

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y  
DE LA FAMILIA



### “AUTOAGRESIÓN DELIBERADA Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS. AREQUIPA 2012”

TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER  
EN MEDICINA HUMANA:

**MIGUEL ANGEL ARCE PAMO**

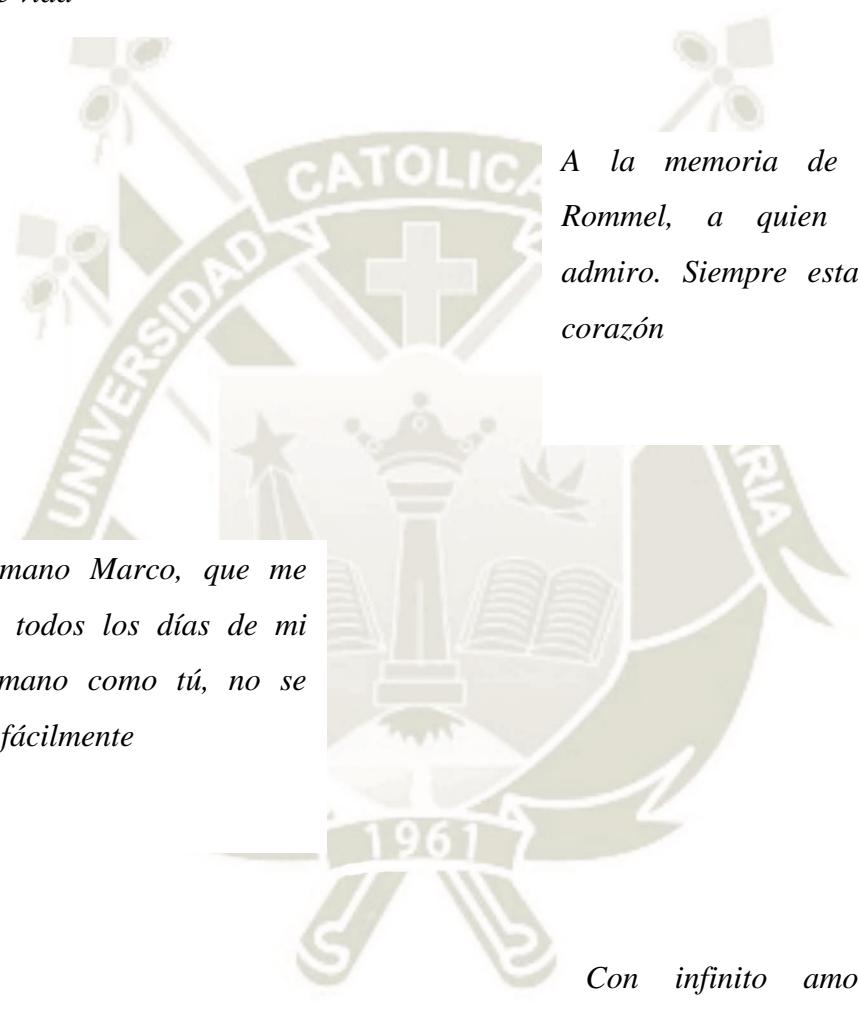
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
**MAGÍSTER EN SALUD MENTAL  
DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y  
DE LA FAMILIA**

**AREQUIPA-PERÚ**

**2013**

*Dedicada a:*

*A mi madre Delma, que es mi  
fuente de fortaleza, humildad,  
trabajo, amor y dedicación.  
Ejemplo de vida*



*A la memoria de mi padre  
Rommel, a quien respeto y  
admiro. Siempre estarás en mi  
corazón*

*A mi hermano Marco, que me  
acompaña todos los días de mi  
vida. Hermano como tú, no se  
encuentra fácilmente*

*Con infinito amor a mis  
abuelitos Salomón, Rosa y a la  
memoria de mi abuelita  
Guillermina, que me vieron  
crecer y me brindaron su amor  
y apoyo*

*A una gran amiga que me enseñó muchas cosas de la vida en poco tiempo y que se convirtió en un ser especial en mi vida: Lizette*

*A mi padrino Glenn, que es mi segundo padre, a mis tíos a quienes jamás olvidaré por su compañía que me dieron desde que mi padre partió.*

*A Patricia, Lissie, Julissa que son como mis hermanas menores; a Fernando, Jorge, Javier y Paola mis grandes amigos. La amistad que les brinde será sincera, plena y para toda la vida. Ser amigo es ser un hermano.*

*A mi ahijada Gabriela Lucia, que es como mi pequeña hija, la cual alegra mi corazón con su sonrisa y sus travesuras.*



***Mi agradecimiento especial:***

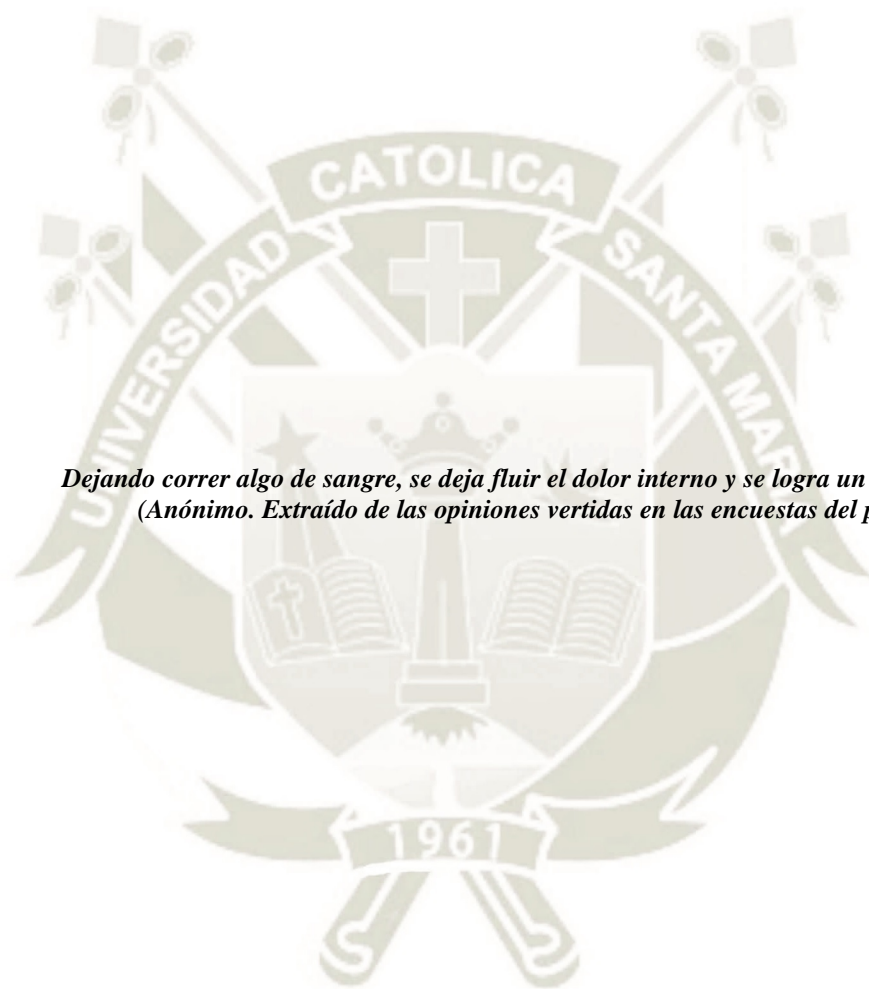
*Al Doctor José Alvarado Acco, por su gran apoyo que me brindo cuando decidí tomar nuevos caminos en la Medicina. Muchas gracias.*

*A los Dres. Miembros del Jurado, excelentes maestros míos; quienes me forjaron en las aulas como Magister en Salud Mental.*

*Al Hospital Goyeneche, fuente donde solidifique mis conocimientos en Medicina.*

*A mi alma mater la Universidad Católica de Santa María, que me abrió la puerta a un mundo de conocimientos y me forjo el alma marianista.*

*A mi colegio San Francisco de Asís, que me dio las bases necesarias para abrirme camino en esta vida.*



*Dejando correr algo de sangre, se deja fluir el dolor interno y se logra un momento de paz.  
(Anónimo. Extraído de las opiniones vertidas en las encuestas del presente estudio)*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	06
<b>ABSTRACT</b> .....	08
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	09

### CAPÍTULO I

<b>RESULTADOS</b> .....	12
1.1. Características sociodemográficas.....	13
1.3. Características de la autoagresión deliberada.....	18
1.2. Características de los niveles de depresión.....	39
1.4. Asociación entre autoagresión deliberada y niveles de depresión .....	42

### CAPÍTULO II

<b>DISCUSIÓN Y COMENTARIOS</b> .....	45
--------------------------------------	----

### CAPÍTULO III

<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	53
A) Conclusiones .....	54
B) Recomendaciones .....	55
<b>PROPUESTA</b> .....	56
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	62
<b>ANEXOS</b> .....	66
ANEXO 1: Proyecto de Tesis.....	68
ANEXO 2: Cuestionario de autoagresión deliberada.....	101
ANEXO 3: Cuestionario de niveles de depresión – Escala de Zung.....	103
ANEXO 4: Calificación de la Escala de Zung .....	104

## RESUMEN

La autoagresión deliberada es un mecanismo de defensa maladaptativo ante emociones o situaciones difíciles de poder manejar, para lo cual el individuo realiza lesiones físicas autoinflingidas, con la intención de provocarse daño o dolor, sin la presencia de intento suicida, la cual es utilizada para aliviar emociones fuertes.

El presente estudio tiene como objetivo 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 noviembre del 2012 a 343 estudiantes de dos Instituciones Educativas de la Ciudad de Arequipa. Se utilizó como instrumentos la escala autoaplicada de Zung para la variable de depresión y el cuestionario de autoagresión deliberada.

Entre los resultados que se obtuvieron encontramos que 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. Finalmente se encontró que el 35,3% de los adolescentes tenían algún grado de depresión, el 22,7% presentaron depresión leve, 11,7% depresión moderada y 0,9% depresión severa.

**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.

The methodology used was a transversal and relational study. Survey realized in november 2012 to 343 students from two High Schools in Arequipa City. In the present study is used a questionnaire about deliberate self – harm and depressive symptoms scale of zung.

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. Finally we found a rate of 35,3% of depression in the adolescent, of which 22,7% had slow depression, 11,7% moderate depression and 0.9% high depression.

An important number of college students reported deliberate self- harm in their lifetimes. The lifetime prevalence is 32.7%. There is a significant association between deliberate self – harm and depressive levels. Deliberate self – harm is a behavior that initiates mostly in middle adolescence, it is a recurrent, lonely, private activity which tries somehow to relief emotional pain.

**KEY WORDS:** 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.

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 como 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.

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 “anesteciarse” de emociones a través del aislamiento, comportamiento incontrolado, o uso de alcohol o drogas.

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.

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. 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.

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.

En el presente estudio se tuvo como principal objetivo establecer la asociación entre la autoagresión deliberada y los niveles de depresión en los adolescentes de las dos Instituciones Educativas estudiadas, debido a que la depresión podría tener mecanismos maladaptativos de desfogue como la autoagresión deliberada.

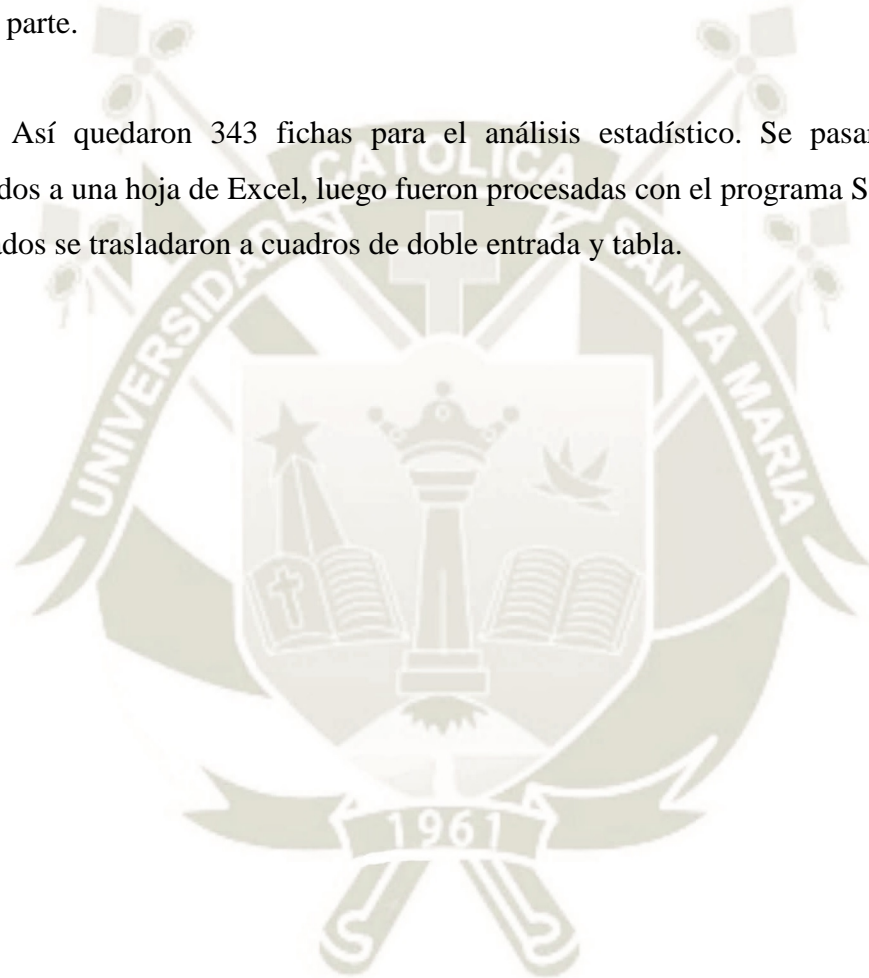
Determinar la prevalencia de la autoagresión deliberada permitirá conocer la magnitud y trascendencia de este problema en un grupo poblacional importante y creciente en nuestro medio constituido por adolescentes. Posteriormente se podrán tomar medidas preventivas y de consejería para los afectados.

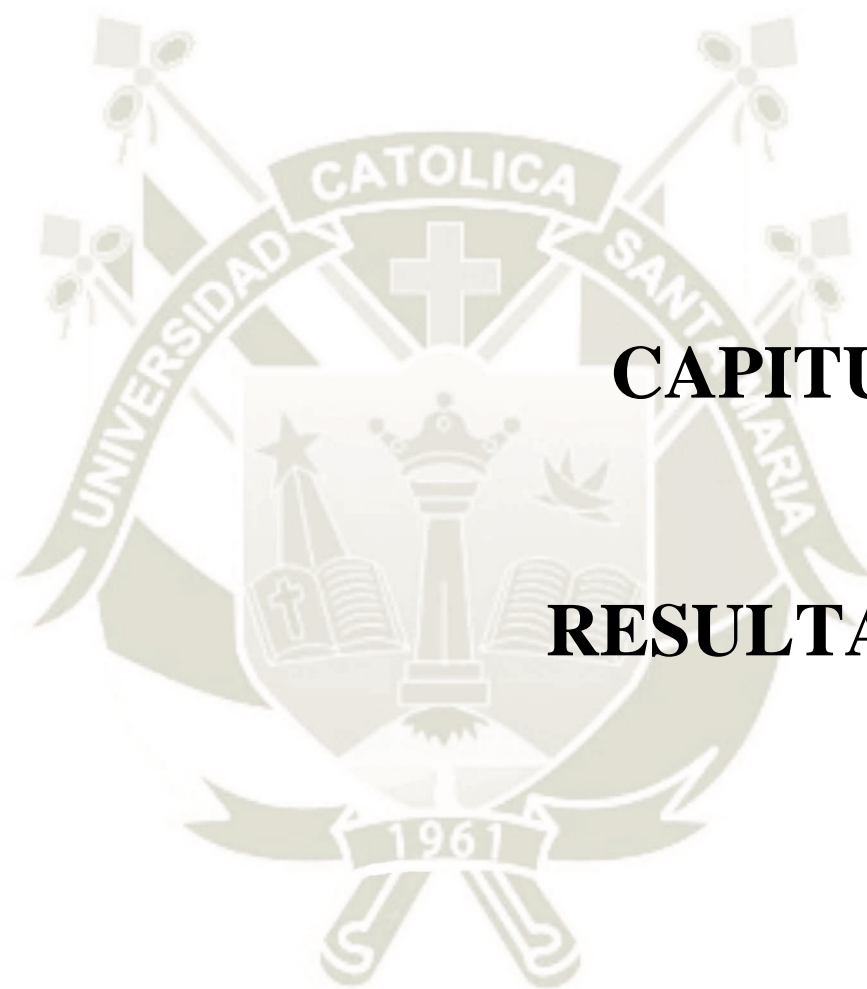
La investigación tuvo lugar durante el mes de noviembre del año 2012. La principal limitación encontrada fue conseguir los permisos para realizar las encuestas

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 16.0. Los resultados se trasladaron a cuadros de doble entrada y tabla.





# **CAPITULO I**

# **RESULTADOS**



# ***I.- Características Sociodemográficas de los Adolescentes encuestados***

**TABLA 1**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y SEXO**

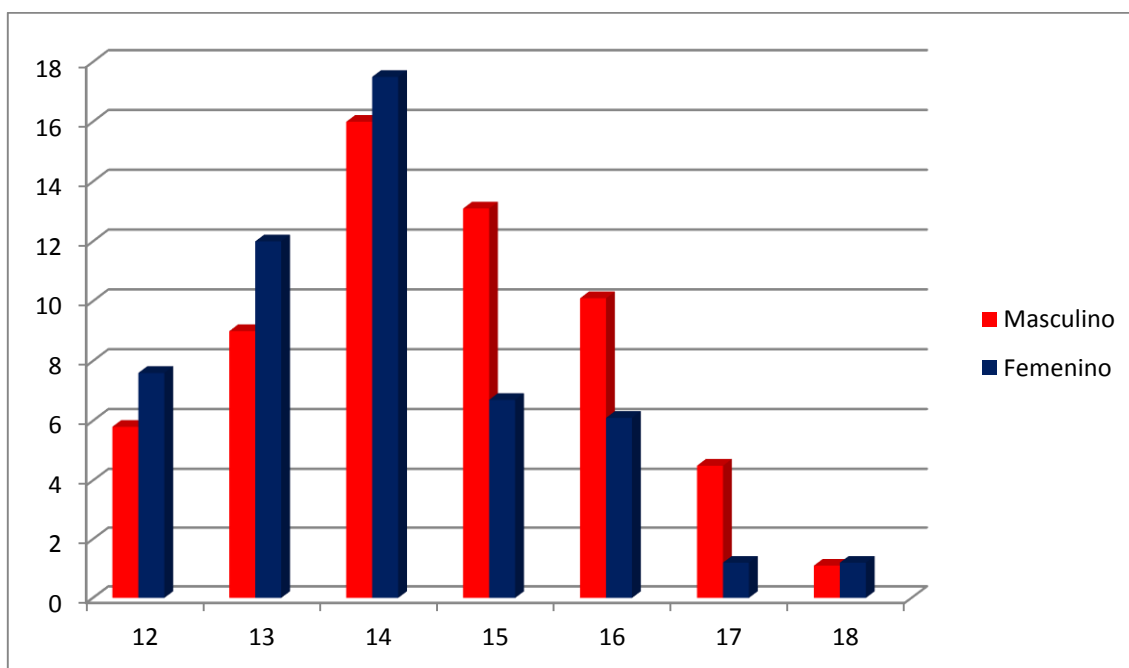
EDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
12	20	5,8	26	7,6	46	13,4
13	31	9,0	41	12,0	72	21,0
14	55	16,0	60	17,5	115	33,5
15	45	13,1	23	6,7	68	19,8
16	18	10,1	10	6,1	28	16,2
17	8	4,5	2	1,2	10	5,7
18	2	1,1	2	1,2	4	2,3
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>52,2</b>	<b>164</b>	<b>47,8</b>	<b>343</b>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

**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

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.

## GRÁFICO 1

### POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y SEXO



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador. Gráfico para datos cuantitativos.

**TABLA 2**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE FAMILIA**

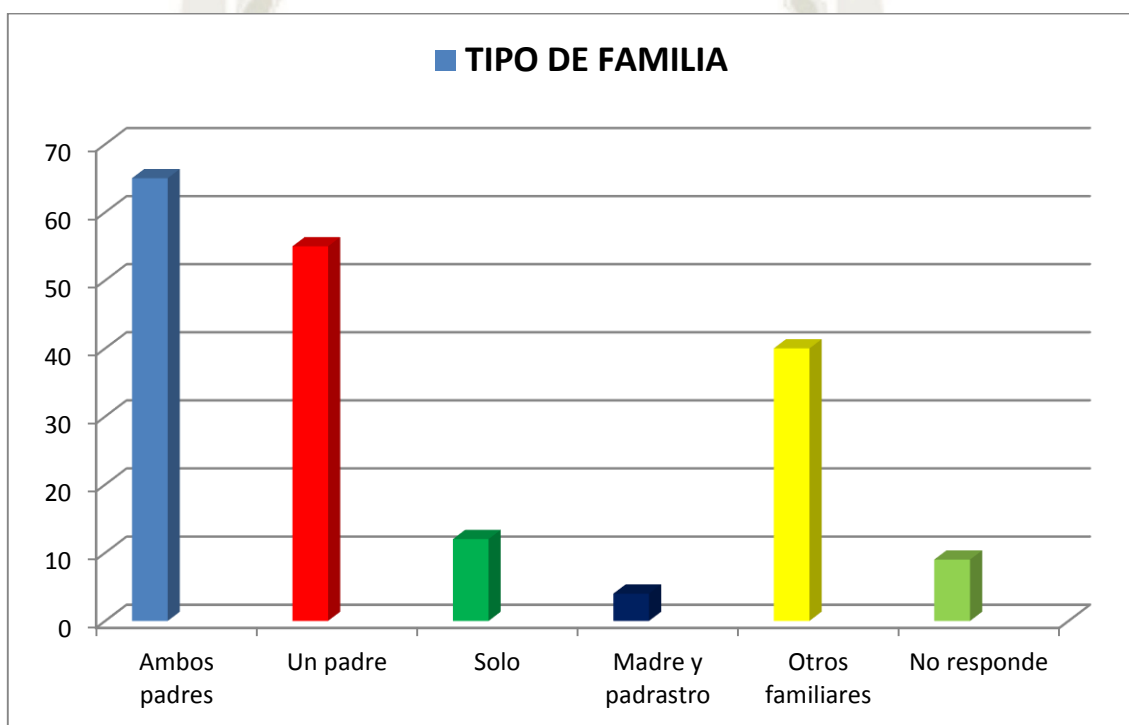
TIPO DE FAMILIA	N	%
Ambos padres	223	65,0
Un padre	55	16,0
Otros familiares	40	11,7
Solo	12	3,5
Madre y padrastro	4	1,2
No responde	9	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

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.

## GRÁFICO 2

### POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE FAMILIA



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador. Gráfico para datos cuantitativos



## ***II.- Características de la Autoagresión Deliberada en los Adolescentes encuestados***

**TABLA 3**

**PREVALENCIA DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA**

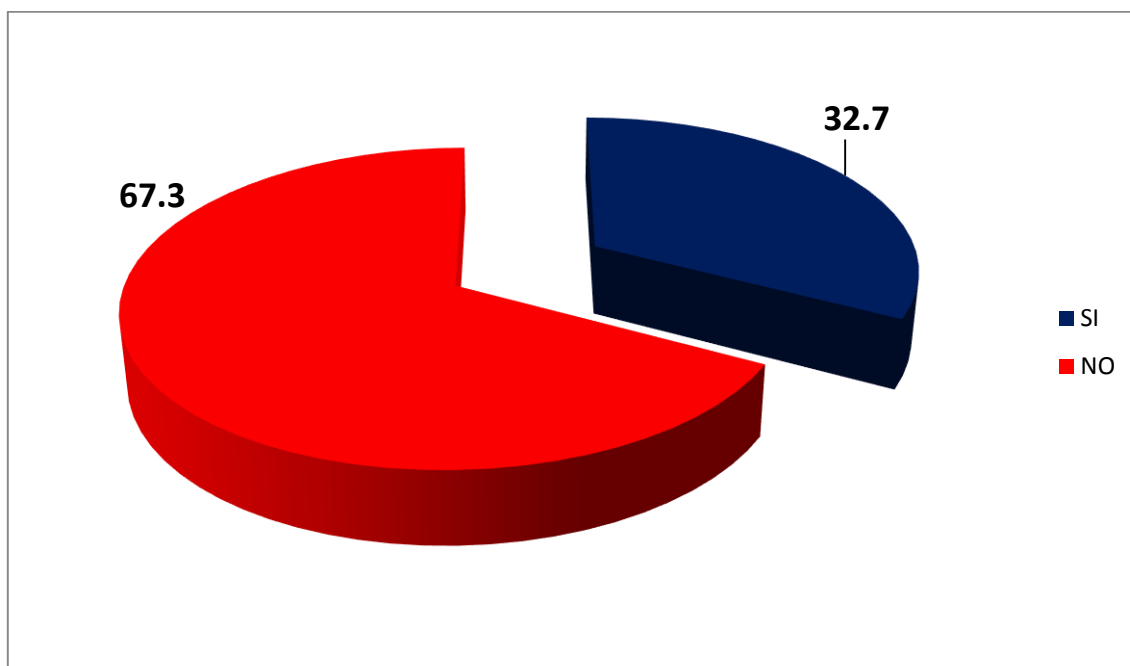
<b>AUTOAGRESIÓN DELIBERADA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	112	32,7
No	231	67,3
<b>TOTAL</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

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 adolescentes.

### GRÁFICO 3

#### PREVALENCIA DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador. Gráfico para datos cuantitativos

**TABLA 4**

**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**

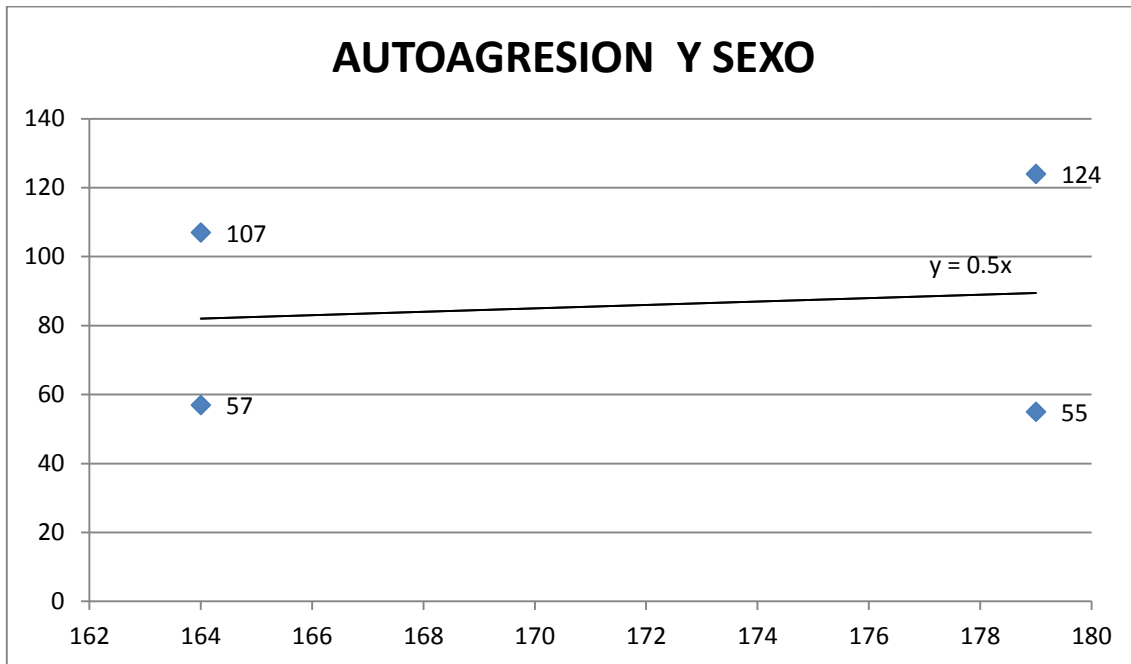
<b>X<sup>2</sup></b>	0,632
<b>p</b>	0,427

**FUENTE:** Instrumento aplicado por investigador

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.

## GRÁFICO 4

### PREVALENCIA DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA SEGÚN SEXO



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

**LEYENDA DE DATOS:**

**57:** Se refiere a que de 164 mujeres, 57 se autoagreden

**107:** Se refiere a que de 164 mujeres, 107 no se autoagreden

**55:** Se refiere a que de 179 varones, 55 se autoagreden

**124:** Se refiere a que de 179 varones, 124 no se autoagreden

Se aprecia que los puntos se hallan muy dispersos en relación a la recta, por lo que no hay una relación de asociación.

**TABLA 5**

**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**

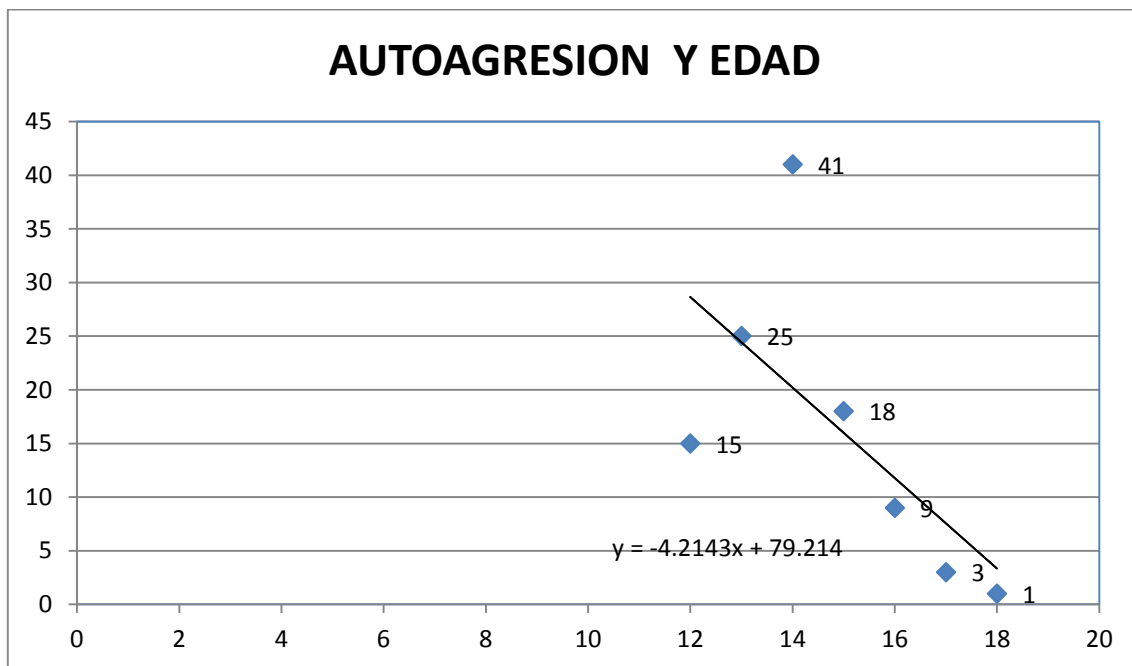
<b>X<sup>2</sup></b>	1,848
<b>p</b>	0,764

**FUENTE:** Instrumento aplicado por investigador

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

## GRÁFICO 5

### PREVALENCIA DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA SEGÚN EDAD



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

Se aprecia que hay puntos dispersos en relación a la recta, por lo que no hay una relación de asociación.

**TABLA 6**

**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**

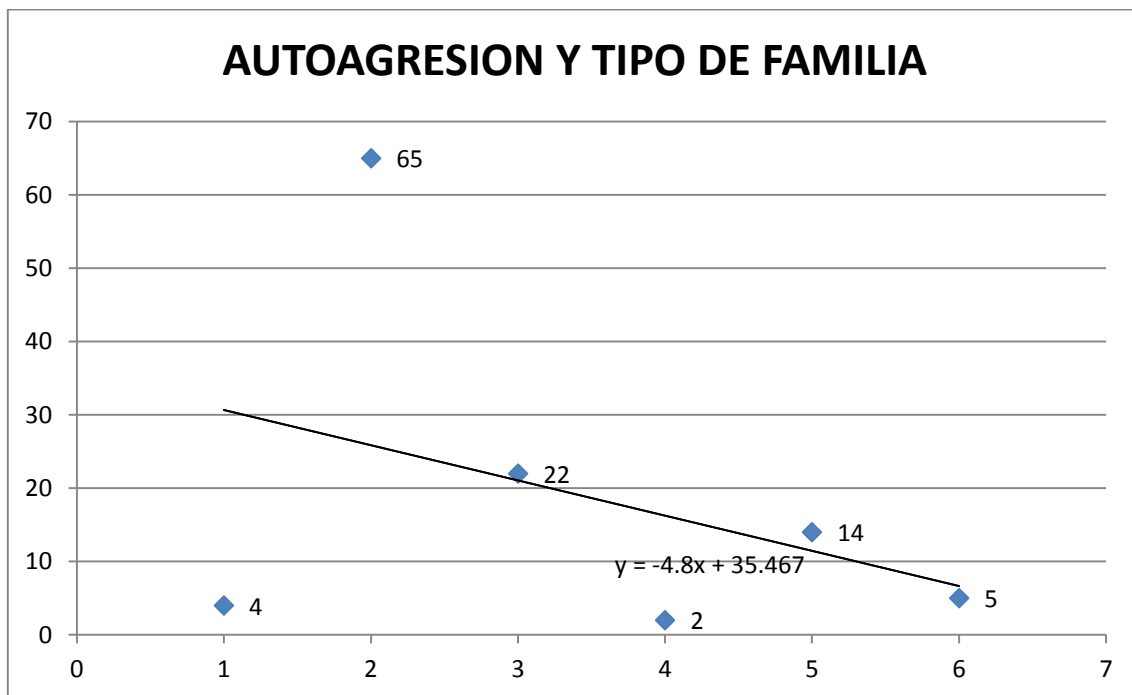
<b>X<sup>2</sup></b>	4,256
<b>p</b>	0,513

**FUENTE:** Instrumento aplicado por investigador

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 presento 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

## GRÁFICO 6

### PREVALENCIA DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA SEGÚN TIPO DE FAMILIA



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

Se aprecia que hay puntos dispersos en relación a la recta, por lo que no hay una relación de asociación.

**TABLA 7**

**MODO DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA**

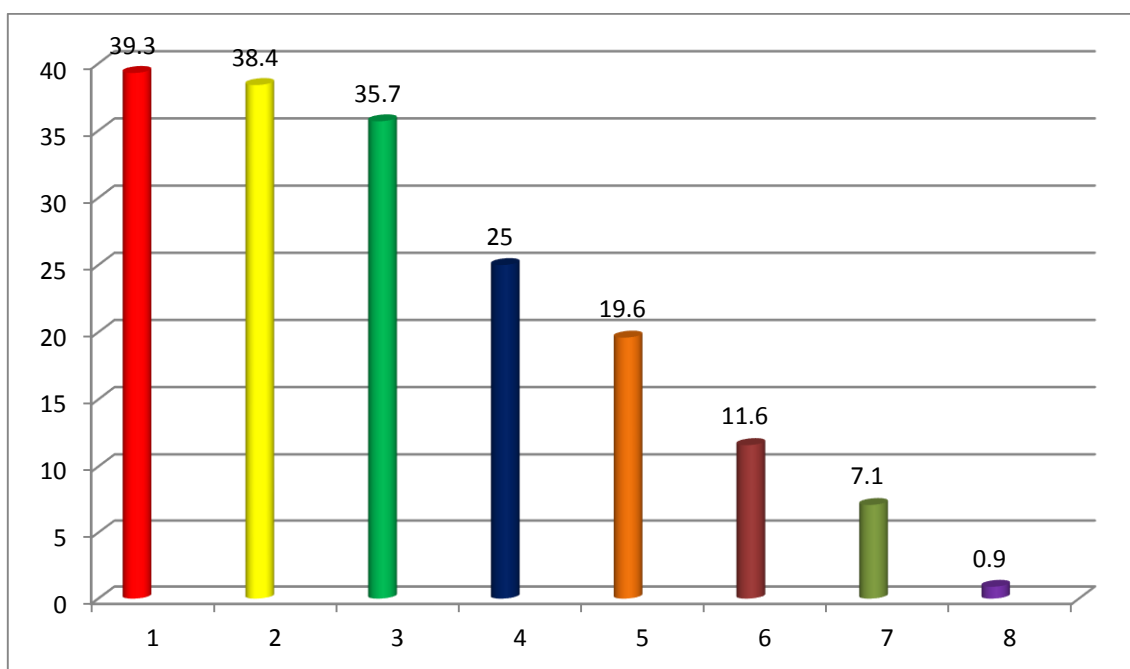
MODO DE AUTOAGRESIÓN	N	%
1. Golpearse con sus puños o con objetos	44	39,3
2. Rascarse o pincharse con sus uñas y objetos puntiagudos hasta que queden marcas en su piel o sangrar	43	38,4
3. Tallado palabras o símbolos en su piel con la punta de un lápiz, aguja, clavo, compás u otro objeto similar	40	35,7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

**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

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.

## GRÁFICO 7

### MODO DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

**TABLA 8**

**MOTIVOS DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA**

MOTIVOS DE AUTOAGRESIÓN	N	%
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

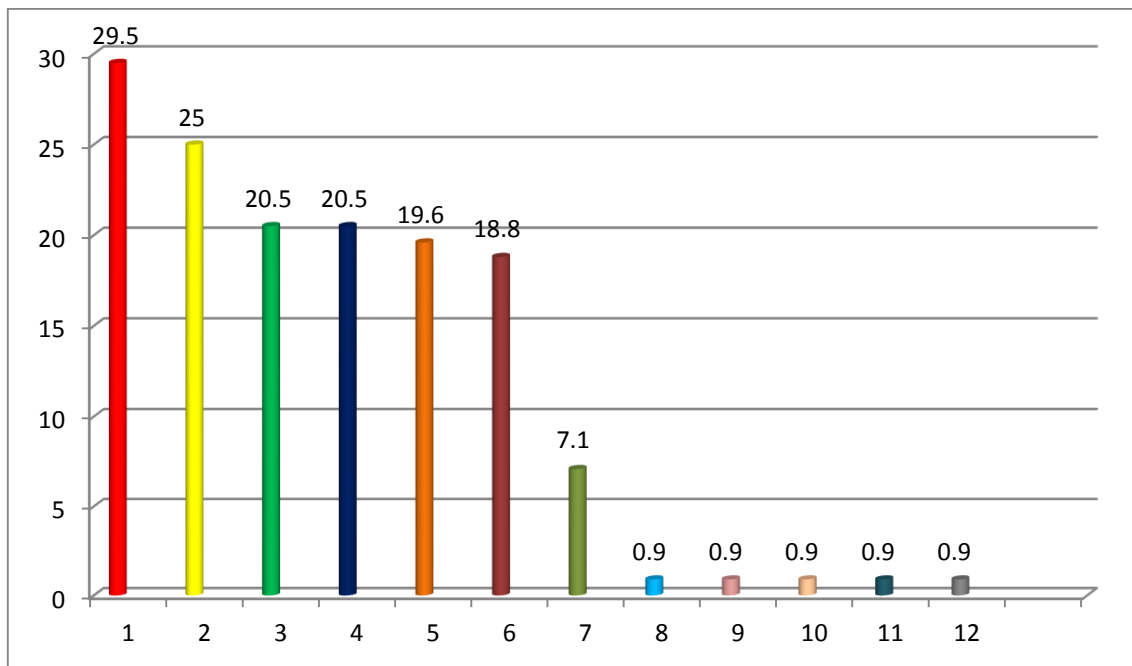
**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

Al preguntarle a los adolescentes que se autoagredían acerca de sus motivaciones refirieron que: el 29,5% lo hacía para deshacerse de sus frustraciones; el 25% lo hace para reducir el dolor emocional que siente; el 20,5% mencionó 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.

## GRÁFICO 8

### MOTIVOS DE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

**TABLA 9**

**NÚMERO DE VECES QUE SE HA HECHO DAÑO EN EL  
ÚLTIMO AÑO**

# VECES	N	%	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>	

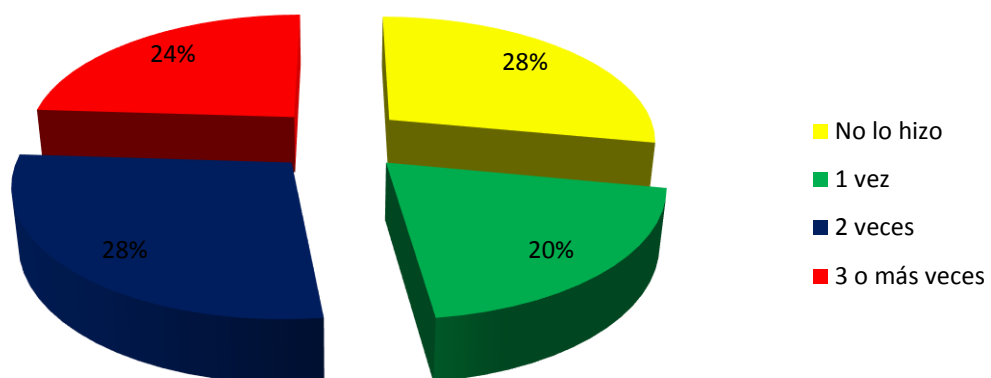
**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

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.

## GRÁFICO 9

### NÚMERO DE VECES QUE SE HA HECHO DAÑO EN EL ÚLTIMO AÑO

#### NÚMERO DE VECES QUE SE AUTOAGREDEN EN EL ÚLTIMO AÑO



#### SE AUTOAGREDIERON/NO SE AUTOAGREDIERON

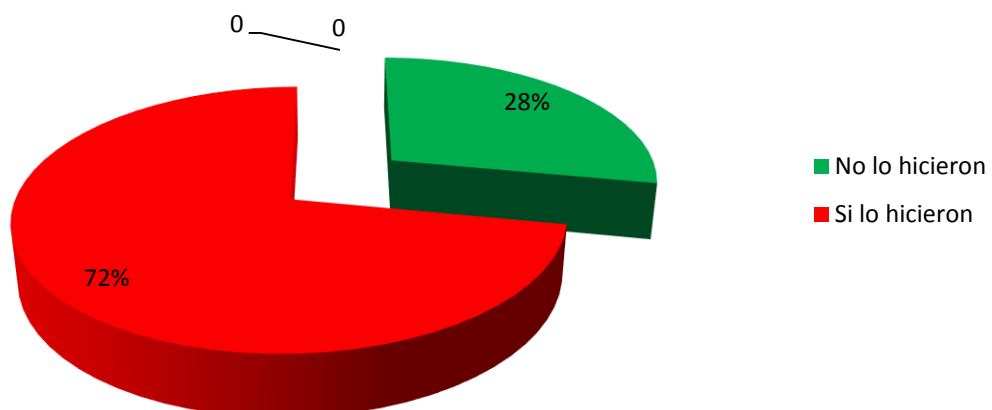


TABLA 10

## EDAD DESDE QUE SE HACE DAÑO

EDAD	N	%	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>	

**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

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.

## GRÁFICO 10

### EDAD DESDE QUE SE HACE DAÑO



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

Se puede apreciar en la gráfica 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.

**TABLA 11**

**CIRCUNSTANCIAS DE AUTOAGRESIÓN**

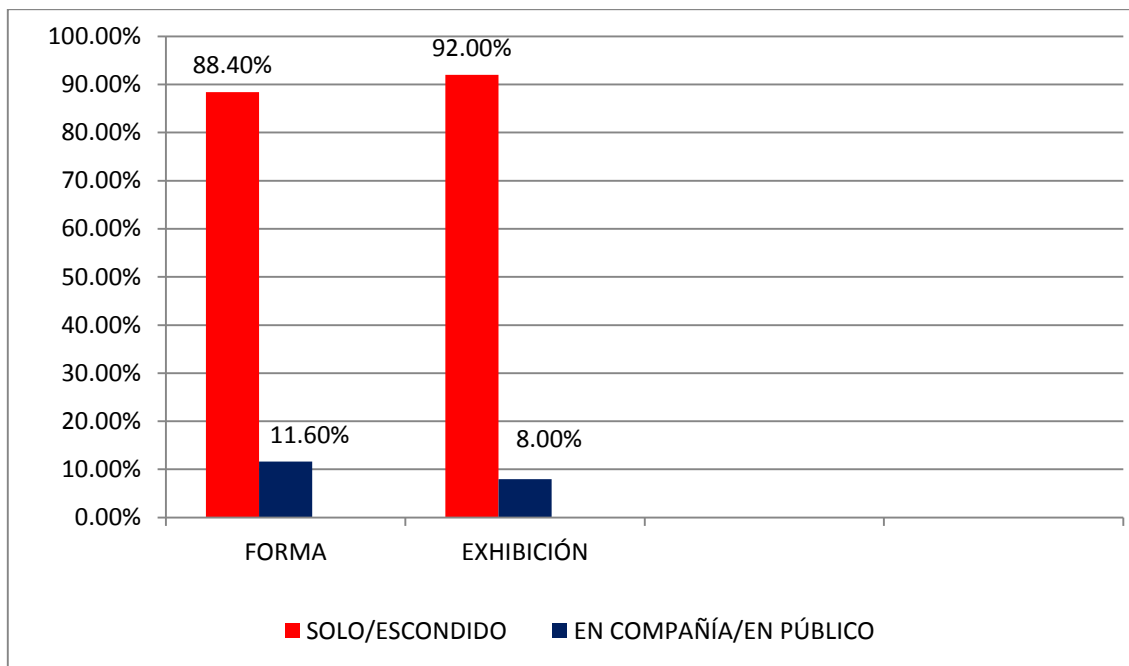
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>FORMA</b>	Solo	99	88,4
	En compañía	13	11,6
	<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>
<b>EXHIBICIÓN</b>	Escondido	103	92,0
	En público	9	8,0
	<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

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%.

## GRÁFICO 11

### CIRCUNSTANCIAS DE AUTOAGRESIÓN



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

**TABLA 12**

**COMUNICACIÓN DE LA AUTOAGRESIÓN**

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

**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

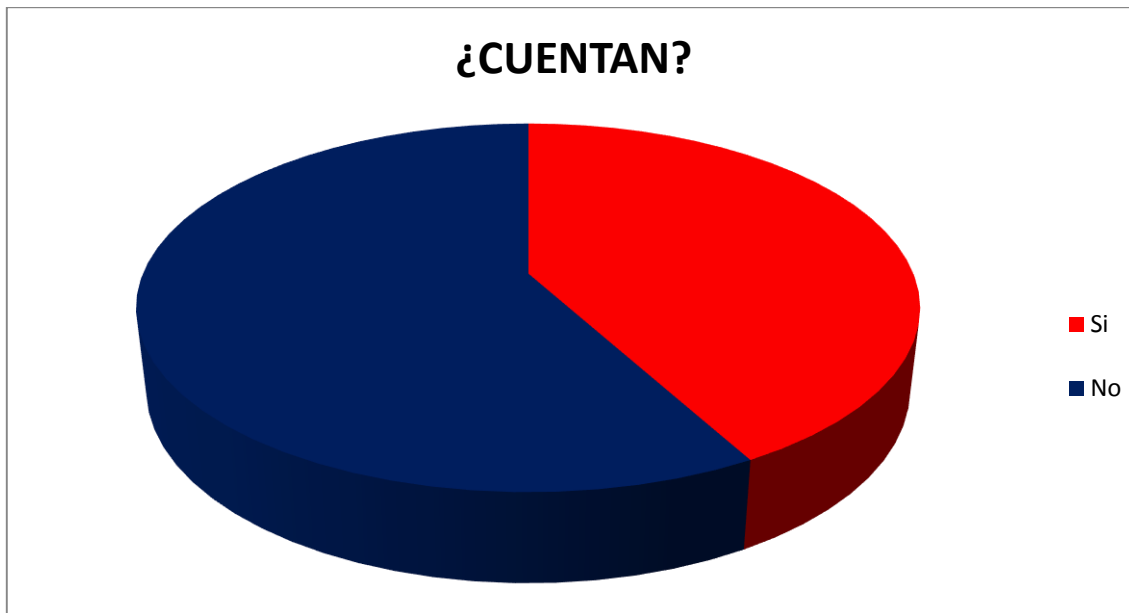
<b>¿A quién?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Familiar	16	14,3
Amigo	32	28,6
Pareja	6	5,4
Personal de salud	1	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

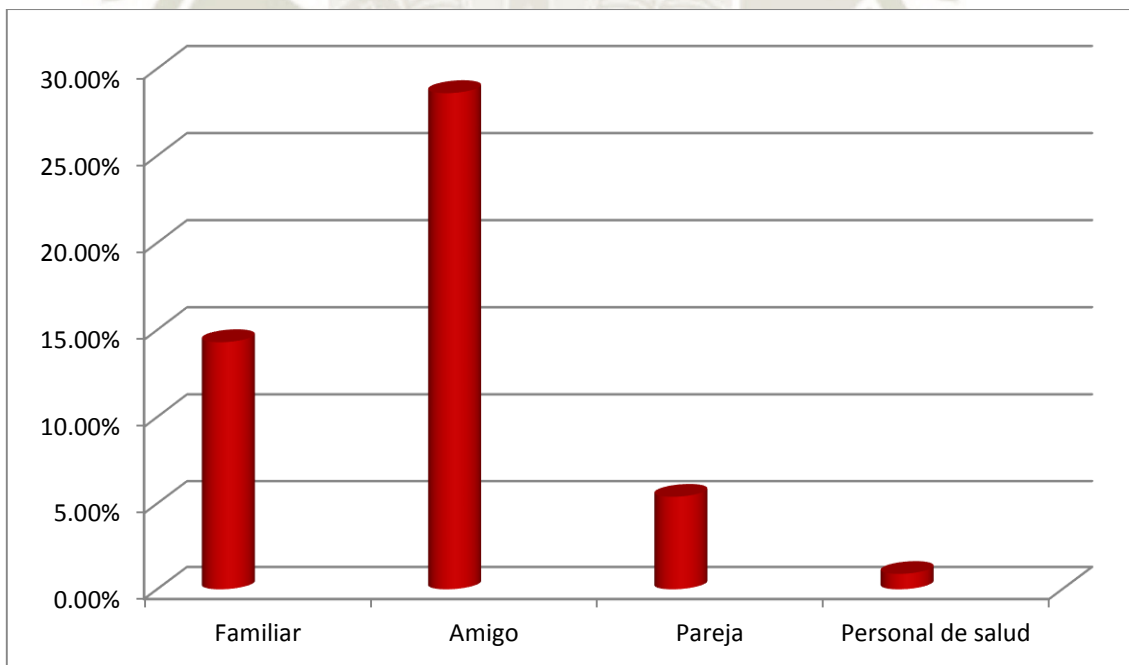
El 42% de los adolescentes que se autoagredieron refieren haber comunicado esta actividad a alguna persona. A las personas a las que más se le comunican son a los amigos en un 28,6%. Se puede apreciar que la Autoagresión Deliberada no tiende a ser comunicada por los adolescentes.

## GRÁFICO 12

### COMUNICACIÓN DE LA AUTOAGRESIÓN



FUENTE: Instrumento aplicado por el investigador



FUENTE: Instrumento aplicado por el investigador



***III.- Características de los Niveles de  
Depresión de los Adolescentes  
encuestados***

**TABLA 13**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SINTOMATOLOGÍA  
DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN**

<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	222	64,7
Leve	78	22,7
Moderada	40	11,7
Severa	3	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

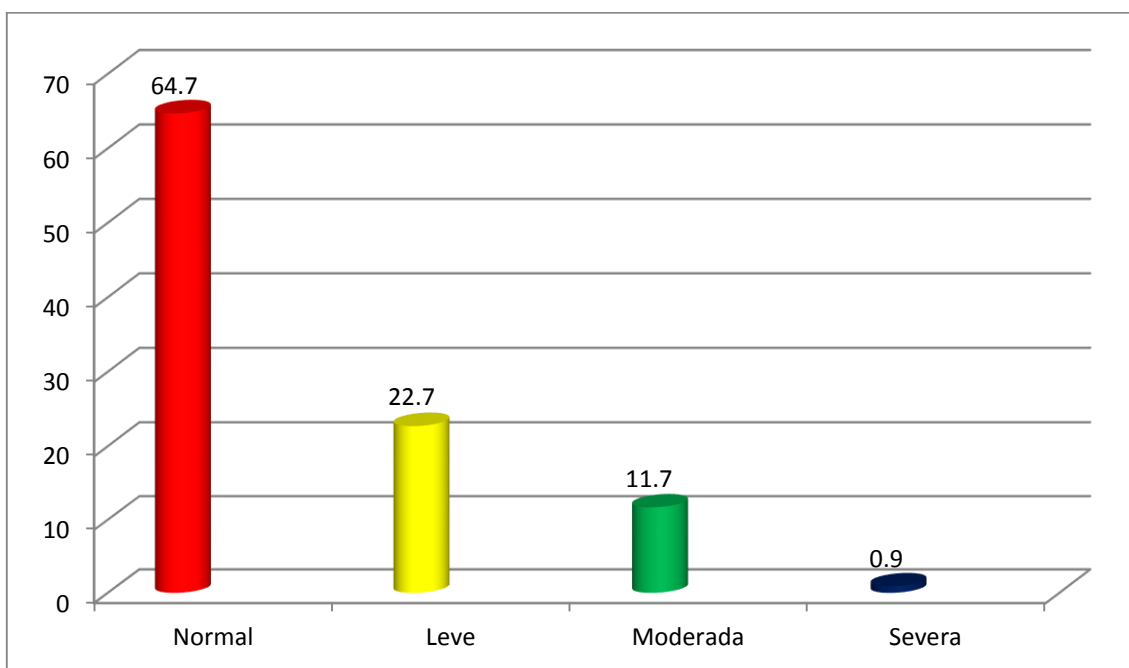
**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

*Niveles de Depresión:* Según Escala de Zung

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.

### GRÁFICO 13

#### POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SINTOMATOLOGÍA DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador. Gráfico para datos cuantitativos



***IV.- Asociación entre Autoagresión  
Deliberada y Niveles de Depresión en  
los adolescentes***

**TABLA 14**

**ASOCIACIÓN ENTRE LA AUTOAGRESIÓN  
DELIBERADA Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN**

NIVELES DE DEPRESIÓN									
AUTOAGRESIÓN	NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL
	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>TOTAL</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>	35,272
<b>p</b>	0,0001

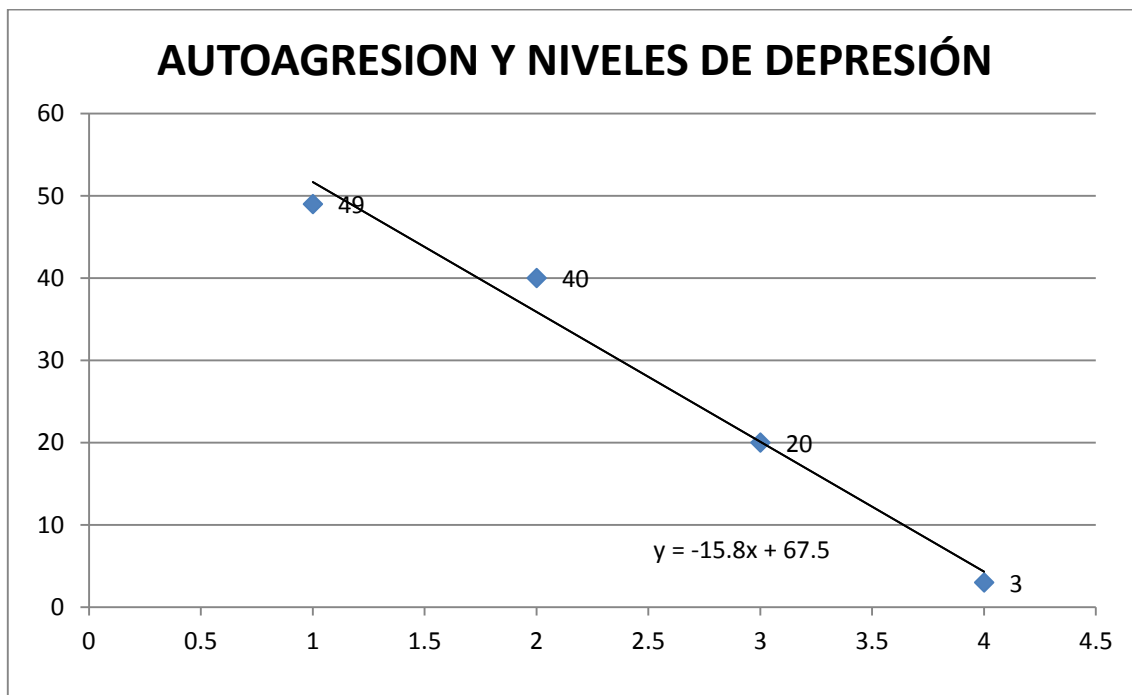
**FUENTE:** Instrumento aplicado por investigador

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.

## GRÁFICO 14

### ASOCIACIÓN ENTRE AUTOAGRESIÓN DELIBERADA Y NIVELES DE DEPRESIÓN



**FUENTE:** Instrumento aplicado por el investigador

Se aprecia que los puntos correspondientes a los niveles de depresión en 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.



**CAPITULO II**

**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

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. 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. Probablemente la DSM – V que esta por lanzarse en mayo del presente año, haga presente a esta patología.

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 está 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.

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 3 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% según la revisión realizada por Withlok, Powers y Silverman (2006). 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 y Sweeting (2006) encuentran una prevalencia del 47% en adolescentes de culturas góticas.

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. Algunos de los factores demográficos asociados son el sexo femenino con una relación de 4 a 5:1 (Bacqueé, 2007) 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 4 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 5 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 6 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. Bacqueé (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 7: ¿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 8).

Se comprueba así que la mayoría de los casos de autoagresión no tiene por finalidad llamar la atención, sí 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. (Brophy, 2009)

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 9).

En la tabla 10 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. 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 los trabajos de investigación citados en el proyecto de tesis (Whitlock, Powers y Silverman 2006; Nicola, 2005) y en la literatura universal es una conducta solitaria, que los adolescentes practican en privado, escondiéndose habitualmente tal como puede observarse en la tabla 11: 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 12. Esto condiciona que en el campo clínico se observen pocos casos, por lo tanto se debe buscar los casos en la población no clínica.

Una vez analizadas las características de la variable autoagresión deliberada, procederemos a determinar los niveles de depresión (Tabla 13) que presentan los adolescentes de dichas Instituciones Educativas. Para poder determinar en que nivel se encontrarían aplicamos la escala de Zung, la cual evalúa parámetros somáticos y psicológicos. 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 (Rosemberg y Russell, 2004). 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.

Finalmente es, 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 debe buscarse la causa de fondo que esta desencadenándola e iniciar un tratamiento adecuado de la causa; sin dejar de lado estas conductas de daño propio, las cuales también requieren una intervención oportuna.



## **CAPITULO III**

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- **PRIMERA**

La prevalencia de autoagresión deliberada en los adolescentes de dichas Instituciones Educativas es del 32.7%.

- **SEGUNDA**

La autoagresión deliberada es un problema que se inicia generalmente en la adolescencia con un pico de presentación entre los 14 y 15 años y declina a medida que la adultez se hace más cercana. Es una conducta privada, que el adolescente generalmente realiza solo, escondido y acerca de la cual mayormente no habla con nadie. No busca llamar la atención haciéndolo, sino deshacerse de emociones intensas que le son difíciles de manejar o controlar por lo cual lo hace de manera repetitiva.

- **TERCERA**

El 64.7% de los adolescentes presentan un estado eutímico, mientras que un 22.7% presenta un nivel de depresión leve, 11.7% depresión moderada y un 0.9% depresión en niveles severos.

- **CUARTA**

Existe asociación entre la autoagresión deliberada y los niveles de depresión en los adolescentes de las Instituciones Educativas estudiadas; siendo que los adolescentes que se autoagreden presentan niveles de depresión más altos respecto de los que no se autoagreden según la Escala de Depresión de Zung.

## RECOMENDACIONES

- **PRIMERA**

Realizar mayores estudios acerca de este tema para incrementar los niveles de conocimientos y poder ayudar de la mejor manera a quienes se autoagreden.

- **SEGUNDA**

Realizar las coordinaciones adecuadas con las oficinas de tutoría de las instituciones educativas estudiadas con el fin de implementar programas de escuela de padres y programas de salud mental.

- **TERCERA**

Utilizar otros instrumentos de medida para evaluar la autoagresión en los adolescentes, de tal modo que se pueda construir un instrumento parametrado, que pueda ser usado masivamente y poder comparar poblaciones.

- **CUARTA**

Evaluar otros trastornos mentales en los adolescentes que se autoagreden por ser este un problema de una frecuencia muy alta, a fin de poder explicar las razones de la autoagresión; así como plantear el manejo multidisciplinario.

- **QUINTA**

Reevaluar a los adolescentes que mostraron síntomas de depresión de diverso grado, para realizar el diagnóstico definitivo e iniciar el manejo correspondiente por parte del especialista.

# PROPUESTA

*Aprendiendo a canalizar nuestras emociones, lograremos hacer frente a cualquier circunstancia.*

De acuerdo con los resultados de la investigación realizada, encontramos que los niveles de depresión en los adolescentes se encuentran en un 35,7% de ellos, habiendo niveles desde depresión leve que constituye el mayor grupo (22,7%) hasta depresión severa (0,9%). Por otro lado, vemos una prevalencia de autoagresión deliberada del 32,7%. Entre mayor sean los niveles de depresión mayor será la probabilidad que el adolescente presente conductas de autoagresión deliberada, por encontrarse asociadas dichas variables ( $p < 0.05$ ).

Estos resultados demuestran que los niveles de depresión en los adolescentes son un fuerte estímulo para que se generen conflictos internos en ellos llevándolos a hacerse daño para que de alguna manera canalicen esa frustración o irritabilidad que se origina en sus interiores, por lo que proponemos un abordaje integral en los adolescentes de ambas Instituciones Educativas.

## INTRODUCCIÓN

Las acciones a realizarse serán a nivel preventivo, básicamente lleva a que los adolescentes tengan un manejo adecuado de sus emociones para reducir los niveles de autoagresión deliberada y depresión ante las diferentes circunstancias. Por lo tanto incluye primero realizar una reflexión de sus metas a corto plazo, que es lo que desea en su desarrollo personal, como superar las adversidades en el día a día, la educación de la autoestima y el control de sus emociones.

## OBJETIVOS

- Desarrollar un proyecto de vida
- Desarrollar su autoestima personal
- Desarrollar la asertividad
- Aprender técnicas de relajación

- Mejorar el control de sus emociones
- Conocer técnicas de revaloración cognitiva

### **Proyecto de vida**

Implica la acción de superar nuestro presente y planear nuestro futuro, alcanzar nuestros anhelos y plantear nuevas metas. Este proyecto de vida se va a ir construyendo a lo largo de los estudios de los adolescentes, no solo en la secundaria sino también en sus estudios superiores. Implica la responsabilidad en el logro de sus futuras metas, debe ser adaptable y flexible a los cambios que se presentan evitando frustraciones futuras. Para conseguir un objetivo determinado en sus vidas es necesario:

- ✓ Plantearse una meta
- ✓ Conocer las necesidades económicas, personales, de desarrollo individual, etc.
- ✓ Aceptar la realidad y las condiciones en la que uno se encuentra
- ✓ Tomar decisiones

Parte de esto está en saberse responder las siguientes preguntas que se les enseñara para que cada vez que se planteen algo, las respondan en forma previa y así evitar futuras frustraciones en la mayoría de veces: ¿qué voy hacer?, ¿cómo voy a hacer?, ¿cuánto voy a tardar?, ¿quién me va a apoyar? Y ¿qué puede desviar mi meta?

### **Imagen corporal**

La imagen corporal está influenciada por la cultura, también influye el tipo de actividad que se realiza, más en esta etapa de la vida donde muchas veces el principal factor por el que ellos mismos se juzgan es su imagen física, lo que en muchas ocasiones les genera angustia, tristeza y cólera. No solo por la imagen que proyectan ante los demás es necesario cuidar la imagen corporal, sino también para tener una salud adecuada y tener la mente más ocupada, que no le permita invadir sus pensamientos con cosas negativas que lo lleven a autoagredirse.

Con la actividad física el aparato respiratorio y el corazón reaccionan al ejercicio de manera sintrópica, vale decir que se vuelven más fuertes y más eficaces, cuando son empleados de manera apropiada.

### **Desarrollo de una buena autoestima**

Cada adolescente debe saber reconocer sus habilidades y confiar en sí mismo, asumir la responsabilidad de su propia vida, tener paciencia consigo mismo para proyectarse a futuro en el logro de sus metas propuestas tanto personales como profesionales en un futuro.

Para ello debe tener buen auto concepto, sus creencias y respeto a sí mismo, respetarse, cuidarse y tener el compromiso de ser mejor cada día. A la vez un autoconocimiento de sus deseos, cualidades y necesidades futuras.

### **Desarrollo de la Asertividad**

En la vida diaria, como en la vida en relación con sus pares de las escuelas y con sus superiores, el adolescente debe defender sus derechos propios respetando los de los demás, expresando lo que cree, piensa y siente de manera clara, directa y en el momento oportuno. Esto le ayudara a estar preparado para las desilusiones, injusticias o cualquier estresante que pueda llevarlo a sentirse solo o despreciado, buscando maneras de autoagredirse.

### **Revaloración Cognitiva**

Le permitirá al adolescente controlar los niveles de depresión y angustia, se refiere que los pensamientos y sus significados que nosotros damos para nuestra vida, muchas personas tienden a darle un significado catastrófico a lo que les pasa, piensan que no van a rendir bien en las diferentes situaciones a las que se enfrentan. Esta revaloración cognitiva les ayuda a encontrar el aspecto positivo de lo que les esta pasando a cada uno en lugar de solamente centrarse en aspectos negativos. El adolescente debe aprender a interpretar los diferentes factores desfavorecedores como un desafío en vez de un motivo para deprimirse y autoagredirse.

Se debe detectar cuales son los pensamientos negativos que tienen cada adolescente que hacen que se autoagredan o presenten algún tipo de depresión. Este tipo de

pensamientos no son operativos, no son reales. Deben ser contrastados con lo real y cuestionarlos. Ante ellos, crear otros pensamientos más concretos, positivos y reales.

### **Técnicas de relajación**

Se recomienda técnicas de relajación progresiva de los músculos, estas técnicas deben ser dirigidas por el departamento médico y psicológico.

### **ACCIONES DE COORDINACIÓN**

1. Instituciones Educativas
2. Gerencia Regional de Educación Norte – Arequipa
3. Departamento Médico
4. Servicio de Psicología
5. Servicio de Enfermería
6. Departamento de profesores de cada Institución Educativa
7. Asociación de Padres de Familia

### **ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Sensibilizar a todos los adolescentes y personal de las Instituciones Educativas mediante:

- ❖ Medios audiovisuales
- ❖ Medios electrónicos
- ❖ Sesiones educativas
- ❖ Sesiones demostrativas
- ❖ Talleres de salud
- ❖ Capacitación en desarrollo de habilidades
- ❖ Aplicación de psicoterapia para el desarrollo personal, terapias de grupo de apoyo familiar

### Acciones de Prevención

- ❖ Evaluación del estado físico
- ❖ Evaluación del estado psicológico
- ❖ Evaluación del estado nutricional
- ❖ Derivación de los casos especiales a los especialistas

### TIEMPO DE EJECUCIÓN

Junio 2012 a Noviembre 2012

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
<b>Coordinación</b>	X					
<b>Evaluación física</b>	X	X				
<b>Evaluación psicológica</b>	X	X				
<b>Evaluación nutricional</b>	X	X				
<b>Sesiones educativas</b>			X	X	X	
<b>Sesiones demostrativas</b>			X	X	X	
<b>Talleres de salud</b>			X	X	X	
<b>Capacitación al personal</b>			X	X	X	
<b>Evaluación de resultados</b>						X

### RECURSOS HUMANOS

- 1) Médico
- 2) Psicólogo
- 3) Nutricionista
- 4) Enfermeras

## RECURSOS MATERIALES

Equipos médicos

Equipos y pruebas de diagnóstico y tratamiento psicológico

Equipos de la especialidad de nutrición

Equipos audiovisuales

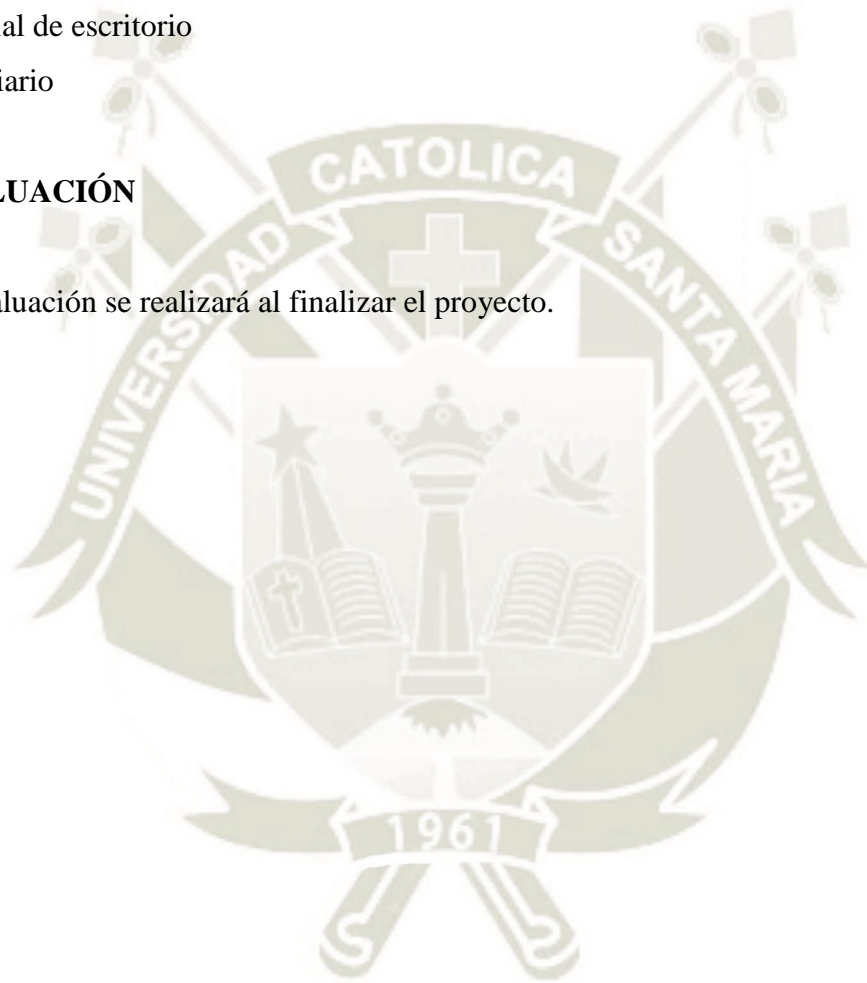
Computadoras

Material de escritorio

Mobiliario

## EVALUACIÓN

La evaluación se realizará al finalizar el proyecto.



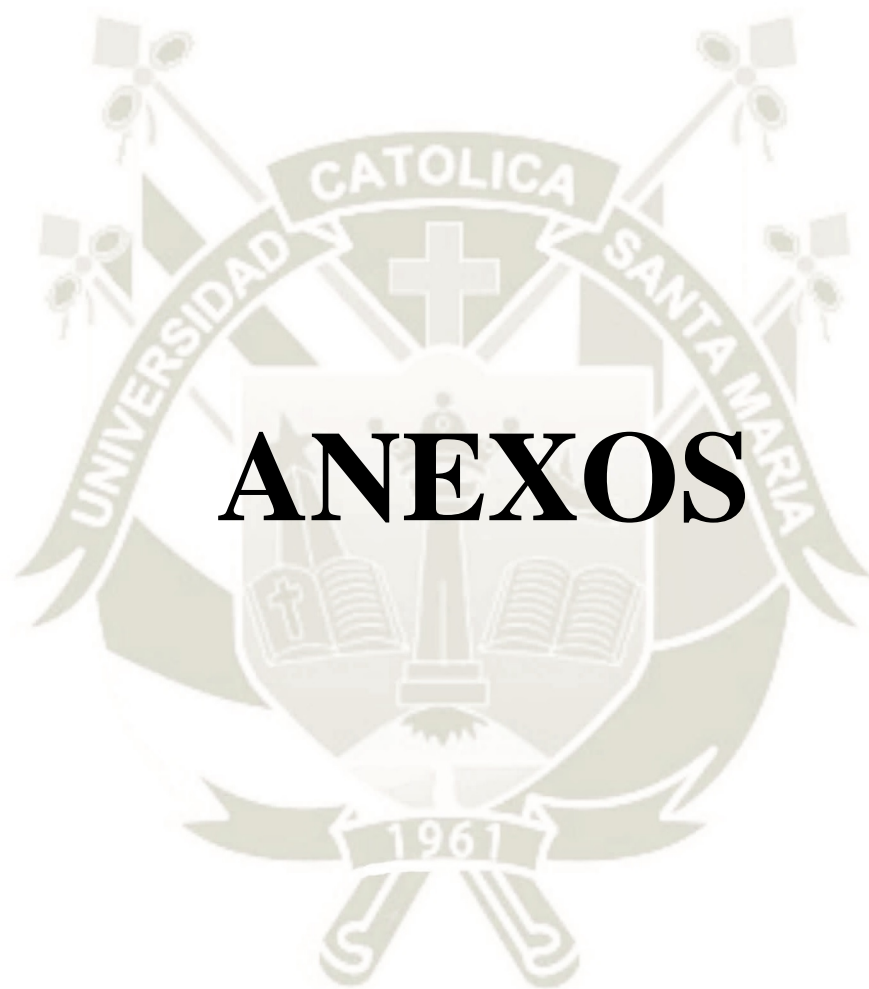
## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- 1.- **BACQUEÉ, Alison L.** *Testing a Process Modelo f Self-Injury: Stress, Afect regulation and Coping.* Tesis Universidad de Griffith. 2007.
- 2.- **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
- 3.- **BOTTERON KN; Raichle.** *Volumetric reduction in left subgenual prefrontal cortex in early onset depression.:* Biol Psychiatry 2002; 51:342-4.
- 4.- **BRENT, David A; Birmaher, Boris.** *Adolescent Depression.* New England Journal Medicine. Vol 347. No 9 Agosto 29. 2002..
- 5.- **BROPHY, Marcia.** *Truth Hurts – Report of the National Inquiry into Self – harm among Young People.* 2007.
- 6.- **CASE Study: Madge, Nicola.** *Autoagresión en niños y adolescentes de Europa (Child and Adolescent Self – harm in Europe).* 2005
- 7.- **CASPI A; Sugden K; Moffitt TE et al.** *Influence of lifes stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene.* Science 2003. Vol 301:386-9. .
- 8.- **CENSO NACIONAL 2005: X Población, V Vivienda – INEI.**
- 9.- **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 Case: II. Tretament and Ongoing Managment.* Pediatrics. Nov 2007; 120: e1313 – e1326.
- 10.- **DOPHEIDE, Julie A.** *Recognizing and treating depression in childrenand adolescents.* Am J Health Syst Pharm 2006. Vol 63: 233 – 243.

- 11.- **FORTUNE, Sarah; Hawton, Keith.** *Deliberate Self Harm in Children and Adolescents: A research update Curr Opin. Psychiatry.* 2005, 18(4). 401-406.
- 12.- **FREYRE, E.** *La Salud del Adolescente* Segunda Edición. 1996
- 13.- **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.
- 14.- **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..
- 15.- **HAWTON, Keith.** *Suicide and deliberate self harm in young people.* BMJ 2005; 330:891 – 894 (16 April), doi:10.1136/bmj.330.7496.891
- 16.- **HAWTON, Keith; James, Anthony.** *Suicide and deliberate self harm in young people.* BMJ 2005; 330:891 – 894 (16 April), doi:10.1136/bmj.330.7496.891.
- 17.- **HAWTON, Keith; Rodham, Karen; Evans, Emma.** *Deliberate self harm in adolescent: self report survey in schools in England.* BMJ 2002; 325:1207-11.
- 18.- **HAZEL, Philip.** *Clinical Evidence Search and Appraisal - Depression in Children and Adolescent.* BMJ. April 2006.
- 19.- **JOYCE, Peter R; Mckenzie, Janice M; Mulder, Roger T; Luty, Suzanne E; Sullivan, Patrick F; Miller, Allison L; Kennedy, Martin A.** *Genetic, developmental and personality correlates of self – mutilation in depressed patients.* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006. 40(3): 225 – 229.
- 20.- **KLONSKY, David; Oltmanns, Thomas F.; Turkheimer, Eric.** *Deliberate self – harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Corrales.* Am J Psychiatry 2003; 160:1501 – 1508.

- 21.- **LLAZA G.** *Manual de Psiquiatría*. Editorial U.C.S.M. Tercera edición 2006. Pág. 84 – 86
- 22.- **MENEGHELLO R; E. Fanta N; E. Paris M; T.F. Puga.** *Tratado de Pediatría*. Tomo I. Editorial Médica Panamericana Quinta edición. 2002.
- 23.- **MUSTAFA, Soomro.** *Clinical Evidence search Deliberate self harm (and attempted suicide)*. BMJ November 2006
- 24.- **NEW A; Talbat P; Siever L; Frankle W; Goodman M, Lombardo I; Huang Y; Hwang D; Stifstein M; Curry S; Abi – Dargham A; Laruelle M.** *Brain Serotonin Transporter Distribution in Subjects with Impulsive Aggressivity*. 2005; 162 (5), 915 – 923.
- 25.- **POOLEY, E.C.; Houston A1; Hawton, K. A1 and Harrison, P.J..** *Deliberate self – harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPH A779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes*. *Psychological Medicine* (2003), 33: 775-783. Cambridge University Press.
- 26.- **Prevention of mental disorders – WHO .**
- 27.- **RACHEL A Zuckerbrot; Amy H Cheung; Peter S Jensen; Ruth E.K. Stein; Danielle Laraque and the GLAD-PC Steering Group.** *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Case: Identification,, Assessment, and initial management .* *Pediatrics*. Nov. 2007; 120: e1299 – e1312.
- 28.- **ROSENBERG DR; Mirza Y; Russell A et al.** *Reduced anterior cingulated glutamatergic concentrations in childhood OCD and major depression versus healthy controls*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:1146-53.
- 29.- **SMITH, Brian D.** *Self – Mutilation and Pharmacotherapy*. *Psychiatry* 2005 – ISSN: 1550 – 5952. Volumen 2 – Issue 10 – October 2005..

- 30.- **SMITH G; Cox D & Saradjian J.** *Women and self – harm.* London: Women’s Press.
- 31.- **STAATS REISS, Natalie and Dombeck, Marck.** *Suicide and Self – harm.* Mentalhealth.net.
- 32.- **ULRICH, Sachsse; Von Der Heyde, Susanne and Huether, Gerald.** *Stress Regulation and Self – Mutilation.* Am J Psychiatry 159:672, April 2002.
- 33.- **VAN HEERINGEN, Kees.** *The Neurobiology of Suicide and Suicidality.* Can J Psychiatry 2003:48:292 – 300.
- 34.- **WHITLOCK, Janis; Eckenrode, John and Silverman, Daniel.** *Self Injurious Behaviors in a Collage Population.* PEDIATRICS Vol. 117 No. 6 June 2006, pp. 1939 – 1948.
- 35.- **WHITLOCK, Janis; Powers, Jane L. and Silverman, Daniel.** *The Virtual Cutting Edge: The Internet and Adolescent Self – Injury.* Development Psychology 2006, Vol 42, No 3, 000 – 000.
- 36.- **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.



# ANEXOS

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE  
Y DE LA FAMILIA



### **“AUTOAGRESIÓN DELIBERADA Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS. AREQUIPA 2012”**

PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR EL  
BACHILLER EN MEDICINA HUMANA:  
**MIGUEL ANGEL ARCE PAMO**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
**MAGÍSTER EN SALUD MENTAL  
DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y  
DE LA FAMILIA**

**AREQUIPA-PERÚ**

**2012**

## ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS

### I. PREÁMBULO

Al iniciar mis estudios en el área clínica de medicina, fui recorriendo en diferentes materias que me llevaron a comprender que la función como médico en un medio en que la salud mental ha sido dejada de lado por muchos años, es trascendental sobre todo en el campo del área de atención primaria. Muchas veces al recorrer mis practicas diarias de medicina en las diferentes áreas encontraba que muchos pacientes además de su problema físico por el que se encontraban hospitalizados, presentaban una serie de factores que hacían que su salud no mejorará, muchos de ellos se sentían abandonados, deprimidos, su familia no los apoyaba; ese lado de la dimensión en que se desenvuelve el ser humano había sido abandonado por todo el personal de salud, motivo que me impulso a seguir la presente maestría.

Se piensa erróneamente que los adolescentes son personas saludables. Sin darnos cuenta ellos ya estando en la segunda década de su vida, han sobrevivido a una serie de enfermedades de la niñez. Por otro lado, 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 que conforman su entorno.

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

El como un adolescente logra superar estos retos y el impacto que pueden tener en su vida personal y su desarrollo son de interés no sólo para la salud pública si no para la salud mental que se viene promoviendo con fuerza en los últimos años

Uno podría decir que muchas de las emociones erráticas e intensas que presentan los adolescentes son producto de su rebeldía, pero parte de ellas es producto normal de su desarrollo. Cuando un adolescente no logra lidiar sus emociones intensas puede llevarlos a expresar el dolor y la frustración a través de la violencia o la autoagresión, o

aislándose, consumiendo drogas o alcohol o teniendo un comportamiento incontrolado para de esta manera “anestesiarse” de las emociones que le producen sufrimiento.

En este cuadro tan apasionante como es el de la autoagresión deliberada es un problema serio de salud pública y salud mental el cual afecta fundamentalmente a niños y adolescentes. Tiene un gran impacto en el día a día de las personas que lo hacen, es algo que lo realizan en secreto, acerca de lo cual se sienten enormemente culpables. Muchos de estos adolescentes se sienten incapaces de hablar este problema con alguna persona mayor. Es mi deseo, profundizar mis conocimientos sobre el tema y hacer un estudio más profundo a través de una investigación.

Gracias a esta investigación mis esfuerzos serán recompensados al contribuir de alguna manera sobre el tema al que hago referencia, el que significa un reto en mi vida profesional.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del problema

“Autoagresión Deliberada y Niveles de Depresión en adolescentes de dos Instituciones Educativas. Arequipa 2012”

#### 1.2. Descripción del problema

##### 1.2.1 Área del conocimiento:

- **Campo:** Ciencias de la Salud
- **Área:** Salud Mental
- **Línea:** Trastornos afectivos: Depresión; y Trastorno de control de impulsos.

1.2.2. Análisis de variables:

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
	<b>Datos de las unidades de estudio</b>	
	Edad	10,11,12,13,14,15,16,etc
	Sexo	Masculino Femenino
	Situación familiar	Vive con ambos padres Vive con uno de los padres Vive con un padre y un padrastro Vive con otros miembros de la familia
Autoagresión deliberada  (Acciones que las personas realizan para dañarse a si mismos en una manera intencionada y muchas veces oculta, sin que haya intento de suicidio)	Presencia de acciones deliberadas para provocarse dolor o dolor físico sin desenlace final	Si No
	Inicio de autoagresión deliberada	10,11,12, etc.
	Frecuencia de autoagresión	1 vez/año 2 veces/año 3 veces/año > 3 veces/año
	Forma usada para autoagredirse	Cortes Quemaduras Golpes Ingestión de sustancias Excoriaciones
	Lugar donde se autoagrede	Escondido En público
	Persona con la que se autoagrede	Solo Con otra persona
	Conocimiento de su conducta autoagresiva por otras personas	Si No
	Niveles de Depresión  (Nivel de disminución en su desempeño o la presencia o ausencia de cambios psicomotores o síntomas somáticos)	Componentes somáticos y cognitivos de la Escala de Depresión de Zung  Componentes psicomotores de la Escala de Depresión de Zung

### 1.2.3. Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es la prevalencia de la autoagresión deliberada en los adolescentes de las dos instituciones educativas?
- ¿Cuáles son las características de la autoagresión deliberada en la población de estudio?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adolescentes que estudian en dichas instituciones educativas?
- ¿Cuál es la relación entre la autoagresión deliberada y la presencia de síntomas depresivos?

### 1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación:

- ✓ **Tipo de Investigación:** De campo – Transversal
- ✓ **Nivel de Investigación:** Descriptivo – Relacional

### 1.3. Justificación del problema:

En nuestro medio todavía no se han realizado observaciones para este tema importante en la salud mental, poco reconocido e identificado que puede traer severas consecuencias para el desarrollo y desempeño de los adolescentes. Así, no se conoce a ciencia cierta la magnitud de los casos y no hay estudios relacionados que traten de medir la relación existente entre la presencia de síntomas depresivos y la autoagresión deliberada en los adolescentes de nuestra población arequipeña.

La investigación tiene relevancia científica porque contribuye al conocimiento de problemas de salud de nuestro medio; nos permitirá conocer si los adolescentes que se encuentran expuestos a un a condiciones de vida familiares poco adecuadas presentan mayor riesgo de autoagredirse como manifestación de una depresión.

Es contemporánea: estudia un periodo reciente. Es utilizable para la enseñanza de la epidemiología y de la psicología, psiquiatría y salud mental puesto que cumple el campo de la descripción epidemiológica de un fenómeno de salud local y da a conocer factores que se pueden tomar en cuenta para un manejo oportuno y antecedernos a ciertos eventos. Es concordante con la política investigativa puesto

que se ocupa de un fenómeno local, describe sus características y es utilizable para la asignación de recursos para su atención.

De esta manera proponemos el presente estudio con el objeto de contribuir al estudio de esta patología, la cual aportará información valiosa para el médico ayudando en el diagnóstico e implementación del tratamiento adecuado.

## 2. Marco conceptual

### I. ADOLESCENCIA

Uno de cada cinco personas en el mundo es un adolescente. De 1.3 billones de adolescentes en el mundo, alrededor del 85% vive en países en desarrollo como el nuestro.<sup>1</sup>

El 20.5% de la población del Perú se encuentra entre los 10 y los 19 años de edad, es decir 5 536 469 peruanos y en Arequipa 233 413 habitantes son adolescentes.<sup>2</sup>

La adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 a 19 años de edad<sup>3</sup>. Es una etapa de cambios rápidos, tanto físicos como mentales y emocionales. En esta etapa, los adolescentes toman nuevas responsabilidades y empiezan a experimentar algunas situaciones simbólicas de la adultez.

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. 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.

---

<sup>1</sup> Freyre, E (1994): *La salud del Adolescente*. Segunda edición, Pág. 18

<sup>2</sup> Censo Nacional (2005): *X Población, V Vivienda* – INEI

<sup>3</sup> Smith, G; Cox, D; Saradjian, J (1998): *Women and self-harm*, London: Women's Press.

## II. AUTOAGRESIÓN DELIBERADA

En el sentido más amplio la autoagresión deliberada describe acciones que las personas realizan para dañarse a sí mismos en una manera intencionada y muchas veces oculta.<sup>4</sup>

Estas acciones pueden ser cortarse, quemarse, rasparse, golpearse, arañarse, jalarse el pelo e ingerir sustancias tóxicas u objetos que no deben ser ingeridos.

A pesar de que algunas veces puede ser asumido como un comportamiento suicida, la autoagresión deliberada, por definición, son actos que ocurren sin intento suicida.<sup>5</sup>

Se acepta que la autoagresión deliberada (AAD) es una respuesta a un dolor emocional profundo, que la persona no puede resolver de otra manera más funcional. Es una manera de lidiar con sentimientos de sufrimiento con los cuales es difícil batallar y la persona no puede expresar de otra manera. A través del daño físico las personas pueden alterar su estado mental y conseguir un “respiro” de lo que les está preocupando.

La AAD es un mecanismo de defensa maladaptativo que intenta aliviar emociones negativas como la ira, ansiedad, frustración o culpa; y/o una manera de expresar estas emociones difíciles.<sup>6,7</sup>

Las personas que se lesionan piensan que el dolor físico es más fácil de manejar que el dolor emocional que ellas experimentan porque el primero es tangible. Sin embargo, la autolesión produce un alivio temporal y no resuelve los conflictos subyacentes.

En la mayoría de casos la AAD permanece como una conducta oculta, secreta que puede darse a lo largo de la vida sin ser descubierta. La mayoría de personas que

---

<sup>4</sup> Brophy, M (2007): *Truth Hurts – Report of the National Inquiry into Self-harm among Young People*

<sup>5</sup> Whitlock, J; Eckenrode, J; Silverman, D (2006): *Self-injurious Behaviors in a College Population. Pediatrics* Vol. 117 No 6. Pag 1939 – 1948

<sup>6</sup> Brophy, M: Id.

<sup>7</sup> Young, R; Sweeting, H (2006): *Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth Young Subculture: Longitudinal Cohort Study. BMJ*:332, pag 1058 – 1061

sufren de este trastorno hacen grandes esfuerzos para esconder sus cicatrices, equimosis u otros signos de lesión y son extremadamente renuentes a hablar de esta conducta o de los problemas que los llevan a ella. Los familiares y amigos desconocen este comportamiento, o no saben que alguien cercano a ellos se autolesiona.<sup>8</sup>

## 2.1.- Factores asociados

No hay un patrón típico con respecto a los jóvenes que se autolesionan. La mejor evidencia disponible indica que las mujeres sufren de este problema 4 veces más que los hombres<sup>9</sup>, sin embargo hay que tener precaución en caso de los varones quienes frecuentemente se autolesionan con golpes o ruptura de huesos que son más fáciles de esconder o de ser explicados como resultado de un ataque, accidente o pelea.

La predisposición a la autolesión esta asociada a una amplia gama de experiencias y características personales.

Entre los varones los factores asociados con autoagresión son un miembro de la familia que haya intentado suicidio o autolesión deliberada, uso de drogas, baja autoestima y baja autoimagen.<sup>10</sup>

En cuanto a las mujeres también encontramos intentos de suicidio o autoagresión entre familiares o amigos, baja autoestima o verse feas, consumo de tabaco o drogas, preocupación por la orientación sexual, alta impulsividad y niveles altos de ansiedad.<sup>11</sup>

Otros factores relacionados son abuso físico y sexual, relaciones familiares pobres, problemas con parejas.

---

<sup>8</sup> Fortune, S; Hawton, K (2005): *Deliberate Self Harm in Children and Adolescents: A research update Curr Opin Psychiatry*. Vol 18 (4). Pag 401 – 406

<sup>9</sup> Fortune, S; Id

<sup>10</sup> Zuckerbrot, R; Cheng, A; Jensen, P; Stein, R; Laraque, D (2007): *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD – PC): Identification, Assessment, and Initial Management. Pediatrics*. Vol 120. e 1299 – e 1312

<sup>11</sup> Zuckerbrot, R; Cheng, A; Jensen, P; Stein, R; Laraque, D: Op. cit

Se ha visto una asociación entre la pertenencia a algunas culturas suburbanas como los góticos, punks, etcétera<sup>12</sup> o el acceso a Internet<sup>13</sup> como factores asociados a AAD.

Las razones citadas por las personas que se autolesionan son: abuso por parte de compañeros en la escuela, llevarse mal con los padres, estrés y preocupación por asuntos académicos, divorcio de padres, embarazo no deseado, abuso en la niñez (sexual, físico o emocional), dificultades asociadas con la sexualidad, baja autoestima, y sentimientos de ser rechazados en sus vidas.<sup>14</sup>

La edad promedio de inicio de presentación es en la adolescencia mediana o tardía, seguida por una declinación en la adultez temprana.<sup>15</sup>

Podemos agrupar a los factores asociados en:

### **1. Demográficos :**

- a. Sexo: Más frecuente en el sexo femenino con una relación de 4 a 5:1 con respecto a los varones.<sup>16</sup>
- b. Edad: Más frecuente en los adolescentes, con una edad de presentación inicial a los 12 años, y un decaimiento en la adultez temprana.

### **2. Sociales:**

- a. Estado familiar: Más frecuente en personas con padres divorciados, que no viven con sus padres, o que tienen una mala relación con ellos.
- b. Antecedentes de abuso físico, sexual o emocional.
- c. Pertenencia a culturas suburbanas.
- d. Uso inadecuado de sustancias: alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.
- e. Antecedentes de AAD en la familia o amigos.

---

<sup>12</sup> Young, R; Sweeting, H: Op. cit

<sup>13</sup> Whitlock, J; Eckenrode, J; Silverman, D (2006): *The virtual Cutting Edge: The Internet and Adolescent Self – Injury Developmental Psychology*. Vol 42 No. 3. pag 145 – 149

<sup>14</sup> Brophy. M: Op. cit

<sup>15</sup> Whitlock, J; Eckenrode, J; Silverman, D: Op. cit

<sup>16</sup> Bocqueé, A (2007): *Testing a Process Model of Self – Injury: Stress, Afect regulation and Coping*. Tesis Universidad de Griffith

### 3. *Psicológicos:*

- a. Problemas afectivos como depresión o la ansiedad.
- b. Baja autoestima.
- c. Problemas de orientación sexual.
- d. Experiencia de disociación: es un estado psicológico o una condición con ciertos pensamientos, emociones, sensaciones o recuerdos que están separados del resto de la actividad mental. La autolesión puede ser considerada como una forma de “irse” o disociarse separando la mente de los sentimientos que están causando dolor emocional. Por ejemplo una persona que se autolesiona puede usar el dolor físico como una manera de distraerse a si mismo del dolor emocional (efectivamente haciendo su dolor físico, no emocional). Para otros puede ser una manera de sentir algo, aunque sea desagradable, y despertar en una situación en la que se han vuelto tan desconectados que no sienten nada.<sup>17</sup>
- e. Pobre control de impulsos.
- f. Personalidad Boderline: Una persona con personalidad borderline vive en un contiguo vértigo emocional, experimentando unos estados anímicos totalmente inestables. Tanto estos cambios de ánimo como la mayoría del estrés que sufren producen una disforia terriblemente progresiva. Sienten intensamente casi cualquier emoción dolorosa a la vez.

### **Criterios para el diagnóstico del Trastorno límite de personalidad según el DSM –IV TR.**<sup>18</sup>

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes criterios, la explicación de los mismos está sacado del propio DSM – IV TR:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.

---

<sup>17</sup> Brophy. M: Op. cit

<sup>18</sup> American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM – IV TR.*

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej. Sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).  
Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. El suicidio consumado se observa en un 8 – 10% de estos sujetos. El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por lo que estos sujetos acuden a tratamiento.  
Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o servirles de expiación de su sentimiento de maldad. Cuando un borderline es extremadamente disfórico, las lesiones que se provoca no producen dolor físico pero alivian la disforia.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej. , episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

#### **4. *Biológicos:***

No hay un patrón biológico claro que explique la conducta autoagresiva. Sin embargo se han hecho estudios encontrándose factores genéticos, y alteraciones en algunos neurotransmisores como disminución en los niveles de serotonina y norepinefrina, aumento en los niveles de endorfinas y aumento en la función del eje Hipotálamo Pituitario Adrenal.

Entre los factores genéticos se ha encontrado que la conducta autoagresiva es heredable, en algunos estudios se encontró que personas que crecieron en familias adoptivas y que tenían conductas autoagresivas tenían antecedentes de conductas autoagresivas en sus familiares biológicos. Al igual se han encontrado mayor concordancia de conducta autoagresiva en gemelos monocigóticos que en dicigóticos.<sup>19</sup>

Hay una asociación de AAD con una variación alélica en el gen de la Triptofano Hidroxilasa (TPH A779C), gen que interviene en el metabolismo de la serotonina.<sup>20</sup> También se ha descubierto la presencia de un alelo T del gen de la fracción B3 de la Proteína G GNB3 en pacientes deprimidos con AAD.<sup>21</sup>

Los neuroquímicos juegan un rol importante en la autolesión. Hay evidencias que los opioides endógenos y la serotonina pueden ser particularmente importantes en la AAD.<sup>22</sup>

La serotonina, el neurotransmisor que regula el humor y además regula los comportamientos impulsivos, juega un rol particularmente importante en la autolesión. Cuando un individuo es sujeto de niveles altos de estrés tiene menores niveles de serotonina. Los niveles bajos de serotonina están ligados a varios tipos de comportamiento impulsivo y falta de restricción, esto significa que las personas están más propensas a tomar riesgos y puede ser más difícil para las personas que se autolesionan resistir la urgencia de hacerlo de nuevo<sup>23</sup>. Se ha observado que una persona con niveles normales de serotonina expresa su irritabilidad gritando o aventando cosas por ejemplo. Sin embargo, si los niveles de este neurotransmisor

---

<sup>19</sup> Staats Reiss, N; Dombeck, M (2006): *Suicide an Self Harm*.[www.mentalhealth.net](http://www.mentalhealth.net)

<sup>20</sup> Pooley,E; Houston, K; Hawton, K; Harrison, P (2003): *Deliberate self – harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPH A779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes*. Psychological Medicine. Cambridge University Press. Vol 33. pag 775 – 783.

<sup>21</sup> Joyce, P; McKenzie, J; Mulder, R; Luty, S; Sullivan, P; Millar, A; Kennedy, M (2006): *Genetic, development and personality correlatos of self – mutilation in depressed patients*. Australian and New Zeland Journal of Psychiatry. Vol 40 (3). Pag 225 - 229

<sup>22</sup> Smith, G; Cox, D; Saradjian, J (1998): *Women and self–harm*. London: Women´s press

<sup>23</sup> Talbot, N; Siever, P; Frankle, L; Lombardo, I; Goodman, M; Hwang, H; Curry, S (2005): *Brain Serotonin Transporter Distribution in Subjects with impulsive aggressivity*. American Journal of Psychiatric. Vol 162(5). Pag 915 – 923

son bajos la agresión aumenta y la respuesta a la irritación va hacia la autolesión, el suicidio o atacar a otros.<sup>24</sup>

La personas con conducta autoagresiva tienen una menor cantidad de ácido 5 hidroxindolacético en el LCR<sup>25</sup> y también se encontró una baja respuesta de Prolactina al reto con d – fenfluramina lo que sugiere un déficit en toda la función de serotonina y principalmente en la función central pre – sináptica<sup>26</sup>. La conducta de autoagresión está relacionada negativamente con el número de sitios de unión de la imipramina en plaquetas lo cual demuestra también la disminución serotoninérgica.<sup>27</sup>

Los opioides endógenos producen un sentimiento positivo de calma y bienestar. Estos químicos son liberados cuando una persona siente peligro, o experimenta miedo y particularmente cuando experimenta dolor. Esto produce insensibilidad al dolor y ayuda al individuo a sobrevivir cuando tiene que lidiar con el peligro.<sup>28</sup>

No hay evidencia que demuestre que las personas pueden volverse adictas a opioides endógenos liberados como resultado de autolesión, sin embargo puede ser que el cuerpo empiece a esperar niveles mayores de opioides endógenos y se necesiten niveles mayores para lograr el mismo efecto.

La autolesión se asocia con otros efectos biológicos. El eje Hipotálamo - Pituitario - Adrenal (eHPA) controla las respuestas del organismo a situaciones estresantes actuales, anticipadas o potenciales. En respuesta al estrés este eje produce glucosa, cortisol y esteroides. Cada uno de los cuales prepara a nuestro organismo para “la pelea o la huida” incrementando el flujo de sangre y oxígeno a los músculos, incrementando la frecuencia cardíaca, dilatando las pupilas, mejorando la respuesta inmune e incrementando el estado de alerta.

El eHPA regula la habilidad para adoptarse a los estresores en el tiempo. La desregulación de este eje en personas susceptibles puede darse después de un evento

---

<sup>24</sup> Joyce, P; McKenzie, J; Mulder, R; Luty, S; Sullivan, P; Millar, A; Kennedy, M: Od. cit

<sup>25</sup> Mustaga, G (2006): *Clinical Evidence search Deliberate self – harm (and attempted suicide)*. Pag 1150 – 1154

<sup>26</sup> Mustaga, G: Id.

<sup>27</sup> Kees Van Heeringen (2003): *The Neurobiology of Suicide and Suicidality*. Can J Psychiatric. Vol 48. Pag 292 – 300

<sup>28</sup> Smith, G; Cox, D; Saradjian, J: Op. cit

traumático o estrés crónico. Sin embargo este estado de alerta no se puede mantener por mucho tiempo sin provocar enfermedad. Las personas que sufren de AAD tienen una mayor excreción de corticoides en la orina en periodos previos al episodio de autoagresión<sup>29</sup> lo cual demostraría el aumento en la función de este eje.

Al parecer hay menores niveles de norepinefrina en el locus ceruleus en personas con conducta autoagresiva.<sup>30</sup>

El sistema dopaminérgico también podría estar implicado. Se observan conductas autolesivas en individuos con Síndrome de Lesh Nyhan y algunas veces con el Síndrome de Tourette, los cuales son desórdenes en los que puede involucrarse alguna desregulación de la actividad dopaminérgica y una supersensibilidad del receptor de dopamina. Los antagonistas de la dopamina pueden tener algún grado de éxito en disminuir la autoagresión.<sup>31</sup>

Está claro que hay muchos componentes biológicos involucrados en la autoagresión. Entre ellos, se halló menor cantidad de colesterol y ácidos grasos esenciales en las personas con AAD.<sup>32</sup> Sin embargo, estas reacciones bioquímicas tienen que ser consideradas en relación a lo emocional, social y psicológico que son las causas que ocasionan que las personas se autolesionen en primer lugar.

## 2.2.- Presentación y Prevalencia

No se disponen de muchos datos acerca de la prevalencia de la AAD a pesar de que se ha observado que es una práctica que se está extendiendo entre los adolescentes y adultos jóvenes. Esto es debido a que, como se señaló anteriormente, este problema permanece oculto. Solo el 5% de las personas con AAD terminan en una sala de emergencia o en un centro asistencial<sup>33</sup>, pues la mayoría de pacientes se tratan a sí

<sup>29</sup> Sachsse, U; Von Der Heyde, S; Huether, G (2002): *Stress Regulation and Self – Mutilation*. Am J Psychiatric. Vol 159. Pag 672

<sup>30</sup> Staats Reiss, N; Dombeck, M: Op. cit

<sup>31</sup> Kees Van Heeringen: Op. cit

<sup>32</sup> Garland, M; Mrcpsych, M; Hallahan, B (2007): *Lipids and essential fatty acids in patients presenting with self – harm*. The British Journal of Psychiatry. Vol 190 pag 112 – 117

<sup>33</sup> Klonsky, D; Oltmanns, T; Turkheimer, E (2003): *Deliberate Self – Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlatos*. Am J Psychiatroc. Vol 160. pag 1501 – 1508

mismos o son tratados en casa y no llegarán a un centro asistencial. Por lo tanto muchos de los casos de autolesión no son contados en las estadísticas.

Hay algunos datos en países de Europa, Estados Unidos, Canadá y Australia. No se dispone de datos de nuestro país.

Las personas que se autolesionan y acuden a un centro de emergencia son predominantemente casos de envenenamientos o cortes profundos.

Se estima que aproximadamente 25 000 personas jóvenes son admitidos en los hospitales en el Reino Unido después de autolesionarse deliberadamente.<sup>34</sup>

En los estudios que se han realizado se muestra una prevalencia de AAD del 12 al 38%.<sup>35</sup> En el Reino Unido se determinó que 1 de cada 10 adolescentes se autolesiona en algún momento entre los 10 y 20 años de edad.<sup>36</sup>

Las tasas de autolesión son más altas entre los jóvenes con un promedio de edad de presentación inicial alrededor de los 12 años de edad. El caso de autolesión más temprano reportado es en un paciente de 7 años de edad.<sup>37</sup>

### **2.3.- Autoagresión y Suicidio**

La relación entre la autoagresión y el suicidio es compleja. A pesar de que muchos estudios sugieren que la autoagresión deliberada representa un método temporal de alivio al distres, las personas que presentan AAD están más propensas a tener posteriormente conductas suicidas.

El riesgo de suicidio después de AAD varía entre un 0.24% y 4.3%. Los siguientes factores indicarían un alto riesgo: adolescente tardío de sexo masculino, método violento de autoagresión, múltiples episodios previos de AAD, apatía, desesperanza,

---

<sup>34</sup> Hawton, K; Rodham, K; Evans, E (2002): *Deliberate self – harm in adolescents: self report survey in schools in England*. BMJ. Vol 325. pag 1207 – 1211

<sup>35</sup> Whitlock, J; Eckenrode, J; Silverman, D: Op. cit

<sup>36</sup> Brophy. M: Op. cit

<sup>37</sup> Brophy. M: Op. cit

insomnio, consumo de sustancias y una hospitalización por algún problema psiquiátrico.<sup>38</sup>

### III. DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

La depresión es una enfermedad común y persistente en la juventud, afecta entre un 5 y 10% de los adolescentes<sup>39</sup>. Las tasas de depresión prepuberal es similar para niños y niñas, sin embargo, las tasas de depresión son el doble en las mujeres después de la pubertad. El ambiente hormonal y ambiental influye y se piensa que contribuyen en el incremento de la depresión en adolescentes de sexo femenino.<sup>40</sup>

Las tasas de depresión aumentan dramáticamente a medida que el niño avanza hacia la adolescencia. La comorbilidad como abuso de sustancias o desórdenes de ansiedad incrementan el riesgo de depresión en dos o tres veces<sup>41</sup>. Un estimado de 10 a 20% de los adolescentes ha tenido por lo menos un episodio depresivo mayor durante su vida al llegar a los 18 años.<sup>42</sup>

Un episodio depresivo no tratado, puede durar de 7 a 9 meses, y aproximadamente el 50% de los pacientes recaerán dentro de los 5 años después de su primer episodio<sup>43,44</sup>. La depresión compromete el proceso de desarrollo, con dificultad en la concentración y motivación llevando a un desempeño académico pobre, rol social disminuido, pobre autoestima y un mayor riesgo de suicidio.

#### 3.1.- Etiología y Factores de riesgo

La depresión en los adolescentes usualmente surge de una combinación de vulnerabilidad genética, experiencias subóptimas en el desarrollo temprano y exposición al estrés.<sup>45</sup>

---

<sup>38</sup> Hawton, K; Rodham, K; Evans, E (2005): *Suicide and deliberate self harm in young people*. BMJ. Vol 330. pag 891 – 894

<sup>39</sup> Dopheide, J (2006): *Recognizing and treating depresión in children and adolescents*. Am J health Syst Pharm. Vol 63. psg 233 – 243

<sup>40</sup> Brent, D; Birmaher, B (2002): *Adolescent Depression*. New England Journal of Medicine. Vol 37. No 9. pag 98 – 108

<sup>41</sup> Brent, D; Birmaher, B: Op. cit

<sup>42</sup> Rosenberg, M; Russell, Y (2004): *Reduced anterior cingulated glutamatergic concentrations in childhood OCD and major depression versus healthy controls*. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatric. Vol 43 (11) pag 46 – 53

<sup>43</sup> Brent, D; Birmaher, B: Id.

<sup>44</sup> Dopheide, J: Op. cit

<sup>45</sup> Brent, D; Birmaher, B: Id.

La juventud que esta involucrada en comportamientos como intimidación o abuso de sustancias y aquellos con quejas somáticas frecuentes, tienen mayores tasas de síntomas depresivos comparados con aquellos que no presentan este tipo de comportamientos.

Una alta carga familiar para un trastorno de ánimo (por ejemplo al menos un pariente de primer grado o un pariente de segundo grado con un trastorno de ánimo), madre con trastorno de ansiedad y un desorden conductual del niño incrementa el riesgo de padecer depresión en 3 veces<sup>46</sup>. La heredabilidad de la depresión puede incrementarse con la edad, pero los hallazgos de estudios genéticos son inconsistentes. La depresión recurrente puede tener una asociación familiar más fuerte comparada con un único episodio depresivo.<sup>47</sup>

Los individuos con predisposición a la depresión tienen un estilo cognitivo caracterizado por un punto de vista pesimista de los eventos en general<sup>48</sup>. Este estilo cognitivo precede el inicio de la depresión y parece ser independiente de los eventos recientes de la vida y estrés actual. Los eventos estresantes en la vida pueden gatillar la primera ocurrencia de la depresión, pero son raramente suficientes por sí mismos para causar depresión. Menores niveles de estrés son necesarios para provocar episodios subsecuentes de enfermedad.

Otros factores de riesgo para el desarrollo de la depresión incluye: predisposición genética, estresores psicosociales como enfermedad materna mental, falta de comunicación con los padres, condiciones de vida poco seguras, abuso físico o sexual y pérdida de uno de los padres ya sea por muerte o divorcio.

### **3.2.- Neurobiología de la depresión**

Los estudios con Resonancia Magnética Nuclear han mostrado daños en los cerebros de adolescentes deprimidos comparados con los no deprimidos. El volumen de la corteza subgenual prefrontal izquierda esta disminuido en mujeres con

---

<sup>46</sup> Sugden, C; Moffitt, T (2003): *Influence of lifes stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5 – HTT gene*. Science. Vol 301. pag 386 – 389

<sup>47</sup> Hazel, P (2006): *Clinical Evidence search and appraisal – Depression in Children and Adolescents*. BMJ.pag 947 – 949

<sup>48</sup> Hazel, P: Id.

depresión mayor que se inició en la adolescencia comparado con los controles sanos. Las concentraciones glutamatergicas en la corteza cíngulo anterior fueron significativamente menores en niños con depresión comparados con un grupo control de la misma edad. Una menor secreción de la hormona de crecimiento se asocia con un riesgo incrementado de depresión en la juventud.<sup>49</sup>

Se encontró un volumen menor del hipocampo en mujeres deprimidas con una historia de abuso severo y prolongado durante la niñez, pero no en mujeres no deprimidas que no habían tenido ese antecedente.

Otro estudio encontró una amígdala de menor volumen en 20 niños y adolescentes con depresión mayor en comparación con 20 controles sanos. El volumen del hipocampo no difiere en ambos grupos. Hay una evidencia creciente de una relación entre un trauma temprano en la juventud, la enfermedad depresiva y los cambios cerebrales morfológicos.<sup>50</sup>

Los estudios neurogenéticos proveen evidencia adicional para las biológicas de la depresión. Se encontró un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de serotonina que modula la influencia de los eventos estresantes de la vida y el desarrollo de la depresión. Se hizo un estudio en 1037 niños para la depresión y eventos estresantes en la vida a las edades de 3,5,7,9,11,13,15,18,21 y 26 años.

Estos niños fueron divididos en tres grupos en base al genotipo de su región promotora ligada a la serotonina: aquellos con dos copias del alelo S, aquellos con una copia del alelo S y aquellos con dos copias del alelo L. El impacto de los eventos de la vida en los auto reportes de síntomas depresivos fue significativamente mas fuerte entre los individuos portadores de un alelo S que en aquellos homocigotos LL.<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> Hazel, P: Id

<sup>50</sup> Hazel, P: Op. cit

<sup>51</sup> Sugden, C; Moffitt, T: Op. cit

La desregulación de la serotonina esta implicada en la fisiopatología de la depresión en los jóvenes, y los antidepresivos más efectivos modulan la transmisión de serotonina.<sup>52</sup>

### 3.3.- Cuadro clínico

A comparación de la depresión en los adultos, la depresión en los adolescentes tiene una forma de inicio insidioso, que pueda estar caracterizada más por irritabilidad que tristeza y ocurre más frecuentemente en asociación con otras condiciones como ansiedad, desordenes de la conducta, hiperquinesia y problemas de aprendizaje.

Los adolescentes deprimidos desarrollan disturbios del apetito y del sueño y sin propensos a un comportamiento irresponsable e impulsivo, delusiones, ideación y actos suicidas y disminución en su desempeño general. Los adolescentes deprimidos presentan más alteraciones del comportamiento y menores síntomas neurovegetativos (por ejemplo baja energía o enlentecimiento psicomotor) que lo que presentan los adultos con depresión.

El término “*depresión mayor*” se usa para distinguir episodios aislados de depresión del ánimo deprimido crónico (más de un año) o irritabilidad que se conoce como distimia.

Los criterios de Depresión Mayor según la DSM – IV TR son<sup>53</sup>:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

✓ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

---

<sup>52</sup> Brent, D; Birmaher, B: Op. cit

<sup>53</sup> Llaza, G: Op. cit

- ✓ Disminución acusada de interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
  - ✓ Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso deseables.
  - ✓ Insomnio o hipersomnia casi cada día.
  - ✓ Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
  - ✓ Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  - ✓ Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
  - ✓ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya se una atribución subjetiva o una observación ajena).
  - ✓ Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

### 3.4.- Distimia

El trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que ocurre en 0.6 – 6.4% de los niños y 1.6 – 8% de los adolescentes.<sup>54</sup> Si bien los síntomas son menos graves que los observados en la depresión mayor, el trastorno distímico que comienza en la infancia se caracteriza por un humor depresivo o irritable persistente y a largo plazo, un peor pronóstico que la depresión mayor y con frecuencia que las enfermedades comórbidas. Los objetivos principales del tratamiento deben ser la resolución de los síntomas depresivos, la reducción del riesgo de aparición de otros trastornos del estado de ánimo y el fortalecimiento del funcionamiento psicosocial, especialmente en niños y adolescentes a fin de evitar secuelas potencialmente graves.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV) el diagnóstico de trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes pueden realizarse con pocas modificaciones respecto de los adultos. Es posible establecer el diagnóstico de trastorno distímico frente a la presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, en la mayoría de los días durante un período de al menos un año en niños y dos años en adultos, en ausencia de episodios maníacos o hipomaníacos y depresión mayor.

Luego del primer año del trastorno distímico pueden sobreañadirse episodios de depresión mayor; en estos casos se realiza el diagnóstico de depresión doble. Los criterios diagnósticos adicionales para el inicio temprano del trastorno distímico en niños y adolescentes y en adultos son idénticos y requieren dos de seis de los siguientes síntomas: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersonnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. En comparación con los niños con depresión mayor, aquellos con trastornos distímicos parecen tener menos síntomas melancólicos y una menor prevalencia de culpa, preocupaciones mórbidas o deterioro en la concentración. La reducción del apetito está virtualmente ausente en los pacientes pediátricos con distimia y poco experimentan hiposomnia y fatiga,

---

<sup>54</sup> Cheung, A; Zuckerbrot, R; Jensen, P; Ghalib, K; Laraque, D; Stein, R (2007): *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care: Treatment and Ongoing Management*. Pediatrics. Vol 120. pag 1313 – 1326

mientras que la conducta desobediente, probablemente como consecuencia del humor irritable, es el signo más prevalente. La edad media del comienzo del trastorno distímico oscila entre  $10.1 \pm 4.9$  y  $13.8 \pm 3.1$ , es significativamente menor que la observada en la depresión mayor y la presencia de distimia no influye sobre la edad en la cual aparece el primer episodio de depresión mayor.<sup>55</sup> El trastorno distímico en los adolescentes, el índice mujer/varón es aproximadamente 2:1, similar a lo observado en adultos.<sup>56</sup>

Las comorbilidades son frecuentes en niños y adolescentes con distimia tanto al inicio como durante el curso natural de la enfermedad (casi el 50% de los pacientes) e incluyen trastornos psiquiátricos y conductas patológicas tales como: trastornos de ansiedad (40%), problemas de conducta (30%) o drogadicción, déficit de atención con hiperactividad (30%), enuresis o encopresis (15%); el 15% presenta dos o más trastornos comórbidos. Al igual que para el trastorno depresivo mayor, la presencia de comorbilidades para ser un factor predictivo de tratamiento adicional durante la fase aguda y una peor respuesta a la terapia durante el seguimiento.<sup>57</sup>

### 3.5.- Severidad de la depresión <sup>58</sup>

La severidad de la depresión puede definirse por el nivel de disminución en su desempeño o la presencia o ausencia de cambios psicomotores o síntomas somáticos.

En algunos estudios la severidad de la depresión es definida de acuerdo a las escalas de depresión.

Entre ellas tenemos a la Escala Autoaplicada de Severidad de Zung, desarrollada por Zung en 1965. Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

---

<sup>55</sup> Cheung, A; Zuckerbrot, R; Jensen, P; Ghalib, K; Laraque, D; Stein, R: Op. cit

<sup>56</sup> Brent, D; Birmaher, B: Op. cit

<sup>57</sup> Brent, D; Birmaher, B: Op. cit

<sup>58</sup> Llaza, G: Op. cit

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tiene gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 a 80 puntos.

No depresión 40 puntos

Depresión leve 41 – 47 puntos

Depresión moderada 48 – 55 puntos

Depresión grave > 55 puntos

- **Fiabilidad:** Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0.70 – 0.80 en la fiabilidad dos mitades, índice  $\alpha$  de Crombach entre 0.79 y 0.92.<sup>59</sup>
- **Validez:** Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80<sup>60,61</sup>. Infiere sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico<sup>62</sup>. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, sí muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de

---

<sup>59</sup> Llaza, G: Op. cit

<sup>60</sup> Brent, D; Birmaher, B: Op. cit

<sup>61</sup> Raichle, B (2002): *Volumetric reduction in left subgenual prefrontal cortex in early depression*. Biol psychiatric. Vol 51. pag 342 – 344

<sup>62</sup> Raichle, B: Id.

casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

### 3.6.- Tratamiento<sup>63,64</sup>

Las opciones de tratamiento efectivas y de primera línea para la depresión en adolescentes son terapia cognitiva conductual, psicoterapia, antidepresivos e intervención psicosocial o una combinación de estas opciones.

#### Intervenciones no farmacológicas

- I. **La terapia cognitivo conductual** (TCC) es el tratamiento de primera línea para adolescentes con depresión, con tasas de eficacia de 60 a 70%<sup>65</sup>. La TCC es superior a la terapia interpersonal y otras intervenciones psicoterapéuticas no específicas, como terapia familiar, de soporte o psicodinámica, al aliviar los síntomas de depresión mayor no psicótica. La TCC enseña a los pacientes como identificar y contrarrestar las distorsiones en la forma como ellos se miran a si mismos y a las circunstancias.
- II. **La psicoterapia interpersonal** enfoca en las áreas de problema, roles interpersonales, transiciones y disputas. La psicoterapia interpersonal puede ser tan efectiva como los antidepresivos para el tratamiento de la depresión leve o moderada en los jóvenes.

#### Intervenciones farmacológicas

##### a) Inhibidores de la Recaptación de Serotonina

- ❖ **Fluoxetina:** es el único antidepresivo aprobado por la FDA para el tratamiento de niños de 8 a más años. La dosis administrada es de 10 a 40 mg/día. En los estudios realizados la ideación suicida mejoró.

---

<sup>63</sup> Hazel, P: Op. cit

<sup>64</sup> Dopheide, J: Op. cit

<sup>65</sup> Talbot, N; Siever, F; Lombardo, W; Goodman, M; Hwang, H (2005): *Brain serotonin transporter distribution in subjects with impulsive. Aggressivity*. American Journal of Psychiatric. Vol 162 (5). Pag 915 – 923

- ❖ **Sertralina:** la evidencia de uso para el tratamiento de la depresión en jóvenes no es aún muy robusta. La FDA advierte acerca del incremento de suicidios con el uso de sertralina. Otros efectos adversos son insomnio, diarrea, anorexia, vómitos, agitación, incontinencia urinaria.
- ❖ **Paroxetina:** no se debe usar en el tratamiento de la depresión de niños ni adolescentes. Se ha observado en los estudios una falta de superioridad sobre el placebo en el tratamiento de la depresión además hay un riesgo incrementado de comportamiento suicidas cuando se le compara con otros IRRS.
- ❖ **Citalopram:** No se ha demostrado una efectividad clara en el tratamiento de la depresión de niños y adolescentes.
- ❖ **Fluvoxamina:** No se ha estudiado en el tratamiento de la depresión en adolescentes. Sin embargo se ha demostrado su efectividad en desordenes de ansiedad, desordenes de ansiedad social, ansiedad de separación y TOC. Además ha sido efectivo al disminuir los síntomas de ansiedad y depresión asociados con bulimia en adolescentes.

#### b) Inhibidores duales de recaptación

- ❖ **Bupropion:** No se ha demostrado su eficacia. Se ha sugerido su uso como una opción para el tratamientote depresión refractaria o IRSS.
- ❖ **Ventafaxina:** No hay literatura que describa la eficacia en depresión en adolescentes.
- ❖ **Nefazodona, Trazodona y Mirtazapina:** No hay evidencias.

### c) Antidepresivos Tricíclicos

No hay diferencias significativas en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes.

#### 3.7.- Pronostico

En niños y adolescentes, la tasa de recurrencia después de un primer episodio depresivo es 40%.<sup>66</sup> Las personas jóvenes que experimentan un episodio depresivo moderado o severo pueden ser más propensos que los adultos a tener episodios maníacos en los siguientes años.

Los ensayos de tratamientos han encontrado altas tasas de respuesta al placebo (tan altas como dos tercios en algunos estudios en pacientes hospitalizados), sugiriendo que los episodios de depresión pueden autolimitarse en muchos casos. Un tercio de las personas jóvenes quienes han experimentado un episodio depresivo tendrán un intento de suicidio en algún momento, y 3 a 4% de ellos morirán suicidándose<sup>67</sup>.

El pensamiento e intento suicidas son comunes en los jóvenes con o sin depresión. 19% de adolescentes de 15 a 19 años presentan ideación suicida, y 9% intentan suicidarse cada año. Si están deprimidos esto se incrementa; un 35 a 50% intentarán suicidarse, y 2 a 8% concretarán el suicidio en una década. Los estudios longitudinales han encontrado tasas incrementadas de comportamientos suicidas en adolescentes que están asociadas con una historia familiar de suicidio, abuso sexual, factores de personalidad, fracaso escolar, desordenes de conducta no tratados y depresión.<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> Hazel, P: Op. cit

<sup>67</sup> Hazel, P: Op. cit

<sup>68</sup> Dopheide, J: Op. cit

### 3. Antecedentes Investigativos

A nivel Internacional encontramos los siguientes estudios:

- **Brophy, Marcia. Truth Hurts (La verdad duele) – Report of the National Inquiry Into Self – Harm among Young People. 2007:** Estudio realizado en el Reino Unido durante dos años en diferentes colegios del país como parte de su política nacional de Salud Mental. Este estudio se enfocó en buscar las respuestas a cuatro interrogantes básicas: ¿Qué es la autoagresión deliberada? ¿Qué tan común es entre los jóvenes? ¿Cómo se puede prevenir? Y ¿Qué actitudes se pueden tomar frente a las personas que se autolesionan?. Se concluyó que la autoagresión deliberada es un mecanismo de defensa maladaptativo que consiste en hacerse daño a si mismo para aliviar tensiones emocionales sin intención suicida y que se realiza en forma privada. En el Reino Unido se presenta en 1 de cada 15 adolescentes.

- **Madge, Nicola. Estudio CASE (autoagresión en niños y adolescentes de Europa) – Child and Adolescent Self – harm in Europe. 2005:** Estudio multinacional realizado en 7 países de Europa en 30 437 jóvenes. Se encontró que los factores asociados a Autoagresión entre los varones fueron: un miembro de la familia que haya intentado suicidio o autolesión deliberada, uso de drogas, baja autoestima y baja autoimagen. En cuanto a las mujeres también se relaciona con intentos de suicidio o autolesión entre familiares o amigos, baja autoestima o verse feas, consumo de tabaco o drogas, preocupación por la orientación sexual, alta impulsividad y niveles altos de ansiedad.

- **Hawton, Keith; Rodham, Karen; Evans, Emma. Autoagresión deliberada en adolescentes: Encuesta autoaplicada en colegios de Inglaterra. 2002:** Se encontró un 6.9% de adolescentes que habían tenido conducta autoagresiva. De ellos sólo un 12.6% terminó en el hospital. La autoagresión deliberada es más común en mujeres que en hombres.

- **Young, Robert; Sweeting, Helen and West, Patrick. Prevalencia de autoagresión deliberada e intento de suicidio en jóvenes de la subcultura gótica: Estudio de Cohorte Longitudinal. 2006:** Este estudio transversal muestra que los adolescentes identificados con la subcultura gótica tenían una

alta frecuencia de autoagresión deliberada e intento de suicidio, con frecuencia de 53% y 47% respectivamente.

- **Whitlock, Janis; PhD, MPH; Eckenrode, Johan; PhD and Silverman, Daniel; MD, MPA. Conductas autoagresivas en una población de estudiantes. 2006:** Se encontró que la prevalencia de un incidente de autoagresión deliberada fue del 17%. El 75% de los estudiantes con conducta autoagresiva lo hicieron más de una vez. El 36% de los estudiantes encuestados dijeron que nadie sabía de sus conductas autoagresivas y solamente un 3.29% indicó que un médico conocía de su problema.

A nivel de América Latina, no se encuentran ningún tipo de estudio acerca de este problema de Salud Mental.

#### 4. Objetivos

- 1) Determinar la prevalencia de autoagresión deliberada en los adolescentes que estudian en ambas Instituciones Educativas
- 2) Identificar las características de la autoagresión deliberada en los adolescentes de ambas Instituciones Educativas
- 3) Establecer los niveles de depresión en los estudiantes de dichas Instituciones Educativas
- 4) Relacionar la autoagresión deliberada y la presencia de síntomas depresivos

#### 5. Hipótesis

Dado que la autoagresión deliberada se produce como un mecanismo de defensa maladaptativo ante sentimientos difíciles:

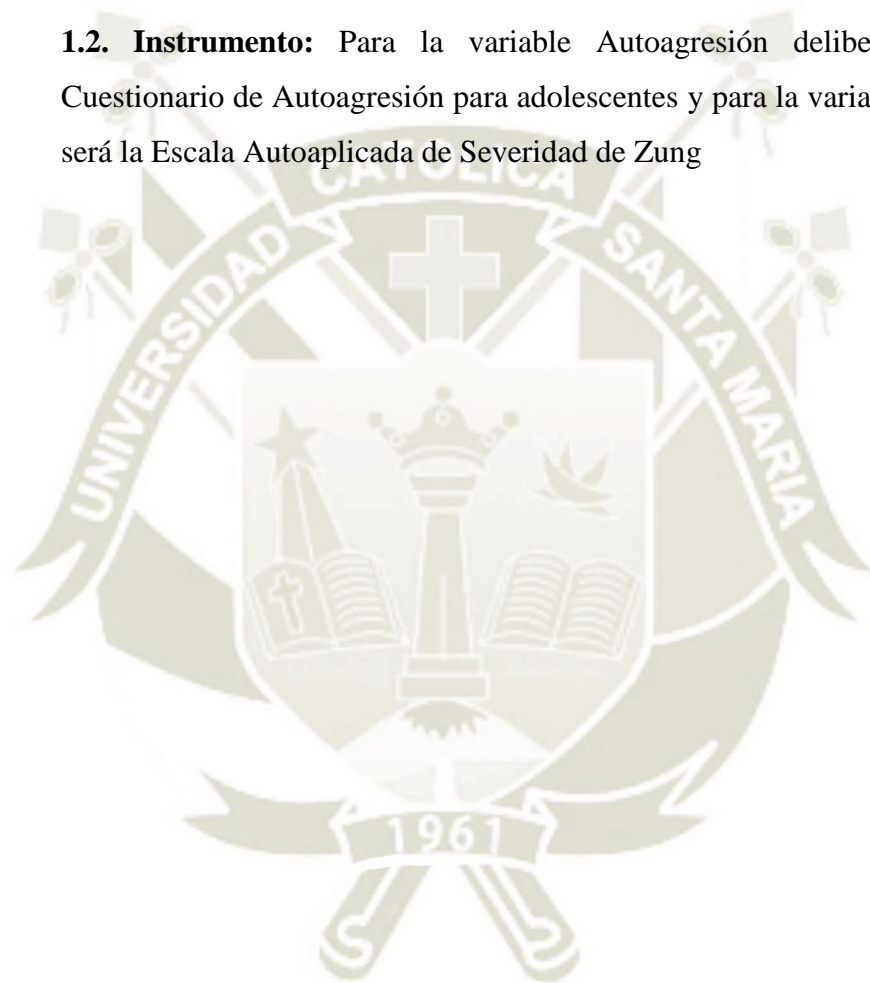
Es probable que la presencia de síntomas depresivos en la población de adolescentes se encuentre asociado a la conducta autoagresiva deliberada.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**1.1. Técnica:** Para la recolección de datos se utilizará la técnica del Cuestionario.

**1.2. Instrumento:** 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



### ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ITEMS
Unidades de estudio	Edad	Cuestionario	Cedula de preguntas	1
	Sexo			2
	Situación familiar			3

VARIABLE	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ITEMS
Autoagresión Deliberada	Presencia de acciones deliberadas para provocarse dolor o dolor físico sin desenlace final	Cuestionario	Cedula de preguntas: Cuestionario de Autoagresión para adolescentes	4
	Inicio de autoagresión deliberada			5
	Frecuencia de autoagresión			6
	Forma usada para autoagredirse			7
	Lugar donde se autoagrede			8
	Persona con la que se autoagrede			9
	Conocimiento de su conducta autoagresiva por otras personas			10
Niveles de Depresión	Escala de depresión de Zung		Cedula de preguntas: Escala Autoaplicada de Severidad de Zung	11

## 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** La investigación tendrá lugar en las instalaciones de las Instituciones Educativas: Simón Bolívar y la Unidad Escolar Mariano Melgar, ubicadas en la Av. Simón Bolívar s/n y en la Av. Jesús s/n – Mariano Melgar, respectivamente, de la ciudad de Arequipa.

**2.2. Ubicación temporal:** El horizonte temporal de la investigación está referido al presente entre Octubre del 2012 a Enero del 2013, por lo tanto es un estudio coyuntural.

### 2.3. Unidades de estudio:

- a. Universo: Todos los adolescentes de ambos sexos (10 a 19 años)
- b. Población Blanco: Todos aquellos que presenten Autoagresión Deliberada.
- c. Población Accesible: Todos los adolescentes (10 a 19 años) de las Instituciones Educativas Simón Bolívar y la Gran Unidad Escolar Mariano Melgar
  1. Institución Educativa Unidad Escolar Mariano Melgar: 856 alumnos
  2. Institución Educativa Simón Bolívar: 392 alumnos
- d. Muestra: Se ha determinado una muestra de 343 estudiantes de ambas instituciones educativas, utilizando el criterio de margen de confianza de 95.5%, con un margen de error de  $\pm 5\%$  según las tablas de Arkin y Colton, siendo el muestreo al azar simple.

### 1) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adolescentes (10 a 19 años) de ambos sexos, pertenecientes a ambas Instituciones Educativas mencionadas.

### 2) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Sujetos que no deseen participar en el estudio y que no se encuentren presentes el día de la aplicación del cuestionario.
- Adolescentes que hayan tenido algún intento de suicidio.

## 3. Estrategia de recolección de datos

### 3.1. Organización:

Solicitar permisos: al Director de las Instituciones Educativas, para realizar los cuestionarios en dichas instituciones.

Una vez obtenida la autorización para la ejecución del proyecto, se procederá con tal.

Se procederá a explicar a los adolescentes el motivo de la investigación y se les invitará a participar respondiendo a los cuestionarios.

Se procederá a la recolección de casos de adolescentes con el diagnóstico de Autoagresión Deliberada, haciendo uso del cuestionario respectivo. Así mismo se procederá a aplicar la Escala de Zung para recoger información de adolescentes que presenten síntomas depresivos.

En cada caso de adolescente que se diagnostique Autoagresión Deliberada se evaluará las siguientes características: Edad, sexo, situación familiar, tiempo de autoagresión, frecuencia de autoagresión, lugar de la autoagresión, persona con la que se autoagrede, modo de autoagresión, conocimiento de su

autoagresión por otra persona y finalmente privacidad en el momento de la autoagresión.

El análisis y procesamiento de datos se realizará tomando en cuenta las variables de interés, para por último pasar a la parte estadística y elaborar el informe final.

### 3.2. Recursos:

#### A.- Humanos:

- Autor: Miguel Angel Arce Pamo

#### B.- Materiales:

- Disponibilidades ambientales e infraestructurales:  
Aulas de las Instituciones Educativas Simón Bolívar y la Unidad Escolar Mariano Melgar.
- Equipos y Mobiliario: escritorio, silla
- Material de escritorio: lapicero, lápiz, cuaderno, borrador
- Documentos: Cuestionarios validados, lista de alumnos por año.

#### C.- Económicos: Autofinanciado

**D.- Instituciones:** Institución Educativa Simón Bolívar y la Unidad Escolar Mariano Melgar, U.C.S.M.

### 3.3. Validación de los instrumentos:

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. .

### **3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados:**

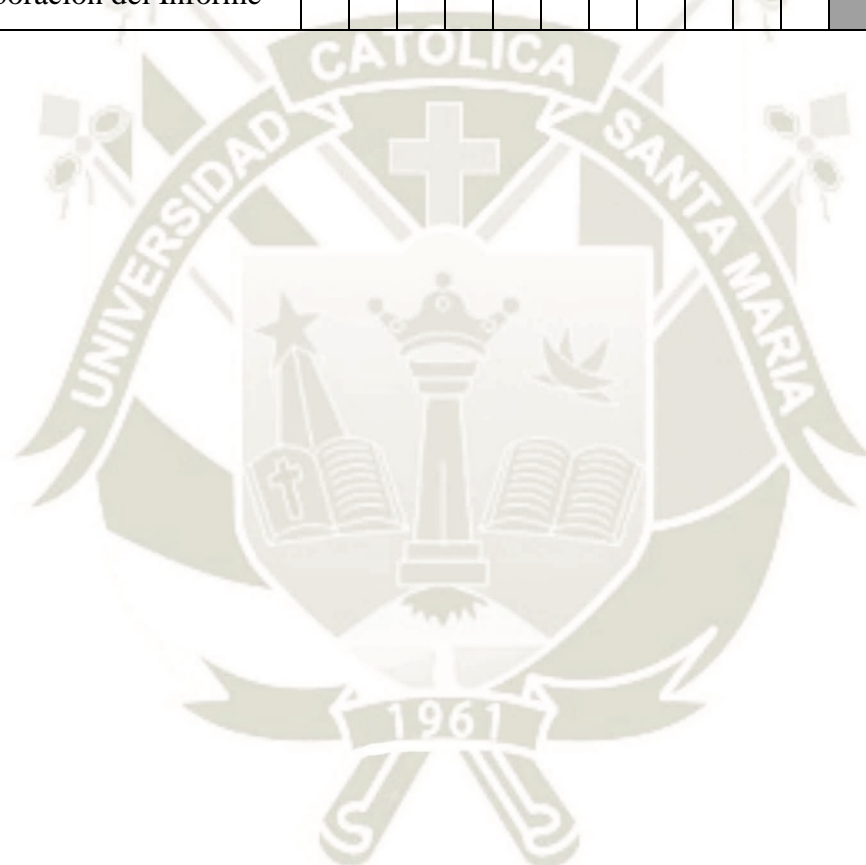
Se realizará la tabulación de los datos para luego crear una base de datos en el programa Excel 2003 para Windows XP. Las tablas estadísticas de distribución de frecuencias y porcentajes se obtendrán con aplicación del paquete estadístico SPSS versión 15. Luego se aplicará sobre estas, la prueba estadística de Chi Cuadrado para establecer la existencia o no de relación entre las variables. Si se encuentra asociación significativa entre las variables se procederá a realizar la Prueba de Odds ratio para ver el riesgo.

La presentación de los resultados está en función de su claridad y suficiencia. Para ello nos remitiremos a los objetivos propuestos. La forma será mediante tablas con su comentario respectivo y comparación con otros resultados de otros estudios o referencias.

Forma del PROPÓSITO ESTADÍSTICO: Medición de Frecuencias o Magnitudes. Uso de la prueba del Chi Cuadrado En esta investigación está señalado en los objetivos.

#### IV. CRONOGRAMA DEL TRABAJO

ACTIVIDADES	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elaboración del Proyecto	■	■	■	■												
2. Desarrollo del Proyecto																
- Recolección de datos					■	■	■	■								
- Sistematización									■	■	■	■				
- Conclusiones y sugerencias													■	■	■	■
3. Elaboración del Informe													■	■	■	■



## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE AUTOAGRESIÓN PARA ADOLESCENTES

Este cuestionario tiene como finalidad determinar la presencia de algunos problemas emocionales. Este cuestionario es anónimo, por lo que puede responder con toda sinceridad.

**SEXO:** Masculino ( ) Femenino ( )

**EDAD:**..... años

**USTED VIVE CON:**

- a) Ambos padres
- b) Uno de sus padres
- c) Un padre y un padrastro
- d) Con otros familiares
- e) Solo

---

1.- ¿Alguna vez ha hecho alguna de las siguientes acciones para provocarse daño o dolor?

- a. Rascarse o pincharse con sus uñas y objetos puntiagudos hasta que queden marcas en su piel o sangrar.
- b. Golpearse con sus puños o con objetos.
- c. Quemarse la piel con encendedores, fósforos, cigarrillos u otros objetos calientes.
- d. Frotado objetos filudos en la piel.
- e. Jalado o arrancado su pelo.
- f. Tallado palabras o símbolos en su piel con la punta de un lápiz, aguja clavo, compás u otros objetos similares.
- g. Ingerido alguna sustancia a pesar de saber que le haría mal.

Si la respuesta es si, marque con un círculo en las letras de las acciones que haya realizado. Si recuerda otras formas en las que se ha hecho daño escríbalas:

.....

2.- ¿Cuántas veces se ha hecho daño en el último año? .....

3.- ¿Desde que edad se hace daño? .....

4.- Cuando usted se lesiona lo hace para: (marque las que considere con su caso)

- a. Sentirse menos deprimido
- b. Hacerse daño porque lo merece
- c. Deshacerse de sus frustraciones
- d. Para reducir el dolor emocional que siente
- e. Para expresar su cólera hacia otras personas
- f. Para relajarse
- g. Matarse
- h. Para sentir algo, porque con el dolor emocional me siento como anestesiado

i. Otro: .....

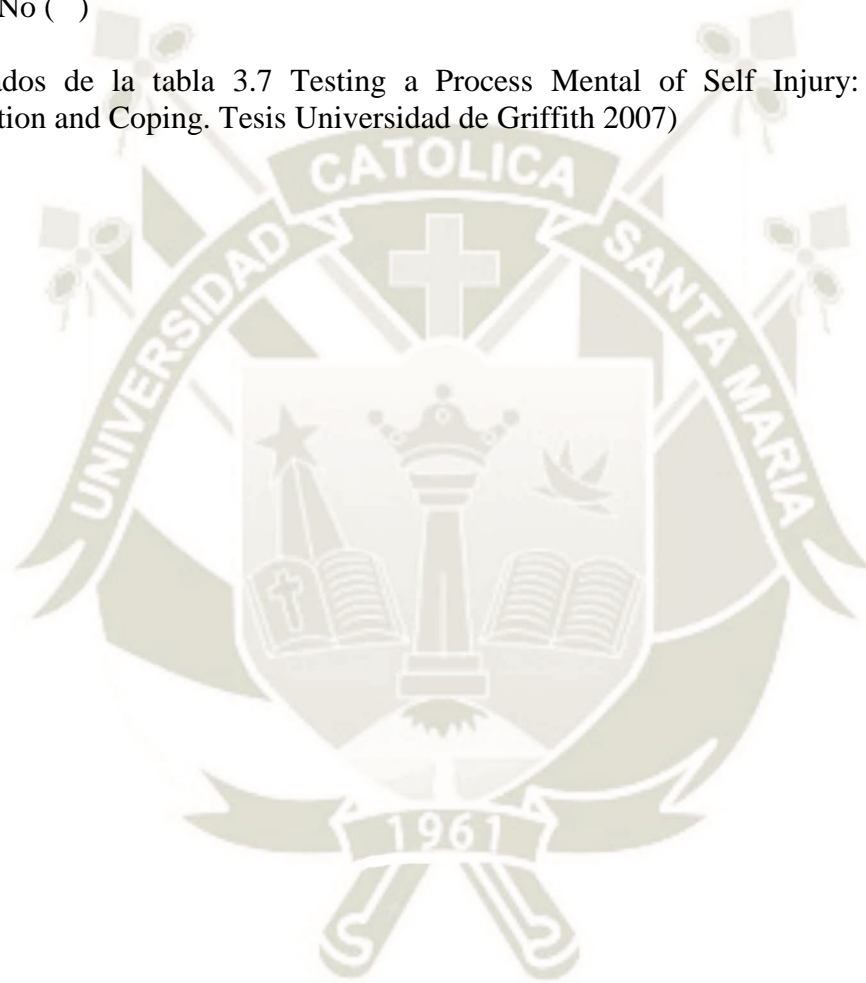
5.- Cuando se lesiona

- a. Lo hace solo ( ) o en compañía ( )
- b. Se esconde ( ) o lo hace en público ( )

6.- ¿Le ha contado a alguien acerca de esto?

- a. Si ( ) ¿A quién? .....
- b No ( )

(Tomados de la tabla 3.7 Testing a Process Mental of Self Injury: Stress, Afect regulation and Coping. Tesis Universidad de Griffith 2007)



### ANEXO 3

## CUESTIONARIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS Y SU CALIFICACION SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG

Marcar con una X en la alternativa más adecuada que le parezca a usted:

	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre
Me siento abatido y melancólico				
En la mañana me siento mejor				
Tengo episodios de llanto o deseos de llorar				
Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
Como igual que antes				
Tengo ganas de salir con personas del sexo opuesto				
Noto que estoy perdiendo peso				
Noto molestias de estreñimiento				
El corazón me late mas aprisa que de costumbre				
Me canso aunque no haga nada				
Tengo la mente tan clara como antes				
Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba a hacer				
Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
Tengo esperanza en el futuro				
Estoy más irritable de lo usual				
Me resulta fácil tomar decisiones				
Siento que soy útil y necesario				
Mi vida tiene bastante interés				
Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
Todavía disfruto con las mismas cosas que disfrutaba antes				

## ANEXO 4

### CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

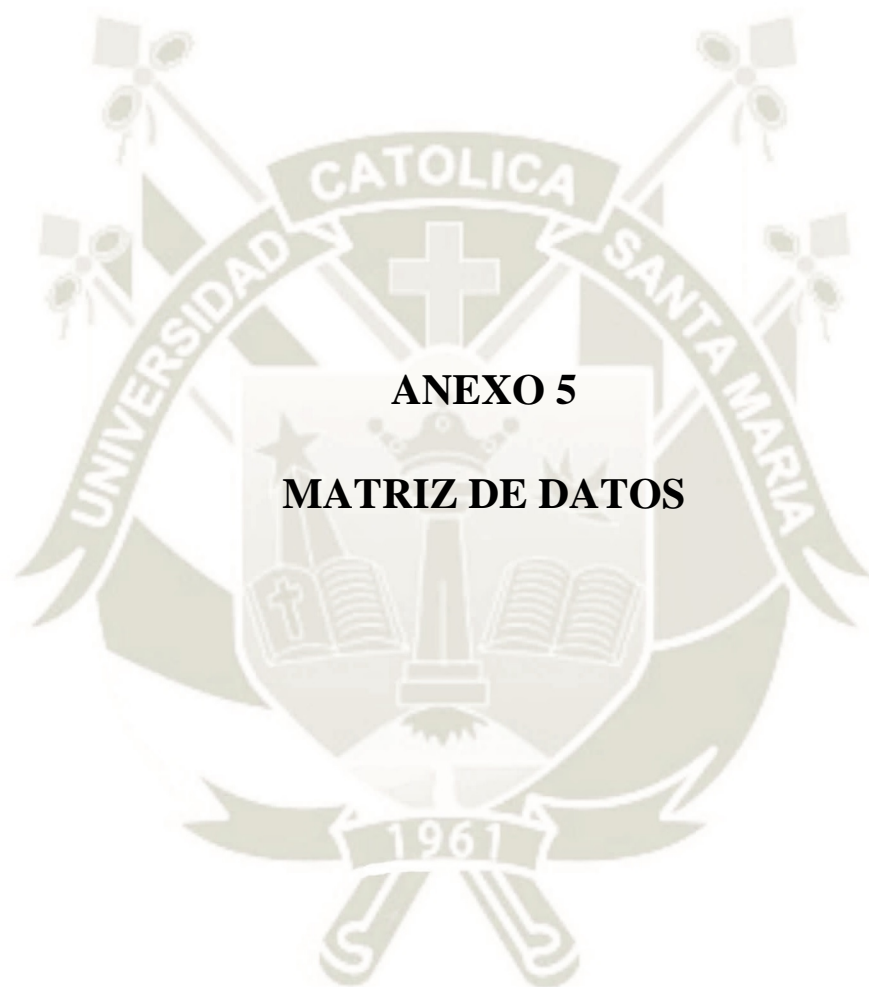
	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre
Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
En la mañana me siento mejor	4	3	2	1
Tengo episodios de llanto o deseos de llorar	1	2	3	4
Me cuesta trabajo dormirme en la noche	1	2	3	4
Como igual que antes	4	3	2	1
Tengo ganas de salir con personas del sexo opuesto	4	3	2	1
Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
Noto molestias de estreñimiento	1	2	3	4
El corazón me late mas aprisa que de costumbre	1	2	3	4
Me canso aunque no haga nada	1	2	3	4
Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba a hacer	4	3	2	1
Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
Estoy más irritable de lo usual	1	2	3	4
Me resulta fácil tomar decisiones	4	3	2	1
Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
Mi vida tiene bastante interés	4	3	2	1
Siento que los demás estarían mejor si yo muriera	1	2	3	4
Todavía disfruto con las mismas cosas que disfrutaba antes	4	3	2	1

#### INTERPRETACIÓN:

- a. Puntaje total
  - 20 – 40: Normal
  - 41 – 47: Depresión leve
  - 48 – 55: Depresión moderada
  - > 55: Depresión severa
- b. Puntuación normalizada (Índice SDS)
  1. Índice SDS =  $(\text{Puntaje total}/80) \times 100$
  2. Índice SDS =  $\text{Puntaje total} \times 1.25$

Índice SDS: < 50: Normal

  - 51 – 59: Depresión leve
  - 60 – 69: Depresión moderada
  - > 69: Depresión severa



Ficha	Sexo	Edad	Tipo de Familia	Audiogresión	Item 2a	Item 2b	Item 2c	Item 2d	Item 2e	Item 2f	Item 2g	Item 2h	Número de veces	Edad de inicio	Item 5a	Item 5b	Item 5c	Item 5d	Item 5e	Item 5f	Item 5g	Item 5h	Item 5i	Item 5j	Item 5k	Item 5l	Item 5m	Persona	Lugar	Contío	Familiares	Amigos	Pareja	Personal Salud	Puntaje Zung	Nivel de Depresión		
1	1	17	1	2																															26	Normal		
2	1	17	1	2																																25	Normal	
3	2	16	1	2																																33	Normal	
4	1	15	1	2																																36	Normal	
5	2	17	1	2																																32	Normal	
6	1	17	2	2																																40	Normal	
7	2	17	2	2																																34	Normal	
8	1	18	1	2																																37	Normal	
9	2	18	1	2																																54	MODERADA	
10	1	17	4	2																																37	Normal	
11	2	17	1	2																																29	Normal	
12	2	17	2	2																																	34	Normal
13	1	17	4	2																																	26	Normal
14	2	17	1	2																																	39	Normal
15	1	18	1	2																																	33	Normal
16	1	18	1	2																																	40	Normal
17	2	17	2	2																																	28	Normal
18	1	17	4	2																																	31	Normal
19	2	17	1	2																																	35	Normal
20	1	16	1	2																																	36	Normal
21	1	18	2	2																																	29	Normal
22	2	19	1	2																																	44	LEVE
23	1	16	0	2																																	34	Normal
24	1	18	1	2																																	23	Normal
25	2	17	4	2																																	50	MODERADA
26	2	17	1	2																																	49	MODERADA
27	1	18	4	2																																	41	LEVE
28	1	18	1	2																																	28	Normal
29	2	18	4	2																																	37	Normal
30	2	17	1	2																																	30	Normal
31	2	16	1	2																																	31	Normal
33	2	16	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	np	np	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2		49	MODERADA	
34	1	18	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	np	15	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2		48	MODERADA
35	2	16	3	1	2	2	2	2	2	2	1	2	np	np	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2		42	LEVE
36	2	16	4	1	2	2	1	2	1	2	2	2	np	np	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2		47	LEVE
37	2	17	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	0	14	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2		39	Normal















