

## INVESTIGACIÓN

# ESTUDIO DE AUTOAGRESIONES EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA EN CHILE<sup>i</sup>

(Rev GPU 2011; 7; 3: 324-329)

Arturo Roizblatt<sup>1,ii</sup>, Paula Thomassen<sup>2a</sup>, Matías Pinedo<sup>3</sup>, Paulina Román<sup>1b</sup>,  
Álvaro Wolfenson<sup>1</sup>, Álvaro Castillo-Carniglia<sup>4c,iii,iv</sup>

**Introducción.** Las autoagresiones en adolescentes mujeres son un fenómeno frecuente. Existe escasa evidencia en el país que examine autodaño en adolescentes sin trastornos psiquiátricos evidentes. **Objetivos.** Estimar prevalencia de autodaño en adolescentes y su asociación con estructura familiar, violencia intrafamiliar (VIF), promedio de notas y desesperanza. **Material y método.** Estudio transversal en una muestra de adolescentes de una comuna de la Región Metropolitana. Se aplicó un cuestionario estructurado y Escala de Desesperanza de Beck a 437 alumnas de primero medio, en un Liceo Municipal, Colegio Particular Subvencionado y Particular. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis de regresión logística. **Resultados.** Prevalencia encontrada: Autodaño 19,2%; VIF 11,2%; y desesperanza leve, moderada y severa 28,6%, 9,4% y 1,1% respectivamente. Según el análisis multivariado, el *odds ratio* (OR) de autodaño para las adolescentes víctimas de VIF fue de 4,1 con intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de 1,9 a 8,6. El nivel de desesperanza leve (OR =4,6; IC 95%: 2,5 a 8,5), moderado (OR =13,8; IC 95%: 6,0 a 31,5) y severo (OR =8,5; IC 95%: 1,1 a 68,5) se asoció positivamente con autodaño. **Conclusiones.** Violencia intrafamiliar y desesperanza se asociaron fuertemente a autodaño, no así el estado civil de los padres y rendimiento escolar. La prevalencia encontrada de Autodaño, 19,2%, lleva a pensar en la necesidad de enfrentar esta situación. Se necesitarán nuevos estudios para determinar eventual relación causal con éstas y otras variables no consideradas en este estudio.

<sup>i</sup> No hubo fuentes de apoyo financiero.

<sup>ii</sup> Dirección: Avda. Salvador 364, Providencia Santiago - Chile. Teléfono: 2312963. e-mail: ardas@vtr.net

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Centro de Salud Familiar Dr. Hernán Alessandri, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

<sup>4</sup> Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

a. Psicóloga.

b. Alumno de Medicina, Universidad de Chile.

c. Antropólogo MSc, Programa de Doctorado en Salud Pública, Universidad de Chile, Becario CONICYT Programa Capital Humano Avanzado.

## INTRODUCCIÓN

Las autoagresiones en adolescentes son un fenómeno frecuente (1-4), dentro de las cuales están incluidas las conductas de cortes, las que corresponderían desde el 11% al 13% del total de estos fenómenos (1, 5), siendo en general más frecuentes en el sexo femenino (3, 5). Se estiman anualmente unas 25.000 atenciones por estos motivos en Inglaterra y Gales (6), en USA se estima un rango anual de 259 por 100.000 consultas en servicios de urgencia (7), y la hospitalización de estos casos es mayor que la habitual por otros cuadros (8).

Se ha estudiado cuáles serían las razones que refieren los adolescentes para practicarse autoagresiones no suicidas, siendo las más frecuentes: "el obtener control sobre una situación", "tratar de lograr una reacción de parte de alguien" y "para detener emociones o sentimientos negativos" (9).

En la última década se ha observado que las autoagresiones han ido en aumento, relacionándose con un mayor número de diagnósticos psiquiátricos severos (1). En aproximadamente la mitad de los casos se realiza un diagnóstico psiquiátrico (8), siendo Depresión Mayor el diagnóstico más frecuente (8, 10) y el abuso de alcohol otro factor que se asocia de forma independiente con la prevalencia de cortes en la población femenina (4). Se han asociado a eventos traumáticos precoces (11), Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Personalidad Límite (11-13, 15) y más recientemente las autoagresiones han sido reportadas en poblaciones sin un diagnóstico psiquiátrico, observándose que estas conductas se han desplazado desde la población clínica a la general, lo que a su vez ha aumentado el interés por estudiar este fenómeno (14) y hay que considerar que sólo la mitad de estas jóvenes informan o buscan ayuda debido a sus autoagresiones no suicidas (10).

En pacientes con Trastorno de Personalidad Límite se ha observado, mediante el uso de Resonancia Magnética Funcional, que las pacientes con antecedente de autoagresiones tienen menor activación de la corteza órbita frontal comparadas con controles, y muestran incremento de la actividad en la corteza prefrontal dorso lateral (15).

La frecuencia de las autoagresiones está influida por múltiples factores, siendo el nivel socioeconómico uno de los más estudiados, el cual tendría, a grandes rasgos, una relación inversa (16). Considerando el género, entre las mujeres, los factores de riesgo más importantes son: autoagresiones en familiares y amigos, el uso de drogas, depresión, ansiedad, alta impulsividad y baja autoestima. En los hombres son: intentos de

suicidio en amigos o familiares, uso de drogas y baja autoestima (3). Otros estudios han mostrado que las diferencias de género sólo se observarían en relación con los cortes pero no en otros tipos de autoagresiones (5).

Por medio de tests se han observado significativas diferencias entre las adolescentes que se autoagreden y las que no. Estos tests podrían ayudar a predecir el riesgo de autoagresiones no suicidas en conjunto con otros elementos como los factores psiquiátricos y demográficos (17). No obstante el creciente interés que despiertan estos fenómenos, pocos instrumentos se han desarrollado para medir las autoagresiones, siendo el Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) el más validado (18).

Se realizó un estudio en relación con la conducta de autoagresión en adolescentes de la Región Metropolitana, y los objetivos fueron: estudiar la frecuencia de esta conducta en ese grupo y sus características sociodemográficas, evaluar la asociación de esa conducta con sintomatología depresiva, rendimiento escolar, estado civil de los padres, asistencia a clases, Violencia Intrafamiliar (VIF) y/o con promedio de notas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se encuestó a un total de 437 adolescentes entre 14 y 17 años en escuelas municipales, subvencionadas y particulares de la comuna de Providencia, Región Metropolitana. En *n* final correspondió al total de adolescentes que aceptó participar en el estudio. Si se considera la prevalencia observada de VIF (11,2%), un poder del 90% y un nivel de confianza del 95%, la diferencia en la proporción de auto daño detectable con un *n* igual a 437 es de un 25,1%.

## Evaluación

Se aplicó un cuestionario estructurado entre los meses de junio y julio del año 2009. Éste incorporó preguntas de composición familiar, estado civil de los padres, sobre rendimiento escolar (inasistencia y promedio de notas) y presencia o ausencia de violencia al interior de la familia. La inasistencia a clases se dicotomizó en menos de 7 inasistencias al año y 7 o más. Por su parte, el promedio de notas se categorizó entre aquellos que tenían un promedio menor a 4,0, entre 4,0 y 5,5 y entre 5,6 y 7,0, aunque para los efectos del análisis de regresión las categorías fueron  $\leq 5,5$  y entre 5,6, y 7,0

Para evaluar los sentimientos hacia las experiencias futuras se incorporó la Escala de Desesperanza de Beck (EDB). La EDB tiene una puntuación que va de 0 a 20, siendo 20 el nivel más elevado de desesperanza.

**Tabla 1**  
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Tipo escuela	Total	Sin auto daño	Con auto daño
	N (%)	N (%)	N (%)
Municipal	267 (61,1)	219 (62,0)	48 (57,1)
Subvencionado	153 (35,0)	121 (34,3)	32 (38,1)
Particular	17 (3,9)	13 (3,7)	4 (4,8)
Edad (años)			
14	352 (80,5)	283 (80,2)	69 (82,1)
15	75 (17,2)	63 (17,8)	12 (14,3)
16	8 (1,83)	6 (1,7)	2 (2,4)
17	2 (0,5)	1 (0,3)	1 (1,2)
Maternidad			
Sin hijos	434 (99,3)	351 (99,4)	83 (98,8)
Embarazada	3 (0,7)	2 (0,6)	2 (1,2)
Composición familiar			
Ambos padres	299 (68,4)	248 (70,3)	51 (60,7)
Un padre	127 (29,1)	98 (27,8)	29 (34,5)
Otro	11 (2,5)	7 (2,0)	4 (4,8)
Estado civil de los padres			
Casados	276 (63,2)	229 (64,9)	47 (55,9)
Separado o divorciado	120 (27,5)	91 (25,8)	29 (34,5)
Conviven	40 (9,2)	32 (9,1)	8 (9,5)
Viudo	1 (0,2)	1 (0,3)	0 (0,0)
Promedio de notas			
<4,0	2 (0,5)	0 (0,0)	2 (2,4)
4,0-5,5	116 (26,5)	83 (23,5)	33 (39,3)
5,6-7,0	319 (73,0)	270 (76,5)	49 (58,3)
Inasistencias a clases (veces año)			
No suele faltar	107 (24,5)	87 (24,7)	20 (23,8)
1-7	252 (57,7)	208 (58,9)	44 (52,4)
Más de 7	78 (17,9)	58 (16,4)	20 (23,8)
Desesperanza			
Mínimo	266 (60,9)	246 (69,7)	20 (23,8)
Leve	125 (28,6)	89 (25,2)	36 (4,6)
Moderado	41 (9,4)	16 (4,5)	25 (29,8)
Severa	5 (1,1)	2 (0,6)	3 (3,6)
VIF			
No	388 (88,8)	331 (93,8)	57 (67,9)
Si	49 (11,2)	22 (6,2)	27 (32,1)

RIC = Rango Intercuartílico

VIF = Violencia Intrafamiliar

Para los efectos del análisis y la presentación de los resultados, el puntaje se categorizó en cuatro niveles de desesperanza: mínimo (<3); leve (4-8); moderado (9-14) y severo (> 14)

La variable dependiente fue auto daño, que se evaluó a través de la pregunta "¿Se ha autoprovocado algún tipo de daño en los últimos 12 meses?" cuya respuesta dicotómica era sí o no. Luego, en el caso que la

respuesta fuera positiva se preguntó sobre actitudes derivadas del autodaño como los objetivos o funciones de la autoagresión, origen de la idea de autodaño y red de apoyo.

### Análisis

El análisis contempló la transformación de algunas variables para darle mejor interpretabilidad a los resultados. Se inspeccionaron los datos y se describieron en cuanto a su frecuencia y porcentaje en la muestra total y entre los que reportaron o no reportaron autodaño.

Para el análisis multivariado se transformaron las variables categóricas "composición familiar" y "desesperanza" en variables *dummy*. El método seleccionado fue regresión logística. Se testearon diferentes combinaciones y ajustes del modelo en base a los esquemas propuestos en el diseño y en base al análisis exploratorio de los datos. Los resultados se reportan en odds ratios crudos y controlado por potenciales confusores. El ajuste de cada modelo fue evaluado a través de la prueba de bondad de ajuste global de Hosmer y Lemeshow.

Todos los análisis se hicieron con Stata 10.0 y el nivel de significación utilizado fue del 5%.

## RESULTADOS

Las características sociodemográficas, rendimiento escolar y puntaje de desesperanza en el total de la muestra y por autorreporte de autodaño se presentan en la Tabla 1.

Ambos grupos tuvieron características similares en cuanto a tipo de escuela, edad, embarazo adolescente e inasistencia a clases; sin embargo, el grupo que reconoció alguna forma de autodaño proviene en mayor proporción de familia uniparentales o con padres separados, tiene un mayor porcentaje de adolescentes con bajo promedio de notas, reportaron algún tipo de violencia intrafamiliar y tiene mayor puntaje de desesperanza.

La prevalencia de autodaño en el grupo de adolescentes encuestadas fue del 19,2% (Tabla 2). Los cortes constituyen la principal forma de autoagresión, con un 55,2% y cuya función primaria es aliviar las emociones negativas (54,6%). Además, en esta tabla se presentan las respuestas a las preguntas que pretenden indagar sobre el origen de la idea de autodaño y sobre la red de apoyo disponible en estos casos. En el 94% de las veces la idea de auto daño tiene su origen en la propias adolescentes y en menos de un tercio de las veces se

**Tabla 2**

PREVALENCIA Y CONDUCTAS DERIVADAS DEL AUTODAÑO

	N	%
Autodaño		
Sin autodaño	353	80,8
Hay autodaño	84	19,2
Tipo autodaño*		
Cortes	42	55,2
Quemaduras	1	3,8
Golpes	9	19,0
Otro	15	21,9
Función autodaño*		
Alivia emociones negativas	40	54,6
Terminar experiencia	2	5,6
No enfrentar deseo de morir	2	4,6
Obtener ayuda	5	6,5
Auto castigo	4	10,2
Diferenciarse	4	5,6
Para morir	7	13,0
De dónde surge la Idea de autodaño*		
De mí misma	80	94,1
Madre o padre	0	0,0
Amigos	1	2,4
Compañeros	2	2,4
Otros	2	1,2
Pidió ayuda posterior al autodaño		
Sí	24	28,9
No	59	71,1
Quién brindó ayuda*		
Familiar	8	25,8
Amigos	10	32,3
Compañeros	6	19,4
Servicio de Salud	3	9,7
Otro	4	12,9

\* Pregunta de respuestas múltiples.

solicita ayuda, siendo las amistades la principal fuente de apoyo con un 32,3%.

A continuación, en la Tabla 3 se presentan los odds ratio (OR) crudos y ajustados de autodaño según reporte de violencia intrafamiliar, nivel de desesperanza, promedio de notas y composición familiar. Tanto la violencia intrafamiliar como el nivel de desesperanza se asociaron fuertemente con autodaño, incluso tras ajustar por las potenciales variable confundentes. Por otro lado, el odds de las adolescentes con bajo promedio

**Tabla 3**  
ODDS RATIO DE AUTODAÑO SEGÚN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, NIVEL DE DESESPERANZA,  
PROMEDIO DE NOTAS Y COMPOSICIÓN FAMILIAR

		OR crudo	IC 95%	OR ajustado*	IC 95%
VIF	No	1	-	1	-
	Sí	7,13	3,80- 13,37	4,03	1,93- 8,43
Desesperanza	Mínimo	1	-	1	-
	Leve	4,98	2,74 - 9,05	4,52	2,44- 8,36
	Moderado	19,22	8,85 - 41,74	14,03	6,21- 31,69
	Severa	18,45	2,91 - 116,91	8,64	1,16- 64,39
Promedio notas	>5,5	1	-	1	-
	≤ 5,5	3,26	1,74- 6,05	1,66	0,92- 2,98
Composición familiar	Biparental	1	-	1	-
	Uniparental	1,44	0,86-2,40	1,18	0,65-2,14
	Otro	2,78	0,78-9,84	0,94	0,21-4,10

OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza; VIF = Violencia intrafamiliar.

\* Modelo con VIF, nivel de desesperanza, promedio de notas y composición familiar

de notas fue de 3,3 veces mayor al de las adolescentes con un promedio sobre 5,5, sin embargo, esta asociación desapareció al ajustar por las demás co-variables. La composición familiar no se asoció con autodaño en ninguno de los modelos realizados pese a su desigual distribución entre ambos grupos.

## DISCUSIÓN

Se cree ampliamente que la prevalencia de autodaño ha incrementado en la población adolescente, sin embargo falta evidencia empírica para esta afirmación, pese a que existen indicadores que avalan la afirmación. Por ejemplo, estudios en adolescentes hospitalizados muestran un incremento de cortes de un 4,3% a 12,2% (entre 1990 y 2000) y el suicidio en adolescentes aumentó un 36% desde 1970 y 150% desde 1950 (19). Ventura-Junca *et al.* evaluaron la prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana, encontrando un 59,7% y 18,8% respectivamente (20).

Es preocupante que la tendencia al autodaño sea similar a una epidemia en la población hospitalaria y centros de detención, lo que también se vería reflejado en los colegios (21, 22). Prevalencia encontrada en el estudio realizado (19,2%) fue consistente con éstos y otros estudios, por lo que sugiere que el autodaño en la población escolar debe ser tomado seriamente como un tema de salud pública.

Cabe destacar que el estudio demuestra que el autodaño (54,6%) se utiliza principalmente como

mecanismo de regulación afectiva (aliviar emociones negativas) y que el no solicitar ayuda profesional y/o familiar (71,1%) es una tendencia alarmante. De esto se podría interpretar que la conducta en evaluación provoca sentimientos de vergüenza y aislamiento social, aumentando así la probabilidad de aparición de la conducta en estudio.

Así también, consistente con otros estudios (23, 24), se asoció la presencia de violencia intrafamiliar a conductas autolesivas. Será de importancia, en futuras investigaciones, lograr especificar qué tipo de VIF (verbal, físico, psicológico y/o sexual).

Es de conocimiento que la población escolar presenta un mayor riesgo de autodaño junto con la conducta suicida (25). Los resultados obtenidos a partir de la investigación realizada no podrían ser generalizados a la población no escolar.

El hecho de que los adolescentes que manifiestan autodaño funcionen lo suficientemente bien como para no ser detectados lleva a cuestionarnos si su futuro será peor que aquellos que no lo presentan. La asociación de VIF con elevada desesperanza deja abierta las puertas para futuras investigaciones sobre el bienestar de estos pacientes.

Aún no existe suficiente evidencia sobre cuál sería la mejor estrategia para atender a estos pacientes, pero se ha observado que las intervenciones especializadas tendrían una mayor efectividad disminuyendo la repetición de actos de agresiones (26, 27), versus las intervenciones en atención primaria, por médico general, tendrían un menor impacto (26).

## CONCLUSIONES

Violencia intrafamiliar y desesperanza se asociaron fuertemente a autodaño, no así estado civil de los padres y rendimiento escolar. La prevalencia encontrada de autodaño del 19,2%, lleva a pensar en la necesidad de enfrentar esta situación. Se necesitarán nuevos estudios para determinar eventual relación causal con éstas y otras variables no consideradas en este estudio.

## REFERENCIAS

- Olfson M, Gameroff M. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1328-1335
- Nadkarni A, Parkin A, Dogra N, Stretch D, Evans PA. Characteristics of children and adolescents presenting to accident and emergency departments with deliberate self-harm. *J Accid Emerg Med*. 2000; 17: 98-102
- Hawton K, Rodham K. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002; 325: 1207-11
- Hintikka J, Tolmunen T. Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. *J Adol Health* 2009; 44: – 464–467
- Laukkanen E, Rissanen M. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13 to 18 year old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44: 23–28
- Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate selfharm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc*. 2000; 23: 475-5
- Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health*. 2000; 90: 1885-1891
- Olfson M, Gameroff M. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 1122-1128
- Lloyd-Richardson E, Perrine N. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007; 37(8): 1183–1192
- Nixon M, Cloutier P. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ*. 2008; 178(3): 306-12
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege*, 2<sup>nd</sup> Ed, Baltimore, MD: John Hopkins University Press
- Linehan MM. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- Simeon D, Hollander E. (Eds.) (2001). *Self-injurious behaviors, assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc
- Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006; 117(6), 1939-1948
- Kraus A, Valerius G. Script-driven imagery of self-injurious behavior in patients with borderline personality disorder: a pilot fMRI study. *Acta Psychiatr Scand*. 2010; 121: 41–51
- Engström K, Diderichsen F. Parental social determinants of risk for intentional injury: A cross-sectional study of Swedish adolescents. *Am J Public Health*. 2004; 94: 640–645
- Nock M, Banaji M. Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 820–823
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Brown, M.Z., Heard, H.L. & Wagner, A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 2006 18(3), 303-312
- Miringoff M, Miringoff M-L. *The Social Health of the Nation*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 1999
- Ventura-Junca D, Raúl et al. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile *Rev Méd Chile* [online]. 2010, vol.138, n.3
- Matthews PC. Epidemic self-injury in an adolescent unit. *Int J Soc Psychiatry*. 1968; 14: 125–133
- Taiminen TJ, Kallio-Soukainen K, Nokso-Kovisto H, Kaljonen A, Helenius H. Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 211–217
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001; 286: 3089–3096
- Favazza AR, Contrero K, Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Trends in deliberate Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79: 283–289 10
- Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA*. 2005; 293: 2487–2495
- Bennewith O, Stocks N. General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 1254
- Hawton K, Arensman E. Deliberate selfharm: a systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing relapse. *BMJ* 1998; 317: 4417