen daño, desde que edad empezaron a hacerse daño y las circunstancias en las que se produce. Iremos analizando cuadro por cuadro los resultados obtenidos:

En la tabla 4 se hace referencia a la prevalencia de la autoagresión deliberada en forma general, la cual se presenta en un 32,7%. Es decir, aproximadamente 1 de cada 3 adolescentes ha tenido alguna conducta autoagresiva por lo menos una vez a lo largo de su vida.

Esta alta tasa de prevalencia, hace que este problema de salud mental sea a la vez un importante problema de salud pública que hasta ahora es desconocido y poco estudiado en nuestro medio. Aunque no se dispone de datos en nuestro país, este resultado está dentro

del rango de lo encontrado en algunos de los estudios anteriormente realizados en otros países como Estados Unidos donde la prevalencia de dicho trastorno va del 12 al 38% [11].

Estas diferencias de rango tan amplias se pueden deber a que no existe un instrumento único para valorar la presencia de Autoagresión Deliberada, usándose en los diversos estudios diferentes formas de valoración. Young (2006) encuentra una prevalencia del 47% en adolescentes de culturas góticas. [12]

Hay que considerar también que la depresión no es la única causa asociada a autoagresión deliberada, se ha descrito que está relacionada con la ansiedad, con personalidad tipo borderline, baja autoestima, problemas de orientación sexual, que no han sido valoradas en el presente estudio [13]. Algunos de los factores demográficos asociados son el sexo femenino con una relación de 4 a 5:1 [14] con respecto a los varones. En el presente estudio la autoagresión deliberada es de mayor frecuencia en el sexo femenino (34,8%), respecto del sexo masculino (30,7%), así mismo podemos apreciar en la tabla 5 que en el grupo de los que no se autoagreden predominan los hombres con respecto a las mujeres. Sin embargo al aplicar la prueba del Chi Cuadrado para ver si las variables sexo y autoagresión deliberada se encuentran asociadas, obtenemos una  $p$  de 0,427 siendo mayor a 0.005 que es el riesgo asumido a un inicio, por lo que cabe resaltar que se rechaza la hipótesis que podría afirmar que había relación entre ambas variables, es decir ambas variables son independientes, no asociadas.

En la tabla 6 que se nos presenta, se intenta relacionar las variables edad y autoagresión deliberada, no encontrándose asociación significativa entre ambas variables ( $p > 0.05$ ). En esta tabla cabe resaltar que la mayor prevalencia de jóvenes que se autoagreden (35,7%) son de 14 años de edad y el menor grupo es de los 19 años de edad. Más adelante se explicara como la edad influye en la presentación de casos de autoagresión deliberada.

La tabla 7 relaciona el tipo de familia con la prevalencia de autoagresión deliberada, en dicha tabla encontramos como datos que la mayor frecuencia de autoagresión se observa en los adolescentes que viven con uno de sus padres y un padrastro o madrastra; mientras que la menor frecuencia se observa en quienes viven con ambos padres; sin embargo las diferencias no son suficientes ( $p > 0.05$ ), como para afirmar que el tipo de familia influya en la frecuencia de autoagresión. Tampoco se evidenció mayor frecuencia en personas con padres separados o que no viven con sus padres. El tipo de familia posiblemente no determine la presencia de depresión, pero sí lo podría hacer la relación que tiene los adolescentes con sus padres. Bocqué (2007) menciona al estado familiar como un factor demográfico asociado, sobre todo en adolescentes que provienen de familias divorciadas, o que no viven con uno de sus padres, o tienen una mala relación con ellos; figura que se observa en nuestro estudio, en el cual la mayor parte de casos se da en dicha estructura familiar.

Ante la pregunta, realizada en la tabla 8: ¿Alguna vez se ha hecho alguna de las siguientes acciones para provocarse daño o dolor? Un importante grupo de adolescentes marcó una o más de las opciones presentadas en la encuesta, determinando de esta manera su conducta autoagresiva. Muchos de ellos incluso señalaban otros modos de autoagresión. Se debe aclarar que no se consideró en el presente estudio como autoagresión deliberada el abuso de sustancias como el alcohol y las drogas, tampoco los trastornos de conducta alimentaria referidos por algunos de los encuestados por estar estos trastornos dentro de otra clasificación.

Hubo adolescentes quienes consideraron hacerse daño teniendo poca confianza en si mismos o poca autoestima, pero no se consideraron estos casos como Autoagresión Deliberada ya que por definición el daño debe ser físico.

Las personas que nunca se han autoagredido escribieron comentarios como: "No, porque no estoy desesperado" o "Tengo la suficiente autoestima como para no hacerlo", o "Yo me quiero, jamás me haría daño".

El modo de autoagresión que se encontró con mayor frecuencia es el de golpearse con sus puños o con objetos 39.3%; también rascarse o pincharse con sus uñas y objetos puntiagudos hasta que queden marcas en su piel o sangrar es una actividad frecuente 38.4%; luego el tallado de palabras o símbolos en su piel con la punta de un lápiz, aguja, clavo, compás u otro objeto similar 35.7%; acerca de esta última se debe aclarar que no se ha tomado en cuenta a los adolescentes que han hecho esto para grabar sus nombres, o realizarse una especie de tatuaje, ya que generalmente esto lo hacen por estética o moda, al preguntarles la razón del tallado en su piel ellos respondían "por estética" o "por copiarme de mi amigo", al no haber intencionalidad de daño en estas personas no se les consideró como autoagresión.

Otro modo de autoagresión menos frecuente es el jalando o arrancando su pelo 25.9% y el frotado de objetos filudos en la piel 19.6%, en menor cantidad están quienes han ingerido alguna sustancia a pesar de saber que les haría mal, o se han quemado la piel o se colocaron una bolsa en la cara. Debemos recordar que los adolescentes pueden realizar más de uno de estas actividades.

Es posible pensar que los adolescentes realizan estos actos como un medio para conseguir llamar la atención o para chantajear a sus familiares, amigos u otras personas que los rodean. Sin embargo, se ha visto que las personas que se autoagreden lo hacen de forma privada e incluso las lesiones que se infringen son en lugares poco visibles, que pueden cubrir con la ropa.

Al preguntarles a los adolescentes que se autoagredieron alguna vez acerca de sus motivaciones sólo dos refirieron que lo hacen por llamar la atención o por capricho cuando no consiguen lo que quieren. El 29.5% lo hace para deshacerse de sus frustraciones, el 25% para relajarse, el 19.6% para sentirse menos deprimido y el 18.8% menciona que lo hace porque siente que merece hacerse daño, entre otras motivaciones menos frecuentes como alejarse de la realidad o disminuir su ansiedad. (Tabla 9)

Se comprueba así que la mayoría de los casos de autoagresión no tiene por finalidad llamar la atención, si así fuera la mayoría de ellos no lo harían solos ni escondidos como encontramos en el presente estudio. La finalidad es reducir el dolor emocional causado ya sea por alguna frustración, sentimientos de culpa, tristeza, ansiedad o ira. Esta sensación de bienestar es sólo temporal, por ello la necesidad de hacerlo una y otra vez.

Se describe que la autoagresión es una conducta recurrente, y se le ha descrito como "adictiva" y difícil de dejar. Se dice que el sujeto puede llegar a hacerse dependiente de la autoagresión pues no conoce otro modo de lidiar con sus emociones. [15]

En este estudio se les preguntó a los adolescentes cuantas veces se autoagredieron en el último año. No todos pudieron determinar exactamente el número de veces, algunos no respondieron, otros daban respuestas poco precisas, las cuales no se pudieron cuantificar (26,8%).

Del grupo de adolescentes que se autoagredieron y dieron un número aproximado de veces que lo hicieron el último año, el 28% ya no lo ha hecho; mientras que el 72% se ha vuelto a agredir en el último año; el 48% lo ha hecho hasta en dos ocasiones y el 24% en tres o más ocasiones. Lo que demuestra la naturaleza repetitiva de esta conducta. (Tabla 10)

En la tabla 11 se analiza la edad de inicio de la autoagresión deliberada la cual es en promedio 11 años, teniendo sus mayores picos a los 14 y 15 años, prácticamente en la segunda mitad de la adolescencia y declina poco a poco después de esta edad hasta volver a niveles tan bajos como en la niñez alrededor de los 19 años.

Entonces, la Autoagresión Deliberada es un problema muy prevalente en la adolescencia y debe ser reconocido y tratado de lo contrario los adolescentes cuando sean adultos no tendrán forma de manejar sus emociones de una manera saludable provocándoles problemas en su desempeño personal, social y laboral. [16] Brophy (2009), afirma que la edad de inicio de la autoagresión deliberada es a los 12 años de edad, coincidiendo con nuestra curva de presentación.

La autoagresión deliberada, como bien se aprecia en la literatura universal, es una conducta solitaria [17], [18] que los adolescentes practican en privado, escondiéndose habitualmente tal como puede observarse en la tabla 12: el 92% de los adolescentes encuestados se esconden para autoagredirse; así como el 88,4% lo realizan solos, cuando no hay nadie que los puedan observar. Además, menos de la mitad (42%) cuentan acerca de este problema, recurriendo la mayoría a amigos y en los casos en los que recurren a familiares generalmente lo hacen contándoles a sus hermanos o primos. Es decir, los adolescentes no buscan ayuda en los adultos y mucho menos en el personal de salud, sino en sus coetáneos, tal como lo podemos apreciar en los datos estadísticos de la tabla 13. Esto condiciona que en el campo clínico se observen pocos casos, por lo tanto se debe buscar los casos en la población no clínica.

Finalmente, dando respuesta a la hipótesis que nos hemos planteado es importante recalcar la asociación estadísticamente significativa ( $p=0.0001$ ) encontrada entre los distintos niveles de depresión y la autoagresión. Nótese que en el grupo de adolescentes que se autoagredieron la depresión leve es del 51,3%, la depresión moderada es del 50 % y la depresión severa del 100 %; en el grupo sin autoagresión, la depresión leve es del 48,7%, la depresión moderada es del 50% y la depresión severa no existe como se puede apreciar en la tabla 14.

Las diferencias descritas resultan significativas, de manera que la autoagresión se encuentra asociada a la depresión en los adolescentes.

A mayor nivel de depresión según la Escala de Depresión de Zung, es mayor también la autoagresión. Podría ser que la autoagresión sea una de las manifestaciones de la depresión en los adolescentes y el encontrarla en ellos podría constituir un indicio de depresión lo cual nos servirá para hacer estudios más profundos y llegar al diagnóstico y tratamiento de la depresión.

Al encontrarse ante un caso de autoagresión deliberada no debe ser prioridad detener esta conducta, sino buscar la causa de fondo que esta desencadenándola e iniciar un tratamiento adecuado

## AGRADECIMIENTO

A mis padres Rommel y Delma

## REFERENCIAS

- [1] Freyre, E. *La Salud del Adolescente* Segunda Edición. 1996
- [2] Dopheide, Julie A. *Recognizing and treating depression in children and adolescents*. Am J Health Syst Pharm 2006. Vol 63: 233–243.
- [3] Fortune, Sarah; Hawton, Keith. *Deliberate Self Harm in Children and Adolescents: A research update* *Curr Opin. Psychiatry*. 2005, 18(4), 401-406.
- [4] *Truth Hurts – Report of the National Inquiry into Self – harm among Young People*. 2007
- [5] Brent, David A; Birmaher, Boris. *Adolescent Depression*. New England Journal Medicine. Vol 347. No 9 Agosto 29. 2002.
- [6] Hawton, Keith; Rodham, Karen; Evans, Emma. *Deliberate self harm in adolescent: self report survey in schools in England*. BMJ 2002; 325:1207-11.
- [7] Mustafa, Soomro. *Clinical Evidence search Deliberate self harm (and attempted suicide)*. BMJ November 2006
- [8] Case Study: Madge, Nicola. *Autoagresión en niños y adolescentes de Europa (Child and Adolescent Self – harm in Europe)*. 2005
- [9] Hazel, Philip. *Clinical Evidence Search and Appraisal - Depression in Children and Adolescent*. BMJ. April 2006.
- [10] Rosenberg DR; Mirza Y; Russell A et al. *Reduced anterior cingulate glutamatergic concentrations in childhood OCD and major depression versus healthy controls*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43:1146-53.
- [11] Whitlock, Janis; Eckenrode, John and Silverman, Daniel. *Self Injurious Behaviors in a Collage Population*. PEDIATRICS Vol. 117 No. 6 June 2006, pp. 1939–1948.
- [12] Garland, Malcolm R. and Hallahan, Brian. *Lipids and essential fatty acids in patients presenting with self – harm*. The British Journal of Psychiatry. 2007; 190:112-117. doi: 10.1192/bjp.bp.105.019562.
- [13] Cheung, Amy H; Zuckerbrot, Rachel A; Jensen, Peter S; Ghalib, Kareem; Laraque, Danielle, Stein, Ruth E.K and the GLAD-PC. *Steering Group Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care: II. Treatment and Ongoing Management*. Pediatrics. Nov 2007; 120: e1313–e1326.
- [14] Ulrich, Sachsse; Von Der Heyde, Susanne and Huether, Gerald. *Stress Regulation and Self – Mutilation*. Am J Psychiatry 159:672, April 2002.
- [15] Gutiérrez, Peter M. *Development and initial validation of the self – harm behavior questionnaire*. Journal of Personality Assessment. 2001, Vol. 77, No. 3, Pages 475-490.
- [16] Young, Robert; Sweeting, Helen. *Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth Youth Subculture: longitudinal cohort study*. BMJ 2006;332; 1058-1061
- [17] Bennewith, Olive; Stocks, Nigel; Gunnel, David. *General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomized controlled trial*. BMJ 2002; 324:1254
- [18] Bacqueé, Alison L. *Testing a Process Modelo f Self-Injury: Stress, Afect regulation and Coping*. Tesis Universidad de Griffith. 2007.

Recibido el 24 de febrero 2015 y aceptado para su publicación el 15 de abril del 2015.