



Maestría en Psicología Cognitiva y Aprendizaje  
Tesis de Maestría

Perfil epidemiológico de adolescentes con  
conductas autolesivas en un municipio de la  
Provincia de Buenos Aires

Autora: Agustina Amado Olivi  
Director: Mg. Gonzalo Clerici  
Co-Director: Dr. Ángel Elgier

Año: 2021

*Te explico, yo  
estoy en la ciudad del consumo  
vivo en la región que está en la  
tabla de suicidios en el puesto uno.  
Ese chico por no jugar se puso peligroso,  
ese pequeño está arruinado,  
el problema es grueso,  
perros presos por lamer un hueso  
y comiéndose la carne está el sabueso.  
¿Dónde está eso que se llama progreso?  
Si un grupo de empresas  
pone al pueblo depresivo, empieza,  
somos presa de nuestra raza.*

*Sara Hebe, rapera argentina  
“Cuestión de cuna”, 2009*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	4
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
Capítulo 1: Conducta autolesiva.....	6
Capítulo 2: Factores de riesgo.....	11
Capítulo 3: Modelos explicativos.....	21
Capítulo 4: Antecedentes en Argentina.....	26
SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA	
Relevancia.....	29
Objetivos generales y específicos.....	29
Hipótesis.....	30
Diseño.....	31
Muestra.....	32
Instrumento.....	39
Procedimiento.....	42
Análisis de datos.....	44
TERCERA PARTE: ANÁLISIS	
Capítulo 1: Análisis descriptivo de variables socio-demográficas.....	46
Capítulo 2: Análisis descriptivo de variables psico-sociales.....	50
Capítulo 3: Análisis asociativo.....	64
CUARTA PARTE: RESULTADOS .....	68
QUINTA PARTE: DISCUSIÓN.....	82
REFERENCIAS.....	90
ANEXOS.....	100

## RESUMEN

La conducta autolesiva se considera un problema grave de salud pública que afecta particularmente a adolescentes. En Argentina se detectó un aumento del 31% de los egresos en hospitales públicos por lesiones autoinfligidas desde el año 2005 hasta el 2011. Sin embargo, existen escasos datos al respecto e insuficiente investigación en el país.

Este estudio intenta hacer un aporte a la comprensión de la conducta autolesiva de niños, niñas y adolescentes en derivación a un área de salud mental en el contexto local. Para esto, se analiza el tipo y función de la conducta autolesiva, la presencia de pensamiento suicida, la presencia de conducta suicida previa, características personales como sexo y edad, y eventos adversos de la vida tales como maltrato infanto-juvenil, problemáticas familiares y vulnerabilidad socio-económica.

Para la investigación se detectaron 180 derivaciones con motivo de consulta categorizado como “autolesiones”, “intento de suicidio” o “autoagresión”, a un área de salud mental de niños, niñas y adolescentes de un municipio del conurbano bonaerense (provincia de Buenos Aires, Argentina), entre el 6 de noviembre de 2013 y el 4 de agosto de 2017. De este conjunto se pudo analizar en profundidad 50 casos, en los cuales se rastreó las características de interés en los registros de esta área y, complementariamente, en los registros de seguimiento del área de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes de dicho municipio.

Se destacan algunos hallazgos: edades inferiores a las esperadas en base a los antecedentes internacionales; los cortes como tipo de conducta autolesiva predominante; la prevalencia alta del sexo femenino; la función predominante de la conducta autolesiva como refuerzo intrapersonal negativo; una alta prevalencia de eventos adversos tales como maltrato infanto-juvenil, problemáticas familiares y vulnerabilidad socio-económica; y una limitada adherencia al tratamiento terapéutico.

# **PRIMERA PARTE:**

# **MARCO TEÓRICO**

## CAPÍTULO 1: CONDUCTA AUTOLESIVA

En los últimos 20 años ha crecido notoriamente el estudio de la conducta autolesiva (Klonsky, Victor y Saffer, 2014). En el año 2013, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría incorporó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales la conducta autolesiva como categoría diagnóstica a ser estudiada en mayor profundidad (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, aún no existe un acuerdo en la comunidad científica respecto a su definición y su clasificación como trastorno independiente (Kapur, Cooper, O'Connor y Hawton, 2013). Dos denominaciones que expresan un importante debate respecto a su conceptualización son “autolesión no-suicida” (en inglés, *non-suicidal self-injury*, utilizándose la sigla NSSI) y “autolesión” (en inglés, *self-harm*).

Las conductas autolesivas no-suicidas han sido definidas como conductas deliberadas auto-dirigidas que provocan o pueden provocar lesiones sin evidencia de que constituyan un intento de suicidio, excluyéndose formas de autolesión sancionadas socialmente que se consideran expresiones de individualidad, identidad cultural y creativas como el tatuaje o el piercing (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan y Mann, 2014).

Por otro lado, el Instituto Nacional de Excelencia en Sanidad y Asistencia del Reino Unido define la autolesión como toda conducta de auto-envenenamiento o autoagresión, independientemente de la motivación, excluyendo comportamientos como el consumo excesivo de drogas recreativas, la inanición por anorexia nerviosa o daños accidentales a uno mismo (National Institute for Health and Care Excellence, 2011).

Kapur et al. (2013) realizan una historización de la terminología utilizada en el Reino Unido para el estudio de este fenómeno. Refieren que los términos “conducta parasuicida” e “intento de suicidio” fueron en la década de 1970 superados por el término “autolesión deliberada” en reconocimiento de que no todos los episodios implican intentos de suicidio. Luego, se cuestionó la característica de “deliberada” en tanto no siempre está claro en qué medida el comportamiento es intencional. Actualmente, se utiliza el término “autolesión” para referir a la conducta de auto-lastimarse y auto-envenenamiento sin importar la motivación aparente.

En dicho artículo, señalan ciertos problemas de utilizar el concepto de “conductas autolesivas no-suicidas”: la dificultad para establecer la motivación no suicida de dichas conductas, contemplando que la conducta autolesiva repetitiva constituye un factor de riesgo importante de conducta suicida; y la exclusión en este término del auto-envenenamiento.

Los desacuerdos en la operacionalización de la conducta autolesiva conllevan conflictos en la investigación debido a que diferentes estudios adoptan distintas definiciones de “autolesión”. Esto también se traduce en prácticas clínicas diversas, a partir de la inexistencia de una comprensión unificada respecto a los límites entre autolesión e intento de suicidio (James y Stewart, 2018).

Orlando, Broman-Fulks, Whitlock, Curtin y Michael (2015) realizaron una investigación taxométrica a partir de la cual analizaron la estructura latente del comportamiento autolesivo para determinar si la autolesión suicida y la autolesión no-suicida reflejan dos categorías distintas del comportamiento autolesivo o son variantes dimensionales del mismo constructo, en una muestra de estudiantes de universidad con historia de conducta autolesiva. Finalmente, concluyen que la autolesión no-suicida y la autolesión suicida representan rangos en una dimensión continua única de conducta autolesiva, en vez de tipologías discretas. Es así que plantean que la presencia de intención suicida no implica una distinción categórica.

James y Stewart (2018) investigaron cómo comprenden profesionales de la salud mental los conceptos de “autolesión” e “intento de suicidio”. Postulan que no existe una interpretación compartida de los límites entre autolesión e intento de suicidio, haciendo problemático el lenguaje utilizado y la práctica consecuente. A partir de esto, desaconsejan el uso del término “intento de suicidio”, y recomiendan implementar indicadores de gravedad considerando las circunstancias y características de la conducta autolesiva y lo que refiere la persona sobre sus pensamientos y emociones en dicho momento. También, sugieren enfocar la atención en la gestión del riesgo más que en la evaluación de factores de riesgo al momento de atender a una persona que se autolesiona, y capacitar a profesionales de la salud en el vínculo entre autolesiones y suicidio.

Como se puede observar, la conducta suicida, la ideación suicida y la conducta autolesiva son conceptos que se encuentran estrechamente vinculados.

La conducta suicida implica que el agente de la conducta que auto-instiga la acción intenta morir (es decir, desea llegar a ese resultado), y la acción que lleva a cabo es potencialmente letal de manera real o supuesta (Posner et al., 2014). La conducta autolesiva funcionaría como un predictor o factor de riesgo de la conducta suicida. Es así que Kapur et al. (2013) refieren que en investigaciones se ha demostrado que incluso episodios de autolesiones no vinculados a intentos de suicidio están relacionados a un aumento en el riesgo de suicidio comparado con la población general.

Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein (2006) hallaron que el 70% de una muestra clínica de adolescentes en internación hospitalaria con conducta autolesiva reciente reportaron al menos un intento de suicidio en su historia. A partir de esto se ha hipotetizado que las conductas suicidas y las conductas autolesivas posiblemente generan habituación al dolor, lo cual a su vez incrementa la probabilidad de futuras conductas suicidas (Esposito-Smythers, Weismoore, Zimmermann y Spirito, 2014).

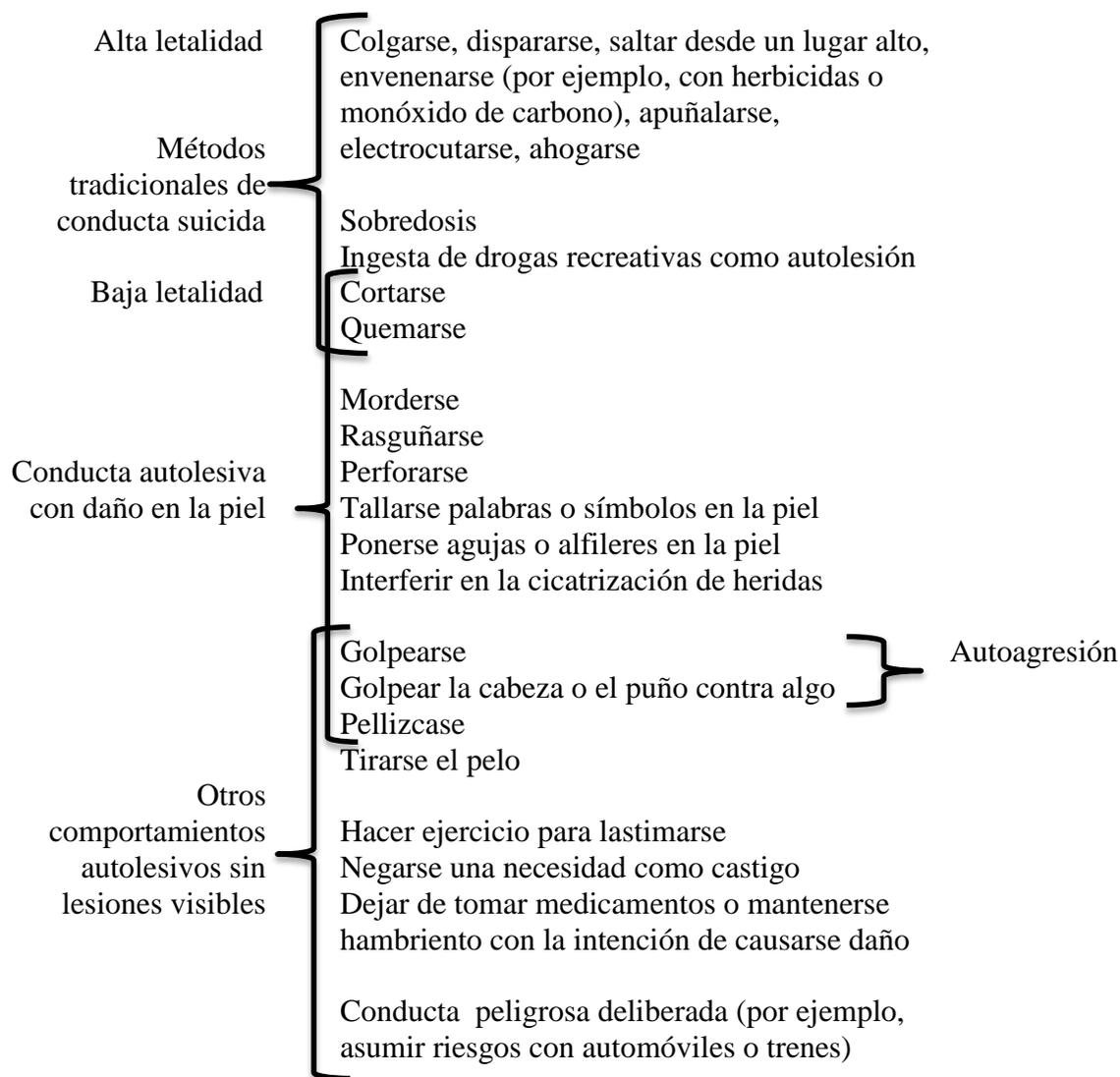
La ideación suicida se ha diferenciado en ideación suicida pasiva y activa. En el primer caso constituye un deseo y no un plan, en tanto en el segundo caso se define como un deseo de hacer un intento activo de llevar a cabo un suicidio. Los pensamientos sobre el suicidio sin intención de actuar, entonces, se consideran ideación suicida, pero en una forma menos severa que los pensamientos con intención de llevar a cabo un intento activo. La ideación suicida en su modo más grave predice futuros intentos de conducta suicida y muertes por suicidio. Sin embargo, la ideación suicida pasiva también ha sido identificada como un factor de riesgo de muerte por suicidio (Posner et al., 2014).

En su investigación sobre la relación entre la conducta autolesiva no-suicida y el pensamiento suicida, Wester, Ivers, Villalba, Trepal y Henson (2016) encontraron un vínculo moderado a intenso entre ambos fenómenos. Refieren que este hallazgo está en consonancia con los estudios previos, los cuales plantean que las personas con antecedentes de autolesiones no-suicidas son entre 8 a 25 veces más propensas a tener ideación suicida o intentos de suicidio.

Respecto a los tipos de conducta autolesiva, Skegg (2005) sintetiza en un cuadro una serie de comportamientos incluidos en las conceptualizaciones de daño autoinfligido no fatal.

**Figura 1**

*Comportamientos incluidos en las descripciones de daño auto-infligido no fatal*



*Figura 1. Extraída de “Self-harm” (p. 1472), por Skegg, 2005, Lancet, 366.*

Nock (2010) señala que no existe un sistema formalizado para clasificar subtipos de autolesiones, pero que sí hay acuerdos implícitos entre investigadores y médicos de que el

comportamiento autolesivo varía en una escala de leve (por ejemplo, baja frecuencia y gravedad), moderado (por ejemplo, más frecuente y severo, que posiblemente requiera atención médica) y severo (por ejemplo, alta frecuencia, lesiones graves y deterioro consecuente).

Las investigaciones tienden a reportar distintas prevalencias en el tipo de conducta autolesiva que llevan a cabo las y los adolescentes. Por ejemplo, Cerutti, Manca, Presaghi y Gratz (2011) detectan en una muestra adolescente italiana que las principales conductas autolesivas son morderse (12%), tallarse dibujos o símbolos en la piel (9.4%) y cortarse (9.4%). En una muestra de niños, niñas y adolescentes de México, Albores-Gallo et al. (2014) hallaron que los métodos de autolesión más frecuentes fueron cortes en la piel (22.5%), rascado de cicatrices (22.3%) y mordidas (20.3%). En la investigación argentina realizada por Agüero, Arrate y Berner (2017) informaron que la muestra clínica de adolescentes perteneciente al Hospital Cosme Argerich (Capital Federal, Argentina) presentó principalmente cortes en la piel (76.2%).

## CAPÍTULO 2: FACTORES DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de factor de riesgo como rasgos, características o exposiciones de un individuo que aumenten la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Organización Mundial de la Salud, 2020a). Los factores de riesgo son precedentes al resultado adverso, lo cual los distingue de otras características concomitantes o consecuentes que se correlacionan (Mościcki, 1997). Conocer los factores de riesgo permite elaborar intervenciones para reducir esos riesgos y así mejorar el nivel general de salud de la población (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Teti, Rebok, Rojas, Grendas y Daray (2014) analizaron las publicaciones de Latinoamérica y el Caribe relacionadas con los factores de riesgo de suicidio e intento de suicidio en población con atención psiquiátrica. Concluyeron que los principales factores de riesgo para el intento de suicidio incluyen el trastorno depresivo mayor, la disfunción familiar y el intento de suicidio previo. No obstante, existe escasa información científica sobre conducta autolesiva en América Latina, lo cual dificulta el análisis de las similitudes y diferencias de esta conducta entre poblaciones de distintas regiones (Thyssen y Van Camp, 2014).

En la búsqueda de antecedentes argentinos se halló investigaciones que analizan características epidemiológicas de muestras ingresadas al sistema de salud por conducta autolesiva. En este sentido, Torres, Moscoloni, Guerrero y Piola (2013) analizaron las consultas por auto-intoxicaciones intencionales atendidas entre los años 2000 y 2009 por el Servicio de Toxicología del Sanatorio de Niños de la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fé, Argentina). En su análisis, destacan la prevalencia del sexo femenino (74%) sobre el masculino (26%), y de pacientes jóvenes menores de 30 años (57%).

Morra, Elorza y Echenique (2013) describieron el perfil epidemiológico de los ingresos hospitalarios por intento de suicidio atendidos en la guardia del área de salud mental del Hospital Dr. Lucio Molas (ciudad de Santa Rosa, Provincia de La Pampa, Argentina) durante el año 2011. Concluyeron que el 13,2% de los ingresos a la guardia fueron por intentos de suicidio, de los cuales el 64,3% fueron mujeres, y el 37% fueron personas entre 15 y 24 años.

El informe “Epidemiología en salud mental y adicciones” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2014a) refiere que en el año 2011 se registraron un total de 1.995.900 egresos hospitalarios en Argentina. De este número, 44.863 fueron egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, lo cual representa un 2,24% del total. Asimismo, el informe reporta para ese mismo año 6.827 egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas. Esto significa el 15,21% respecto a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, y el 0,34% respecto al total de egresos hospitalarios. Cabe destacar que los egresos hospitalarios refieren a internaciones en centros hospitalarios, y que el informe sólo incluye información de los servicios de atención del subsector estatal.

Agüero et al. (2017) analizaron las historias clínicas de admisión del año 2014 del servicio de adolescencia del Hospital Dr. Cosme Argerich (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina) para detectar los casos de ingreso por autoagresiones. Hallaron una prevalencia del 1,45% respecto al total de ingresos en dicha área, siendo el 90% mujeres.

A nivel internacional, estudios epidemiológicos dan cuenta que la conducta autolesiva aumenta su tasa de crecimiento durante la adolescencia y luego declina en la adultez joven (Plener, Schumacher, Munz y Groschwitz, 2015). En tanto que la tasa de prevalencia en adolescentes varía entre el 7,5 % y el 46,5 % en distintos estudios, siendo la edad de inicio alrededor de los 12 y 14 años (Cipriano, Cella y Cotrufo, 2017).

Hawton, Saunders y O’Connor, (2012a) sintetizan los factores de riesgo que han sido asociados a la conducta autolesiva y suicida en adolescentes, diferenciando distintos niveles de análisis, como se puede observar en la figura 2.

## **Figura 2**

### *Factores de riesgo de conducta autolesiva y suicida en adolescentes*

- Factores sociodemográficos y educacionales:
  - sexo femenino
  - bajo estatus socioeconómico
  - orientación sexual de homosexuales, bisexuales o transexuales

- menores logros educativos
- Eventos negativos de la vida y problemáticas familiares
  - separación parental o divorcio
  - muerte parental
  - experiencias adversas en la infancia
  - historia de abuso físico o sexual
  - trastorno mental de progenitores
  - antecedentes familiares de comportamiento suicida
  - discordia marital o familiar
  - acoso escolar
  - dificultades interpersonales
- Factores psicológicos y psiquiátricos
  - problemáticas de salud mental (depresión, ansiedad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad)
  - consumo problemático de drogas y alcohol
  - impulsividad
  - baja autoestima
  - dificultad para la resolución de problemas sociales
  - perfeccionismo
  - desesperanza

*Figura 2.* Extraída de “Self-harm and suicide in adolescents” (p. 2375), por Hawton, Saunders y O’Connor, 2012, *Lancet*, 379.

Desde una perspectiva epidemiológica, Mościcki (1997) propone que los factores de riesgo pueden organizarse en exposiciones distales y proximales. Los factores de riesgo distales representan una vulnerabilidad potencial, subyacente, indirecta, necesaria pero no suficiente para que acontezca el resultado. Los factores de riesgo proximales están estrechamente relacionados con la conducta, tienen efectos más directos sobre el resultado y están más cercanos temporalmente, no son necesarios ni suficientes, pero en combinación con factores distales pueden actuar como precipitantes (Mościcki, 1997; Zayas, Lester, Cabassa y Fortuna, 2006; Fliege, Lee, Grimm y Klapp, 2009).

Fliege et al. (2009) realizan una revisión de los factores de riesgo investigados para la conducta autolesiva. Dentro de los factores de riesgo distales concluyen que prácticamente todos los estudios encuentran asociaciones entre la conducta autolesiva con experiencias traumáticas en la infancia. Algunos sucesos de importancia son: problemas psicológicos de parte del padre o madre, separación entre progenitores, ausencia temprana o prolongada del padre o la madre, experiencias infantiles de negligencia emocional, abuso psicológico o físico (principalmente abuso sexual).

Dentro de los factores de riesgo proximales, Fliege et al. (2009) plantean que la conducta autolesiva ha sido correlacionada con ansiedad, depresión y agresividad. Distintos estudios señalan que las personas que presentan conducta autolesiva registran más frecuentemente emociones negativas y de mayor intensidad, a la vez que tienen mayor dificultad para identificar y expresar sus emociones, tienen menor autoestima y más dificultades en la resolución de problemas. Señalan también que la conducta autolesiva se ha correlacionado con un nivel alto de estrés percibido en las cuatro semanas previas a la autolesión.

Se puede observar que los factores de riesgo proximales identificados por Fliege et al. (2009) para la conducta autolesiva refieren a características personales que pueden tener relevancia psicopatológica. Mientras que los factores de riesgo distales refieren a situaciones que acontecen en el contexto durante el desarrollo de la persona.

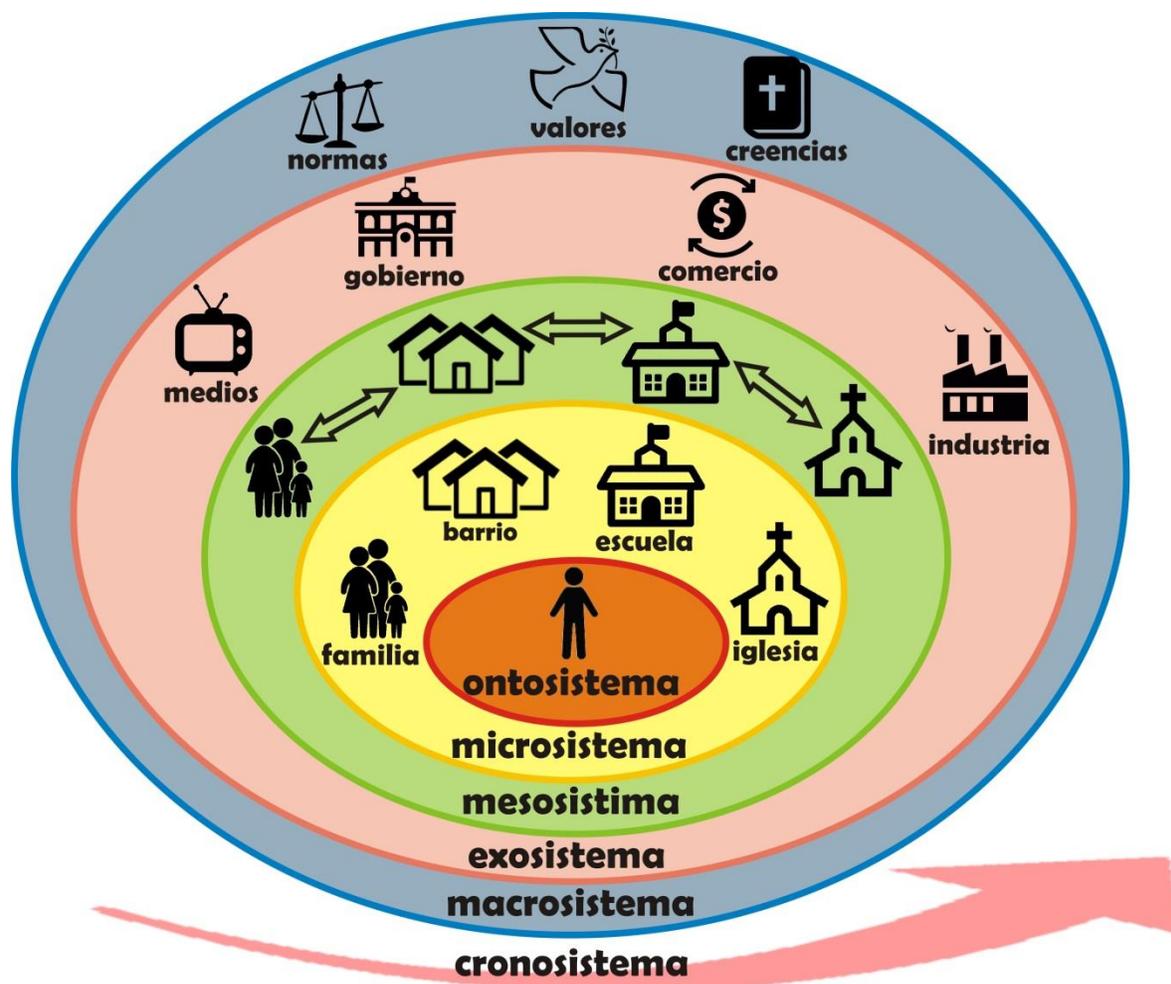
Bronfenbrenner (1994) construyó una teoría ecológica del desarrollo a través de la cual planteó que para estudiar el desarrollo humano es necesario considerar el contexto ecológico en el que se produce el crecimiento. En su teoría propone que el sistema ecológico está compuesto de subsistemas socialmente organizados que guían el crecimiento humano: el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y el cronosistema. El microsistema consiste en un patrón de actividades, roles sociales y relaciones interpersonales que experimenta la persona en desarrollo a través del contacto directo con el entorno. El mesosistema es definido como las interrelaciones y los procesos que ocurren entre dos o más configuraciones en las que la persona en desarrollo es partícipe activa -por ejemplo, el hogar y la escuela, el hogar y el trabajo-, es decir, el mesosistema es

un sistema de microsistemas. El exosistema comprende los vínculos y procesos entre dos o más configuraciones, donde al menos una no contiene a la persona en desarrollo, pero influye indirectamente en los procesos del entorno inmediato en el que ésta vive. Como ejemplo: para un niño, la relación entre el hogar y el lugar de trabajo de sus progenitores. En tanto que, el macrosistema es el patrón general de características del micro, meso y exosistema de una determinada cultura o subcultura, atendiendo a su sistema de creencias, sus conocimientos, sus recursos materiales, sus costumbres, su estilo de vida, sus estructuras de oportunidades, sus riesgos y sus opciones de vida. Por último, el cronosistema abarca el cambio o la consistencia a lo largo del tiempo de las características de la persona en desarrollo y de su entorno, por ejemplo, cambios a lo largo de la vida de la estructura familiar.

Además, se ha definido al ontosistema como las disposiciones biológicas y las características psicológicas de cada persona. De este modo, el modelo ecológico puede ser representado como un conjunto anidado de subsistemas entorno a la persona, con sus características biológicas y psicológicas, y visualizándose la dimensión temporal como una flecha (Olivier-Pijpers, Cramm, Butinx y Nieboer, 2018).

**Figura 3**

*Modelo ecológico de Bronfenbrenner*



*Figura 3.* Elaboración propia en base a “Ecological models of human development”, por Bronfenbrenner, 1994, en *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2<sup>nd</sup> Ed. Oxford: Elsevier.

El estudio de factores de riesgo de la conducta autolesiva implica analizar el vínculo de dicha conducta con variables pertenecientes a distintos niveles ecológicos. Zayas et al. (2006) investigaron el comportamiento de las adolescentes latinas viviendo en Estados Unidos que han llevado a cabo intentos de suicidio, vinculando esta conducta con los subsistemas ecológicos diferenciados por Bronfenbrenner. Propusieron que variables de los

diferentes sistemas ecológicos pueden impactar negativamente en el funcionamiento psicológico, debilitando la capacidad de afrontamiento y generando un mayor riesgo de conducta suicida.

Desde esta perspectiva, el estudio de variables en el contexto familiar supone el análisis de factores microsistémicos. En esa línea, Serafini et al. (2017) señalan que algunos estudios sugieren que son los contextos familiares de alto riesgo los que desempeñan un rol importante en las conductas autolesivas. Es así que Martin et al. (2016) analizaron eventos adversos de la vida familiar (divorcio entre progenitores, muerte parental, riesgo socioeconómico, presenciar abuso psicológico entre progenitores y presenciar violencia física entre progenitores), concluyendo que experimentar más de estos eventos aumenta la probabilidad de conducta autolesiva. Explican que los eventos adversos de la vida familiar pueden constituir factores estresantes crónicos alterando la capacidad biológica del individuo para regular el estrés, y por tanto generando una predisposición a involucrarse en comportamientos como las autolesiones para regular el estrés emocional.

En tanto que, el estudio de variables que pertenecen a contextos donde no está incluido el sujeto de interés pero que afectan indirectamente su contexto inmediato constituye un nivel de análisis exosistémico. En tal sentido se encuentran las investigaciones que analizan los efectos de las condiciones de vulnerabilidad socio-económica de los padres y las madres (tomando variables como las condiciones laborales o el nivel educativo) sobre el riesgo de que sus hijos o hijas presenten conductas autolesivas. En su investigación, Lodebo, Möller, Larsson y Engström (2017) encuentran que las condiciones socio-económicas más desfavorables de los padres y las madres (medidas a través del nivel educativo y el ingreso familiar) se asocian con mayor riesgo de autolesión en adolescentes, principalmente en las chicas. En tanto que Page et al. (2014) concluyen que crecer en circunstancias desfavorables con respecto a las condiciones socio-económicas de los padres y las madres (medidas a través del rendimiento educativo materno, las condiciones laborales de padre y madre, y el ingreso familiar) se asocia a un mayor riesgo de conducta autolesiva con intención suicida al llegar a la adolescencia. Ambos estudios plantean que sus hallazgos son consistentes con la hipótesis de causalidad social de las

problemáticas de salud mental, la cual afirma que experimentar desventajas socio-económicas aumenta el riesgo de sufrir problemas de salud mental (Mossakowski, 2014).

Lodebo et al. (2017) proponen que el vínculo entre las condiciones socio-económicas y las conductas autolesivas en adolescentes puede explicarse de tres maneras distintas. Primero, los y las adolescentes que crecen en contextos desfavorables se enfrentan a la exposición a múltiples factores estresantes, lo cual aumenta la predisposición a problemáticas de salud mental. Segundo, el contexto de mayor pobreza puede estar asociado a problemáticas de padres y madres, tales como el abuso de sustancias, las enfermedades de salud mental y/o físicas, lo cual repercute en la calidad de la crianza de sus hijos e hijas. Por último, la exclusión social producto de la falta de recursos familiares puede influir en menor autoestima, sentimientos de aislamiento y síntomas depresivos durante la adolescencia, que a su vez son variables relacionadas al comportamiento autolesivo.

Por otro lado, el estudio de características personales como factores de riesgo de la conducta autolesiva implica un nivel de análisis ontogénico. Es el caso, por ejemplo, de las investigaciones que buscan comprender si el sexo constituye un factor de riesgo. La conducta autolesiva históricamente se ha señalado como un comportamiento principalmente presente en mujeres, sin embargo nuevas investigaciones han expuesto resultados inconsistentes (Fox, Millner, Mukerji y Nock, 2017).

En el meta-análisis realizado por Bresin y Schoenleber (2015), concluyen que más mujeres que hombres reportan autolesiones, y que en las muestras clínicas esta diferencia es más amplia. Proponen una serie de hipótesis a investigar respecto al porqué las mujeres son más propensas que los hombres a esta conducta: diferencias según el género en la socialización de las emociones, afectando al tipo de emociones que experimentan; diferencias en la formas de lidiar con las emociones, donde las mujeres presentan más rumiación, aumentando el riesgo de autolesiones; influencia de factores biológicos como las diferencias hormonales; distinta función de la conducta autolesiva donde hombres refieren motivaciones interpersonales y las mujeres intrapersonales.

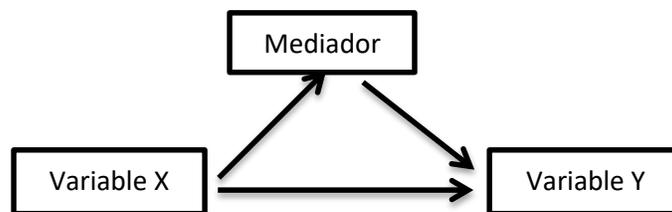
Liu, Scopelliti, Pittman y Zamora (2018), en su revisión respecto al vínculo entre maltrato infantil y conducta autolesiva plantean otra hipótesis respecto al sexo como factor de riesgo. Proponen que la mayor prevalencia de mujeres con conductas autolesivas es posible que se explique por una exposición más alta al maltrato infantil, principalmente al abuso sexual.

Por otra parte, los factores de riesgo pueden tener diferentes roles en la etiología de los problemas de salud, siendo algunos de esos roles de mediación o moderación (Kraemer, Stice, Kazdin, Offord y Kupfer, 2001). Wu y Zumbo (2008) entienden que los efectos de moderación o mediación constituyen hipótesis de cómo algo conduce a un efecto. Por ejemplo, en diversas investigaciones se ha vinculado el maltrato infantil a la conducta autolesiva, aunque se estima que no existe una asociación directa entre ambos factores, sino que está mediada o moderada por otras variables (Serafini et al., 2017).

Las variables mediadoras consisten en factores que explican cómo o por qué una variable afecta a otra variable. Es decir, un análisis de mediación intenta identificar el proceso intermediario que lleva de una variable independiente a una variable dependiente, por lo cual la mediación se denomina también efecto indirecto o intermedio (Kraemer et al., 2001; Wu y Zumbo, 2008). De esta forma, el maltrato infantil sería un factor de riesgo que se vincula con otros factores de riesgo intermediarios a la conducta autolesiva.

#### **Figura 4**

*Modelo del efecto de mediación*



*Figura 4.* Extraída de “Understanding and using mediators and moderators” (p. 370), por Wu y Zumbo, 2008, *Social Indicators Research*, 87.

Liu et al. (2018) señalan mediadores entre maltrato infantil y autolesiones hallados en investigaciones previas: la morbilidad psiquiátrica, la autoeficacia académica, la

autocrítica, el pesimismo, la culpa, la desregulación emocional, la expresividad emocional y la urgencia negativa.

Por otro lado, también es posible identificar moderadores del vínculo entre los factores de riesgo y la conducta autolesiva. Los moderadores consisten en factores que causan una variación en el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente. Es decir, afecta la relación entre una variable y el resultado, por lo cual se le llama modificador de efecto (Kraemer et al, 2001; Wu y Zumbo, 2008). Estudiar los moderadores permite identificar en qué circunstancias un factor de riesgo puede propender a adolescentes hacia conductas autolesivas, mientras que los mediadores describen posibles factores psicológicos que explican la relación entre un factor de riesgo y la conducta autolesiva (Valencia-Agudo, Corbet Burcher, Ezpeleta y Kramer, 2018).

### Figura 5

*Modelo del efecto de moderación*

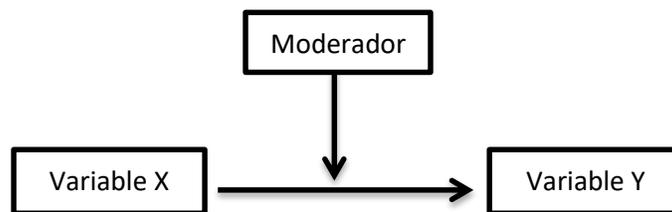


Figura 5. Extraída de “Understanding and using mediators and moderators” (p. 371), por Wu y Zumbo, 2008, *Social Indicators Research*, 87.

Liu et al. (2018) señalan potenciales moderadores entre el maltrato infantil y la conducta autolesiva que fueron estudiados: características genéticas involucradas en la neuroplasticidad, la expresividad emocional y la intensidad de emociones negativas.

### CAPÍTULO 3: MODELOS EXPLICATIVOS

A partir de la revisión de estudios sobre el comportamiento autolesivo se han propuesto una variedad de modelos que intentan explicar la función de dicha conducta. Algunos de los modelos propuestos son los siguientes (Suyemoto, 1998; Yip, 2005; Klonsky, 2007; Lauw, How y Loh, 2015):

- Modelo de regulación emocional: la conducta autolesiva es entendida como un intento de aliviar dolor emocional que no puede ser expresado de otro modo.
- Modelo anti-disociativo: la conducta autolesiva es entendida como método para poder limitar la experiencia de despersonalización o disociación producto de emociones intensas.
- Modelo anti-suicida: la conducta autolesiva es entendida como intento de evitar el suicidio mediante la canalización de impulsos destructivos hacia conductas de auto-injuria.
- Modelo de límites interpersonales: la conducta autolesiva es entendida como una forma de generar límites entre el yo y las otras personas, frente a la sensación de pérdida de la identidad.
- Modelo de influencia interpersonal: la conducta autolesiva es entendida como un método para comunicar una necesidad y buscar una reacción en otra persona.
- Modelo de auto-castigo: la conducta autolesiva es entendida como un intento de aliviar sentimientos de vergüenza, culpa u odio hacia sí.
- Modelo de búsqueda de sensaciones: la conducta autolesiva es entendida como un modo de buscar sensaciones de euforia o excitación.
- Modelo sexual: la conducta autolesiva es entendida como producto de conflictos sexuales

Nock y Prinstein (2004) estudiaron la funcionalidad de la conducta autolesiva en adolescentes en atención psiquiátrica. Encontraron que la mayoría refirió llevar a cabo conducta autolesiva con una función de refuerzo automático, es decir reforzada por la misma persona, por ejemplo como un modo de regulación emocional. Otro grupo considerable también refirió una funcionalidad social, es decir, reforzada socialmente, por ejemplo a través de la atención externa. Estos hallazgos están en consonancia con otros

estudios que sugieren que las personas llevan a cabo conductas autolesivas principalmente para la regulación emocional, con mayor frecuencia para disminuir o escapar de una intensidad emocional aversiva, y para comunicarse socialmente, como un modo de obtener la atención o influir en otras personas (Nock y Mendes, 2008).

Nock (2010) propone un modelo de desarrollo y mantenimiento de la conducta autolesiva, donde contempla una funcionalidad social y otra intrapersonal. Plantea que la conducta autolesiva se mantiene por cuatro formas de procesos de reforzamiento: un refuerzo intrapersonal negativo (el comportamiento es seguido por la disminución de pensamientos o sentimientos aversivos), un refuerzo intrapersonal positivo (el comportamiento es seguido por el aumento de pensamientos o sentimientos deseados), un refuerzo interpersonal negativo (el comportamiento es seguido por la disminución de un evento social aversivo), o un refuerzo interpersonal positivo (el comportamiento es seguido por el aumento de un evento social deseado).

Klonsky (2007) analizó 18 investigaciones empíricas sobre las funciones de la autolesión, tomando 7 modelos explicativos: de regulación emocional, anti-disociativo, anti-suicida, de límites interpersonales, de influencia interpersonal, de auto-castigo y de búsqueda de sensaciones.

Allí, describe que el modelo de regulación emocional sostiene que la conducta autolesiva es una estrategia para aliviar emociones negativas intensas. Se basa en teorizaciones de Linehan quien explica que los entornos invalidantes en la infancia pueden transmitir estrategias empobrecidas para hacer frente al estrés emocional. La conjunción entre crecer en estos contextos y la predisposición biológica a la inestabilidad emocional, resulta en dificultades para manejar las emociones. Debido a esto, estas personas pueden ser propensas a conductas autolesivas como una estrategia de regulación emocional desadaptativa.

El modelo anti-disociativo caracteriza la autolesión como una respuesta a episodios disociativos o de despersonalización. Este modelo entiende que las personas que se autolesionan experimentan episodios disociativos como resultado de emociones intensas. Entonces, generarse lesiones conmocionaría el sistema a través de la sangre o la sensación

física, interrumpiendo el episodio disociativo y permitiéndoles recuperar el sentido de sí mismas. Las personas que se disocian pueden mencionar tener una sensación de irrealidad o de vacío emocional, cumpliendo las autolesiones la función de ser una forma de generar sensaciones emocionales y físicas que les permitan sentirse reales o vivas nuevamente (Klonsky, 2007).

Por otro lado, el modelo anti-suicidio considera que la conducta autolesiva sería un mecanismo de afrontamiento para resistir el impulso de la conducta suicida. En este sentido, la autolesión sería un medio para expresar pensamientos suicidas pero sin arriesgar la vida (Klonsky, 2007).

El modelo de influencia interpersonal estipula que la conducta autolesiva cumple la función de influir a las personas del entorno. La autolesión es entendida como un pedido de ayuda, un modo de evitar el abandono, o de provocar un efecto en la otra persona. Quien lleva a cabo conductas autolesivas puede ser consciente o no del refuerzo proporcionado por las reacciones de las otras personas ante la autolesión (Klonsky, 2007).

En tanto que, para el modelo de límites interpersonales, Klonsky (2007) resume que la autolesión es entendida como una forma de afirmar los límites del yo. Las personas que se autolesionan carecerían de un sentido normal de sí mismas a causa de apegos maternos inseguros y la dificultad posterior para separarse de la madre. De esta forma, desde este modelo se entiende que marcar la piel que separa a la persona con su ambiente y con otras personas afirmaría la identidad y la autonomía.

El modelo de auto-castigo sugiere que la autolesión implica una expresión de ira o decepción hacia sí, aprendida del entorno. Se ha registrado que quienes se autolesionan expresan enojo auto-dirigido, por lo que la autolesión sería percibida como familiar y acorde emocionalmente, convirtiéndose en una forma de aliviar el estrés emocional (Klonsky, 2007).

Por último, Klonsky (2007) presenta el modelo de búsqueda de sensaciones. Refiere que este modelo considera la autolesión como un medio para generar emociones de manera

similar al salto en paracaídas o *bungee jumping*. Explica que tiene menor referencia en la literatura.

El autor concluye que todas las investigaciones analizadas aportan evidencia convergente al modelo de regulación emocional. Sostiene que los antecedentes hallados indican que hay emociones negativas intensas precedentes a la autolesión; luego de la autolesión se percibe una disminución de las emociones negativas y una sensación de alivio; la autolesión frecuentemente se realiza con la intención de aliviar emociones negativas; y que las emociones negativas y la tensión disminuyen a través de prácticas autolesivas en contextos controlados de investigación. Algunos estudios también proporcionaron evidencia sólida para el modelo de auto-castigo. Los modelos de anti-disociación, de influencia interpersonal, de búsqueda de sensaciones, de anti-suicidio y de límites interpersonales recibieron un apoyo empírico moderado.

La explicación más extendida de la conducta autolesiva propone que las personas que se autolesionan experimentan una intensidad emocional intolerable como respuesta a eventos estresantes. Ante esto, llevan a cabo la autolesión porque al hacerlo disminuye este malestar -a través de la distracción, la liberación de endorfinas u otro mecanismo desconocido-, reforzando negativamente la conducta (Nock y Mendes, 2008). Esta explicación está en línea con el modelo de regulación emocional, basado en las teorizaciones de Linehan.

Linehan (2003) desarrolla una teoría bio-social para explicar la desregulación emocional, típica en personas con diagnóstico de trastorno de personalidad límite, donde la conducta autolesiva sería una forma de regulación emocional. Ella plantea que la desregulación emocional es producto de la conjunción, durante el desarrollo, de una disposición biológica a la desregulación emocional (no necesariamente hereditaria) y de un contexto invalidante. El ambiente invalidante se caracteriza por responder errática o inapropiadamente a la experiencia interna de la niña o el niño; promover el control de la expresividad emocional (principalmente la expresión de las emociones negativas); restringir las demandas que puede realizar la niña o el niño al entorno; discriminar por su género y otras características; y el uso del castigo para controlar su conducta (incluyendo

maltrato físico y abuso sexual). La falta de habilidades para regular y expresar las emociones conduce al trastorno de conducta, de esta forma las emociones intensas organizan la conducta compitiendo con el repertorio de conductas menos emocionales. De esta forma, la conducta impulsiva, como ser la autolesiva, es comprendida como una estrategia poco adaptativa pero muy eficiente de regular las emociones.

En este mismo sentido, Victor y Klonsky (2014) concluyeron en su investigación que las personas que llevaban a cabo conductas autolesivas experimentan más emociones negativas, principalmente auto-insatisfacción. Se ha identificado que los estados emocionales informados como conducentes a un episodio de autolesión fueron predominantemente negativos, siendo las emociones más comunes la ira, la depresión, la soledad y la frustración. En contraposición, tras la conducta autolesiva las personas refieren un aumento de emociones positivas, particularmente el alivio (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Chapman y Dixon-Gordon, 2007). A su vez, Nock y Mendes (2008) hallaron en su estudio que adolescentes con historial de conducta autolesiva mostraban mayor reactividad fisiológica (medida a través de la conductancia de la piel) durante una tarea estresante, menor capacidad para tolerar este malestar y déficits en las habilidades para resolver problemas sociales.

En tanto que Chapman, Gratz y Brown (2006) proponen el modelo de evitación experiencial, que intenta explicar la autolesión deliberada a un nivel general en distintas poblaciones y no sólo en poblaciones clínicas específicas, como lo sería el modelo construido por Linehan. Plantean que la autolesión es un comportamiento que se refuerza negativamente a través de la reducción de las experiencias internas no deseadas, siendo éstas principalmente respuestas emocionales. Entienden que las personas que llevan a cabo esta conducta tienen fuertes repertorios de evitación experiencial, posiblemente derivados de respuestas emocionales intensas, poca tolerancia a la angustia, déficits en habilidades de regulación emocional y/o dificultades para implementar estrategias alternativas de afrontamiento cuando están emocionalmente activadas.

## **CAPÍTULO 4: ANTECEDENTES EN ARGENTINA**

Debido a la falta de acuerdo en la conceptualización de la conducta autolesiva, las distintas investigaciones definen dicha variable de forma diversa. Por esto, es posible encontrar estudios donde no se incluye el auto-envenenamiento por ingesta de medicación, drogas, u otras sustancias tóxicas (por ejemplo, Albores-Gallo et al., 2014). En contraposición, Torres et al. (2013) realizan un análisis de las consultas por auto-intoxicaciones intencionales atendidas por el servicio de toxicología del Sanatorio de Niños de la ciudad de Rosario (Santa Fé, Argentina). En su investigación, definen la auto-intoxicación a partir del cuadro clínico (intoxicación) y el origen intencional, sin diferenciar el grado de intención suicida. Destacan que la utilización de sustancias químicas es uno de los métodos autolesivos más prevalentes, y usualmente asociada a una baja intención suicida.

En antecedentes argentinos (Morra et al., 2013; Torres et al., 2013; Agüero et al., 2017), se consideró la dificultad para valorar si la conducta autolesiva había sido con intencionalidad suicida o no. Asimismo, se incluyó la auto-intoxicación o auto-envenenamiento como conducta autolesiva. De esta forma, la conducta autolesiva fue definida como el acto deliberado por el cual una persona se produce daño corporal a sí misma, independientemente de la motivación. Esta conceptualización se encuentra en línea a la propuesta por el Instituto Nacional de Excelencia en Sanidad y Asistencia del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence, 2011).

Respecto al proceso de recolección de datos, Agüero et al. (2017) y Morra et al. (2013) refieren los obstáculos que afrontaron al trabajar con registros hospitalarios en Argentina. Morra et al. (2013) plantean que las variables que estudiaron fueron seleccionadas en base a la bibliografía consultada, pero principalmente teniendo en cuenta la disponibilidad de la información en los registros hospitalarios. Agüero et al. (2017) detectaron que en las historias clínicas no se registra rutinariamente la edad de inicio de la conducta autolesiva, la función y el contexto de dicha conducta, y la presencia de ideación suicida. Entienden que esto constituye un límite en la evaluación de aspectos que pueden ser relevantes.

Agüero et al. (2017) explican que realizaron una búsqueda en las historias clínicas, para lo cual tuvieron en cuenta: autoagresión (se describió el tipo, localización, si presentaba autoagresiones al momento de la consulta y antecedentes de autoagresiones en familiares o amistades), edad, sexo, motivo de consulta clínica, desarrollo puberal (se evaluó estadios de maduración sexual de Tanner, y en mujeres edad de menarca), escolaridad (donde se categorizó: “con sobre-edad escolar”, “sin sobre-edad escolar”, abandono escolar, repitencia), salud sexual y reproductiva (tomando en cuenta: edad de inicio de relaciones sexuales, tipo de relación –hetero, homo, bisexual-, antecedente de abuso sexual), consumo de sustancias psicoactivas (si consumió y qué tipo de sustancia), e ideación suicida. Asimismo, en su investigación registraron el uso de varios métodos de autolesión.

En tanto que Morra et al. (2013), para la recolección de datos, describen que luego de haberse identificado los sujetos de la muestra, se accedió a las respectivas historias clínicas para recabar información y a los registros escritos en el libro de la guardia del servicio de salud mental. Las variables estudiadas se establecieron en categorías excluyentes, excepto las características clínicas. Las variables sociodemográficas fueron: sexo, edad, localidad de residencia y situación conyugal. Para estudiar las características clínicas se tuvo en cuenta: antecedentes psiquiátricos, intentos de suicidio previos y consumo de sustancias psicoactivas. Los métodos de la conducta autolesiva incluidos fueron: ingesta de medicamentos, cortes en antebrazos, lesiones no especificadas, ahorcamiento, ingesta de tóxicos, caída desde altura, arrojarse delante de vehículos en movimiento y el uso de armas de fuego. Los motivos desencadenantes fueron categorizados como: conflictos familiares, conflictos de pareja, conflictos de pareja y familiares, fallecimiento de familiar, problemáticas laborales, violencia doméstica y situaciones de encierro (personas que se encuentran detenidas en cárceles o residiendo en institutos de menores). En tanto que la temporalidad de la conducta autolesiva fue estudiada según los días de la semana.

# **SEGUNDA PARTE:**

# **METODOLOGÍA**

## **RELEVANCIA**

La conducta autolesiva se considera un problema grave de salud pública. En Argentina se detectó un aumento del 31% de los egresos en hospitales públicos por lesiones autoinfligidas desde el año 2005 hasta el 2011. La mayor proporción de egresos en las mujeres constituye el grupo comprendido entre los 15 a 19 años, y en hombres el grupo de 20 a 24 años (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2014b).

Sin embargo, existe escasa producción local respecto a la temática. En la revisión bibliográfica se ha hallado material abundante vinculado al estudio de la conducta autolesiva en adolescentes principalmente proveniente de Norteamérica y Europa. Existen publicaciones de otros puntos del mundo, pero particularmente América Latina y el Caribe tiene escasa investigación al respecto.

En Argentina apenas se han explorado características vinculadas a la conducta autolesiva. Se halló antecedentes que estudian el vínculo entre la conducta autolesiva con los diagnósticos psicopatológicos (Bella, Fernández y Willington, 2010; Morra et al., 2013), con dificultades en habilidades emocionales e interpersonales (Galarza, Castañeiras y Fernández Liporace, 2018) y con conflictos familiares (Burgos, et al., 2017).

El presente estudio pretende contribuir al entendimiento de la conducta autolesiva en adolescentes de Argentina, conducta que estaría en aumento principalmente en dicha franja etaria. Esto resultaría un aporte para el análisis comparativo entre poblaciones de distintas regiones, y para acrecentar la información local necesaria en pos de construir estrategias unificadas de prevención y tratamiento.

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir la conducta autolesiva de niños, niñas y adolescentes ingresados e ingresadas a salud mental en el contexto local, y sus características de la historia personal y ciertas problemáticas contextuales asociadas como potenciales factores de riesgo.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características epidemiológicas de la muestra: la prevalencia respecto al total de ingresos para atención en salud mental, la prevalencia según el sexo y según la edad.
- Analizar la función de la conducta autolesiva.
- Analizar la presencia de maltrato infantil, problemáticas familiares y vulnerabilidad socio-económica.
- Describir la presencia de otras características en la muestra consideradas factores de riesgo de conducta autolesiva: diagnóstico de trastorno en salud mental, dificultades escolares, antecedentes de conducta autolesiva en la familia, orientación sexual.
- Identificar la presencia de ideación suicida y de conducta suicida previa.
- Identificar el tipo de autolesión y su prevalencia.

## **HIPÓTESIS**

- Las características sociodemográficas serán congruentes con las descritas a nivel internacional y nacional, siendo la edad de inicio de la conducta autolesiva entre los 12 y 14 años, declinando hacia los 18 y 20 años, con una prevalencia sobre los ingresos totales al área de salud mental de alrededor del 15%, y una prevalencia del sexo femenino entre el 60 y el 90%.
- La función de la conducta autolesiva será con mayor frecuencia de regulación emocional.
- Se hallará una alta prevalencia de experiencias adversas de la vida: historia de maltrato infanto-juvenil, problemáticas familiares y vulnerabilidad socio-económica.
- Se hallará la presencia de características consideradas factores de riesgo de conducta autolesiva: problemáticas en salud mental, dificultades escolares, antecedentes de conducta autolesiva en la familia, orientación sexual homosexual o bisexual.
- Se hallará una prevalencia alta de conducta suicida previa a la autolesión y de pensamiento suicida actual.

- Los tipos de conducta autolesiva más frecuentes y su prevalencia serán similares a los descriptos en investigaciones argentinas anteriores: cortes en antebrazos, ingesta de medicación y/u otro tipo de drogas, ahorcamiento.

## **DISEÑO**

Consiste en una investigación cuantitativa, no experimental, transeccional y descriptiva. Es cuantitativa porque recolecta datos para probar las hipótesis, en base a la medición numérica y el análisis estadístico; no experimental porque se realiza sin manipular deliberadamente la variable independiente, es decir se observan los fenómenos como se dan en el contexto natural; transeccional porque se recolectan los datos en un momento único; y descriptiva porque busca recoger información para especificar características de las variables implicadas (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006)

Las variables que se analizan en este estudio son características socio-demográficas y psico-sociales. Dentro de las características socio-demográficas se incluyó la edad, el sexo (varón, mujer), la nacionalidad, la vulnerabilidad socio-económica (si el domicilio se encuentra en una zona socio-económicamente vulnerable) y la escolaridad (si está escolarizado o no, y si presenta dificultades en la escolarización).

Las características psico-sociales que se tuvieron en cuenta fueron: si inicia tratamiento o no, tiempo en tratamiento, tipo de autolesión, hospitalización previa por autolesión, conducta suicida previa, presencia de pensamientos suicidas, función de la conducta autolesiva (de refuerzo intrapersonal negativo, de refuerzo intrapersonal positivo, de refuerzo interpersonal negativo, de refuerzo interpersonal positivo), diagnóstico presuntivo en salud mental, orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual), eventos adversos en el contexto familiar (violencia doméstica, separación de progenitores, familiar con problemas de salud mental, familiar con discapacidad, fallecimiento de familiar, familiar con consumo problemático de sustancias psicoactivas, familiar con enfermedad médica, ausencia paterna, ausencia de persona responsable y familiares en

conflicto con la ley penal), convivientes, conducta autolesiva en familiares, fuga del hogar, maltrato infantil (maltrato físico, maltrato emocional, negligencia, abandono, abuso sexual infantil, síndrome de Munchausen por poderes, acoso entre pares, noviazgo violento, explotación sexual, trabajo infantil, ritualismo, corrupción, maltrato institucional), y solicitud de medida legal de restitución de derecho bajo figura de “medida de abrigo”.

La selección de estas variables se realizó a partir de las referencias en los antecedentes consultados, y teniendo en cuenta la disponibilidad y accesibilidad a la información en los registros utilizados.

Las variables fueron relevadas en base a los registros conservados en las historias clínicas de un área de salud mental de niños, niñas y adolescentes de un municipio del conurbano bonaerense (provincia de Buenos Aires, Argentina) y, complementariamente, con los registros de seguimiento del área de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes de dicho municipio.

## **MUESTRA**

En primer lugar, se obtuvo el total de niñas, niños y adolescentes que ingresaron a un área de salud mental de niños, niñas y adolescentes entre el 6 de noviembre de 2013 y el 4 de agosto de 2017. Esta área pertenece a un municipio del conurbano bonaerense (provincia de Buenos Aires, Argentina) y está destinado a dar atención prioritaria a derivaciones realizadas por otras instituciones (como ser: otra área de salud, la escuela, un área de la justicia o el área de seguimiento de niñez y adolescencia), ante situaciones que se consideran de gravedad (chicos y chicas viviendo en la calle, y/o con autolesiones, y/o con medida judicial que implica su separación del núcleo familiar, y/o con indicación de tratamiento psicofarmacológico pero sin seguimiento de salud mental, y/o con diagnóstico de trastorno del desarrollo pero sin atención en salud).

Del grupo total de ingresos a esta área de salud mental, se detectó el conjunto cuyo motivo de ingreso fue por “autolesiones”, “intento de suicidio” o “autoagresión”. Así, se delimitó una muestra de 180 sujetos.

Posteriormente, se trabajó en profundidad con una muestra comprendida por 50 niños, niñas y adolescentes, para la cual se logró tener acceso a fuentes de información para analizar las variables de interés. La constitución de dicha muestra estuvo determinada por la accesibilidad a dicha información. Es decir, a partir de los 180 sujetos que se detectaron que tuvieron motivo de ingreso al área de salud mental por autolesiones, se logró acceder a material para analizar más variables de interés solamente en 50 casos.

De esta forma, el muestreo fue no probabilístico debido a que se seleccionaron casos típicos relacionados a las características de la investigación (Hernández Sampieri et al., 2006).

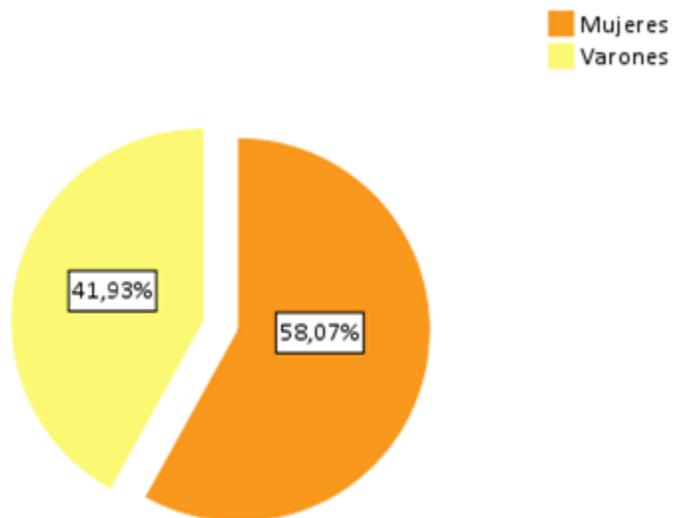
### **CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA**

La población total ingresada entre el 6 de noviembre de 2013 y el 4 de agosto de 2017 al área de salud mental de niños, niñas y adolescentes del municipio con el cual se trabajó fue de 943 ingresos.

De los 943 ingresos, en 8 casos no quedó registrado el sexo, 543 fueron registrados como mujeres y 392 como varones, representando el 58,07% y el 41,93% respectivamente.

**Figura 6**

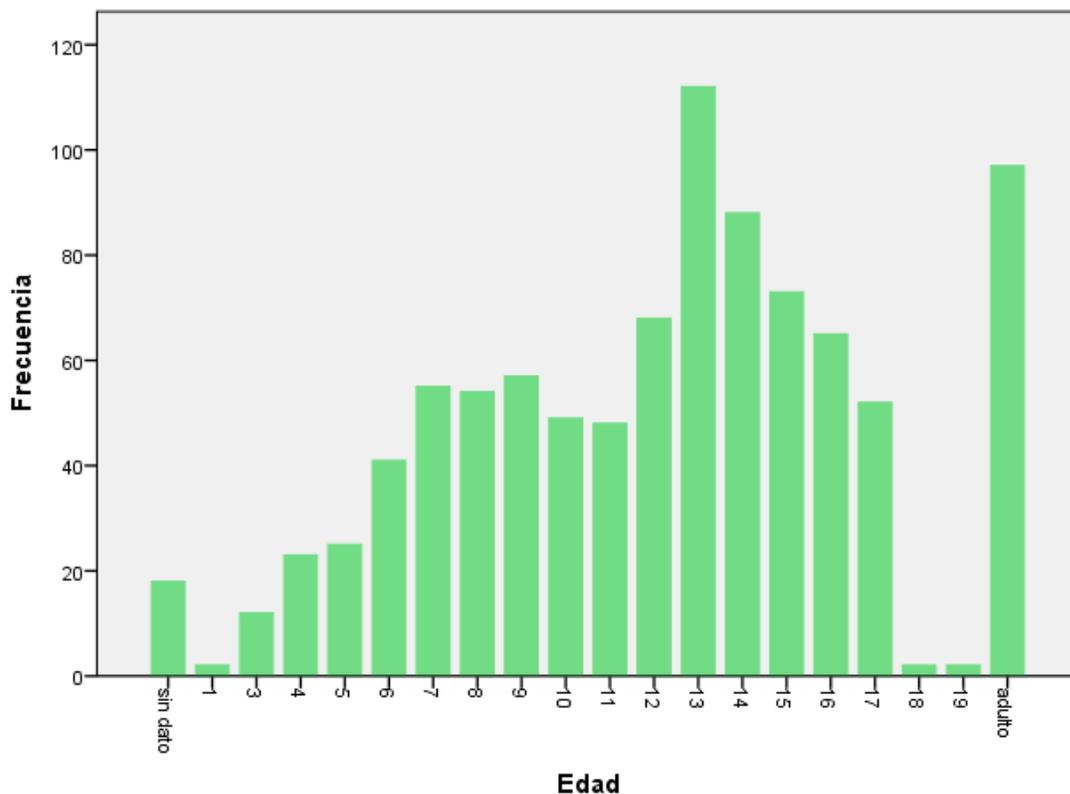
*Distribución porcentual por sexo de la totalidad de ingresos (exceptúa datos perdidos)*



Las edades estuvieron comprendidas entre un año (2 casos) y 19 años. En 97 casos se registró que la persona era adulta (es decir, mayor a 18 años), y en 18 casos quedó registrado que no se tenía el dato de la edad. La frecuencia de las edades en la totalidad de ingresos se observa en la figura número 7.

**Figura 7**

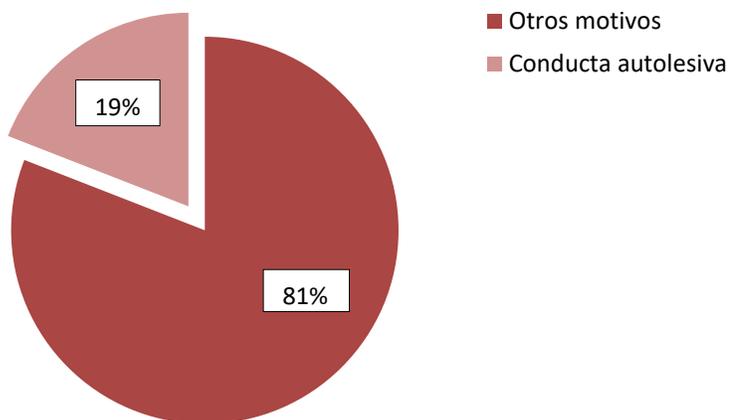
*Frecuencia de las edades en la totalidad de ingresos*



De los 943 ingresos, en 180 casos el motivo de ingreso fue por conducta autolesiva, lo cual representa el 19.08%.

**Figura 8**

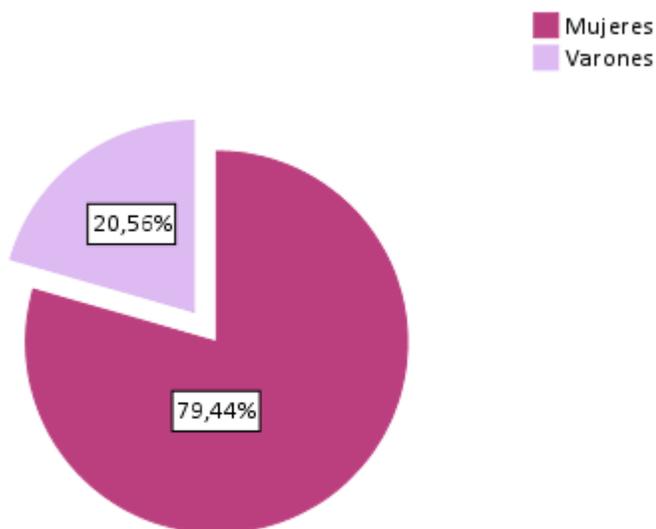
*Distribución porcentual de los motivos de ingreso*



De estos 180 ingresos por conducta autolesiva, en 37 casos quedó registrado como varón y en 143 casos quedó registrado como mujer, lo cual representa el 20,56% y el 79,44% de los ingresos por autolesiones, respectivamente.

**Figura 9**

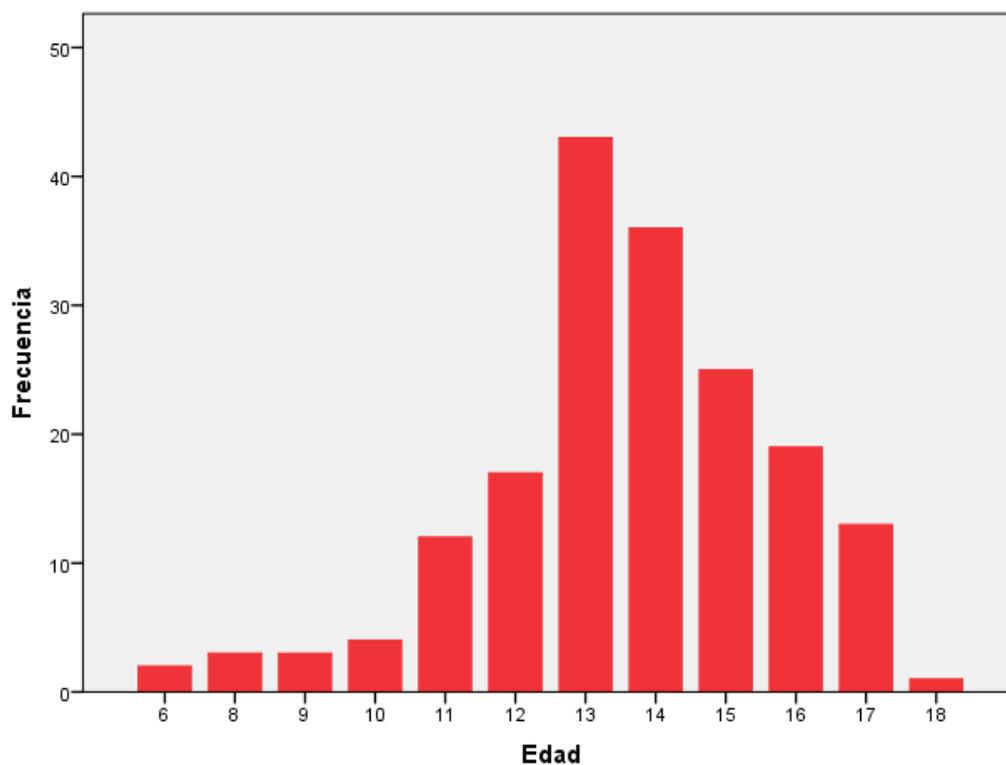
*Distribución porcentual por sexo en los 180 ingresos por autolesiones*



La edad de los niños, niñas y adolescentes ingresados por conducta autolesiva comprendió un rango entre 6 años y 17 años, siendo la media 13,47.

**Figura 10**

*Frecuencia de las edades en los 180 ingresos por autolesiones*

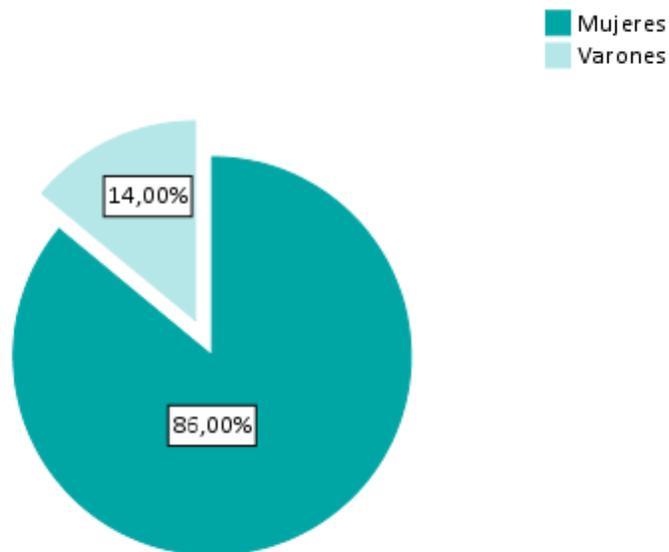


De los 180 casos de ingresos por conducta autolesiva, se logró acceder a mayor información para analizar más variables (como ser: domicilio, convivientes, vivencia de situaciones de maltrato infantil) en 50 casos.

Esta muestra está constituida por 43 mujeres y 7 varones, lo cual significa el 86% y el 14% de la muestra respectivamente.

**Figura 11**

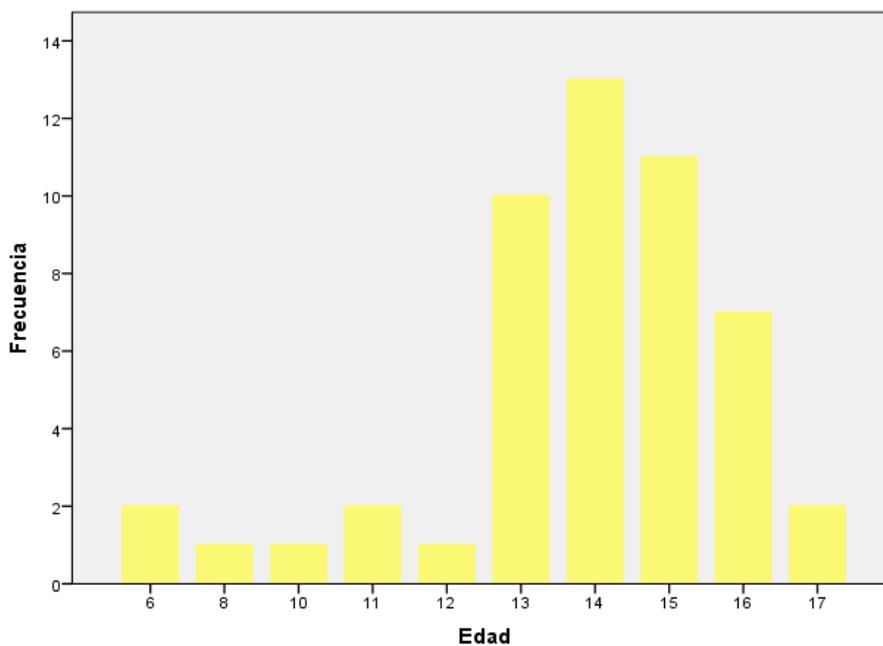
*Distribución porcentual por sexo en la muestra de 50 ingresos*



Las edades de esta muestra estuvieron comprendidas entre los 6 y los 17 años, siendo la media 13,74.

**Figura 12**

*Frecuencia de las edades en la muestra de 50 ingresos*



## INSTRUMENTO

Se confeccionó un instrumento de relevamiento para detectar y categorizar la información que se rastreó de los registros. Para su realización se tuvieron en cuenta datos socio-demográficos y datos psico-sociales. Dentro de los datos socio-demográficos se incluyó la edad, el sexo (varón, mujer), la nacionalidad, el último domicilio registrado y la escolaridad (si iba a la escuela o no, y si presenta sobre-edad, abandono en época anterior o repitencia).

A través del último domicilio registrado se pudo efectuar un análisis de vulnerabilidad socio-económica utilizando el mapa realizado por el Instituto de Estudios y Administración Local (2017). En dicho mapa, los barrios identificados como socialmente vulnerables son, en la mayoría de los casos, villas de emergencia o asentamientos precarios, que se caracterizan por déficits en el acceso a los servicios públicos, viviendas construidas con materiales precarios, alta densidad poblacional, irregularidad en la tenencia de las tierras y falta de planificación urbana.

En el trabajo realizado por el Instituto de Estudios y Administración Local (2017), se conceptualiza vulnerabilidad social como “una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar -en tanto subsistencia y calidad de vida- en contextos socio-históricos y culturalmente determinados”.

Los datos psico-sociales que se tuvieron en cuenta fueron: si inicia tratamiento o no, tiempo en tratamiento, tipo de autolesión, hospitalización previa por autolesión, conducta suicida previa, presencia de pensamientos suicidas, función de la conducta autolesiva (de refuerzo intrapersonal negativo, de refuerzo intrapersonal positivo, de refuerzo interpersonal negativo, de refuerzo interpersonal positivo), diagnóstico presuntivo en salud mental, orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual), eventos adversos en el contexto familiar (presencia y tipos), convivientes, conducta autolesiva en familiares, fuga del hogar, maltrato infantil (presencia y tipos) y solicitud de medida legal de restitución de derecho bajo figura de “medida de abrigo” (en el marco de la ley de la provincia de Buenos

Aires N° 13.298 de promoción y protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes).

Los eventos adversos en el contexto familiar que se tuvieron en cuenta son: violencia doméstica, separación de progenitores, familiar con problemas de salud mental, familiar con discapacidad, fallecimiento de familiar, familiar con consumo problemático de sustancias psicoactivas, familiar con enfermedad médica, ausencia paterna, ausencia de persona responsable y familiares en conflicto con la ley penal. Estos factores se identificaron como relevantes en base a los antecedentes previos (Fliege et al., 2009; Hawton et al., 2012a).

Para identificar los datos psico-sociales relevantes se contemplaron las definiciones de los siguientes conceptos.

Para la identificación de la violencia doméstica se tiene en cuenta la definición del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2000), la cual describe que “comprende toda violencia cometida por una persona con la cual la víctima tiene una relación íntima o por otros miembros de la familia, cualesquiera sean el lugar y la forma en que se manifieste dicha violencia” (p. 1).

Para la identificación de familiares con consumo problemático de sustancias psicoactivas se tiene en cuenta la definición de Arrieta (comp., 2017), quien plantea que es el consumo que “empieza a tener consecuencias negativas en la salud y que causa efectos perjudiciales tanto en los aspectos de la vida de la persona como en otros aspectos relacionados con los individuos, las familias, los amigos y la sociedad” (p. 10).

Para la identificación y categorización del maltrato infanto-juvenil se utiliza la clasificación propuesta por el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2012):

- Maltrato físico: toda acción que atente contra la integridad física de la niña, niño o adolescente, produciendo daño físico, enfermedad o la posibilidad de sufrir alguno de éstos.

- **Maltrato emocional:** la hostilidad, el rechazo, la denigración verbal, la descalificación constante, la indiferencia o cualquier acción que humille al niño, niña o adolescente en forma crónica, proporcionándole un contexto de desarrollo emocional inestable o amenazante.
- **Negligencia:** situaciones donde las necesidades físicas y/o emocionales de los niños, niñas o adolescentes no son atendidas temporalmente o permanentemente a partir de un accionar por omisión.
- **Abandono:** des-implicación física, psíquica y/o emocional de manera eventual, frecuente o permanente respecto a las responsabilidades sobre los niños, niñas o adolescentes a cargo.
- **Abuso sexual infantil:** cuando una niña, niño o adolescente es involucrado o involucrada en actividades sexuales, con o sin contacto físico, que transgreden las leyes o las restricciones sociales, y que son ejercidas por alguien que sostiene un vínculo asimétrico de poder.
- **Síndrome de Munchausen por poderes:** la persona responsable aparenta preocupación, a la vez que provoca o simula repetitivamente o crónicamente síntomas físicos o psicológicos de una enfermedad en la niña, niño o adolescente.
- **Acoso entre pares:** persecución física y psicológica repetida a una niña, niño o adolescente, por parte de sus pares, dificultando su integración en el medio y el desarrollo de los aprendizajes.
- **Noviazgo violento:** control de uno hacia el otro miembro de la pareja, o control cruzado de ambos miembros.
- **Explotación sexual:** toda situación que comprenda la utilización de niños, niñas o adolescentes para la satisfacción sexual, a cambio de remuneración en dinero, especies (regalos, droga, entre otras), protección o favores.
- **Trabajo infantil:** trabajo que realiza una persona menor de 15 años de manera remunerada o no, que pueda ser peligroso o que entorpezca su educación o sea nocivo para su desarrollo.
- **Ritualismo:** prácticas religiosas que someten a las niñas, niños o adolescentes a situaciones de maltrato.

- Corrupción: fomentar en la niña, niño o adolescente actividades nocivas para su desarrollo integral, tales como el consumo problemático de sustancias, actos delictivos, conducta violenta, entre otras.
- Maltrato institucional: cualquier actuación institucional encarnada en acciones individuales que conlleve la vulneración de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Para la identificación de familiares con discapacidad se tiene en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud, que engloba deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. “Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales” (Organización Mundial de la Salud, 2020b). De esta forma, se entiende que la discapacidad es producto de la interacción entre los factores personales y ambientales.

En el Anexo 1 se puede acceder a la planilla de relevamiento resultante.

## **PROCEDIMIENTO**

A mediados del año 2017 se comenzó la búsqueda de antecedentes bibliográficos respecto a conducta autolesiva en adolescentes. A la par, se inició la construcción del proyecto en conjunto con el director de tesis.

Luego de que se estableciera el problema a investigar, se realizaron los primeros contactos con los dos áreas con los que se trabajaría para recabar la información necesaria: el área de salud mental para niños, niñas y adolescentes de un municipio del conurbano bonaerense (Buenos Aires, Argentina) y el área de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes del mismo municipio. La selección de dichas áreas fue en base a la posibilidad de acceso a los datos requeridos. Una vez que se establecieron acuerdos con los dos organismos, se confeccionó el consentimiento informado que fue firmado por las

autoridades de ambas áreas. El modelo del consentimiento confeccionado se puede conocer en el Anexo 2.

Para relevar la información necesaria se utilizaron dos fuentes. Por un lado, en base a la detección de quiénes ingresaron al área de salud mental por conducta autolesiva, se utilizó un informe estadístico realizado por la misma institución. De aquí se pudo extraer el sexo y la edad de los 180 ingresos por conducta autolesiva.

Por otro lado, se buscó en registros del área de salud mental para niños, niñas y adolescentes y en el área de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes del mismo municipio mayor cantidad de datos que puedan ser utilizados para el análisis de las variables de interés. Para esto se utilizó una planilla de levantamiento de datos. Este instrumento fue confeccionado en base a antecedentes hallados. La planilla fue reformulada después de una primera prueba con el fin de facilitar la recolección de datos. Finalmente, en diciembre de 2017 se inició el proceso de búsqueda de los datos necesarios. Con dicho fin se establecieron entrevistas con los psicólogos y las psicólogas del área de salud mental donde se accedió a las historias clínicas, y a su vez, se realizaron encuentros en la sede del área de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes donde se rastreó información a través de la lectura de los legajos.

En la recolección de información se presentaron dificultades debido a que en ambas áreas los registros no estaban completos, entonces, dependía del profesional la información que quedaba apuntada. A causa de esto, muchos datos no se hallaron. Por lo tanto, dentro de la muestra de 50 sujetos, aunque se pudo encontrar mayor cantidad de datos valiosos que los obtenidos para la muestra de 180 sujetos, hay variables que no se pudieron analizar en todos los casos.

En mayo de 2018 se finalizó el proceso de recolección de datos y se procedió a categorizar la información obtenida. Posteriormente, se efectuó el análisis de estos datos y se plasmó en la escritura de la tesis los antecedentes hallados, los datos obtenidos y su análisis.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Para el análisis de los datos se generaron tres bases de datos a través del programa Microsoft Excel 2010, correspondientes a: los ingresos totales (943 sujetos), los ingresos por conducta autolesiva (180 sujetos) y la muestra de 50 sujetos en la que se pudo recabar información en mayor profundidad.

Asimismo, para el procesamiento estadístico de la información también se generaron tres bases de datos específicas con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics en su versión 21.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de las variables. Además, se llevó a cabo un análisis asociativo donde se empleó el coeficiente de correlación de Pearson en el caso de las variables cuantitativas, y se recurrió a tablas de contingencia para el análisis de variables nominales.

# **TERCERA PARTE:**

# **ANÁLISIS**

## **CAPÍTULO 1: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES SOCIO- DEMOGRÁFICAS**

En la muestra de 50 sujetos se pudo acceder a mayor cantidad de datos que para la muestra de 180 sujetos. De esta forma, además del sexo y la edad se pudo relevar la nacionalidad, el último domicilio registrado y la escolaridad. A continuación se describen los datos que se obtuvieron para la muestra de 50 casos.

Como se observará, en cada variable hubo datos perdidos debido a la metodología de recolección y registro de información que sostienen las áreas que funcionaron como fuente de información para esta investigación. Para cada variable se especifica cuántos datos se perdieron.

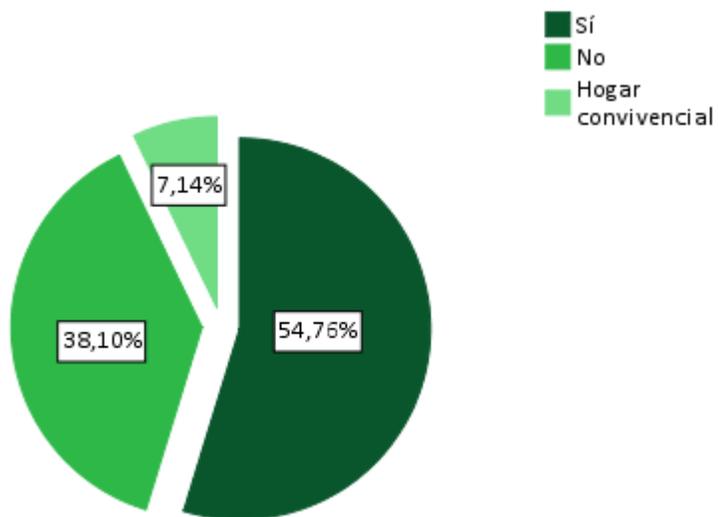
### Vulnerabilidad socio-económica:

A través del domicilio referido se identificó si la vivienda se ubicaba en una zona considerada socialmente vulnerable o no, utilizando el mapa de georreferenciación de los barrios vulnerables confeccionado por el Instituto de Estudios y Administración Local (2017).

De los 50 ingresos, en 8 casos no quedó asentado el último domicilio en los registros a los que se accedieron, en 3 casos el domicilio consignado correspondía a una institución convivencial de resguardo, en 16 casos el domicilio no se ubicaba en una zona socialmente vulnerable y en 23 casos el domicilio sí se ubicaba en una zona socialmente vulnerable. Es decir, del porcentaje válido (excluyendo los datos perdidos) el 54,76% de los domicilios registrados se ubicaba en una zona socialmente vulnerable y el 38,10% de los domicilios registrados no se ubicaba en una zona socialmente vulnerable.

**Figura 13**

*Distribución porcentual por domicilio en área socialmente vulnerable (exceptúa datos perdidos)*

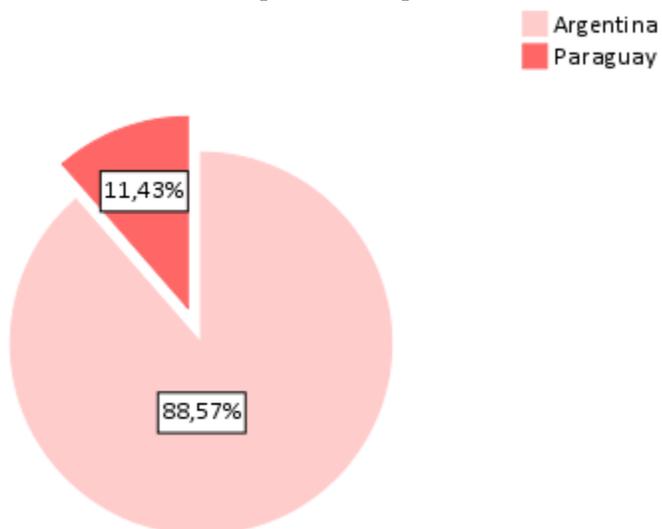


Nacionalidad:

En cuanto a la nacionalidad, en 15 casos no quedó registrado el lugar de proveniencia del niño, niña o adolescente, en 31 casos se consignó nacionalidad argentina y en 4 casos se consignó nacionalidad paraguaya.

**Figura 14**

*Distribución porcentual por nacionalidad (exceptúa datos perdidos)*



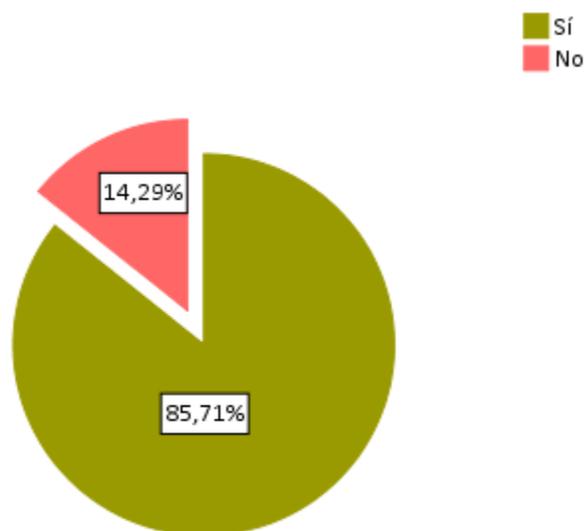
### Escolaridad:

Respecto a la escolaridad, se tuvo en cuenta si en el momento de ingresar al área de salud mental el niño, niña o adolescente estaba asistiendo a la escuela, y también se rastreó el registro de alguna dificultad en la trayectoria escolar.

De los 50 ingresos, en un caso no quedó registrado si se encontraba escolarizado o no, 42 casos sí se encontraban escolarizados y 7 casos no estaban escolarizados.

### **Figura 15**

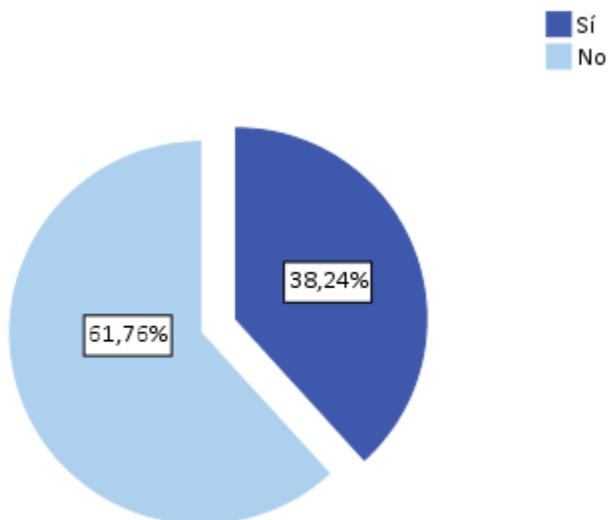
*Distribución porcentual por escolarización (exceptúa datos perdidos)*



Para evaluar la situación escolar, además de la asistencia o no, se rastreó si había quedado consignado sobre-edad escolar, abandono en algún momento anterior o repitencia. A partir de esta búsqueda se detectó que en 16 casos no quedó registrada información extra sobre la trayectoria escolar, en 13 casos se encontraron dificultades en la trayectoria escolar (sobre-edad, abandono, repitencia) y en 21 casos no se halló dificultades en la trayectoria escolar.

**Figura 16**

*Distribución porcentual por presencia de dificultades escolares (exceptúa datos perdidos)*



Es decir, respecto a la escolaridad se encontró que, dentro de la muestra de 50 sujetos, 7 casos no estaban escolarizados en ese momento y 13 casos presentaron alguna dificultad escolar, como sobre-edad, abandono en algún momento de su trayectoria escolar o repitencia. Cabe agregar que dentro del rastreo de situaciones de maltrato infanto-juvenil se hallaron 6 casos que presentaron acoso entre pares en contexto escolar.

## **CAPÍTULO 2: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES PSICO-SOCIALES**

Como se refirió anteriormente, en la muestra de 50 sujetos se pudo acceder a mayor cantidad de datos que para la muestra de 180 sujetos. De esta forma, se pudo hallar información relevante para describir los siguientes aspectos: si inicia tratamiento o no, tiempo en tratamiento, tipo de autolesión, hospitalización previa por autolesión, conducta suicida previa, presencia de pensamientos suicidas, función de la conducta autolesiva, diagnóstico presuntivo en salud mental, orientación sexual, eventos adversos en el contexto familiar, convivientes, conducta autolesiva en familiares, fuga del hogar, maltrato infantil, y si existe solicitud de medida legal de restitución de derecho bajo figura de “medida de abrigo”.

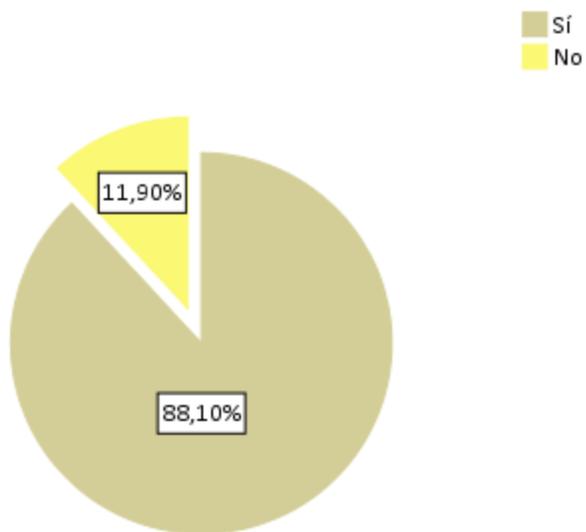
Sin embargo, en cada variable hubo datos perdidos debido a la metodología de recolección y registro de información que sostienen las áreas que funcionaron como fuente de información para esta investigación. Por lo tanto, a continuación se describen los datos que se lograron obtener en la muestra de 50 sujetos para el análisis de las variables psicosociales. Para cada variable se especifica cuántos datos se perdieron.

### Inicio de tratamiento:

Del grupo de niños, niñas y adolescentes que conformaron la muestra a la que se pudo acceder a mayor información, se detectó que tras la solicitud de ingreso al área de salud mental, en 37 casos finalmente iniciaron tratamiento, 5 no iniciaron tratamiento y en 8 casos no se hallaron los datos.

**Figura 17**

*Distribución porcentual por inicio de tratamiento (exceptúa datos perdidos)*

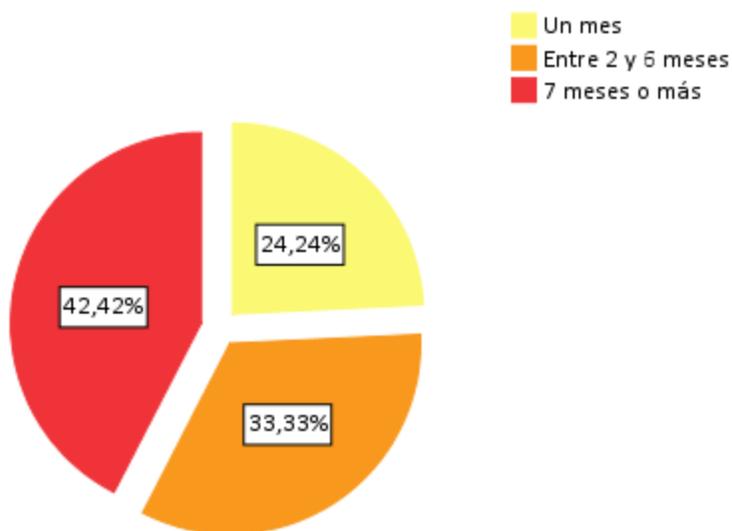


Tiempo en tratamiento:

Entre quienes se pudo confirmar que iniciaron tratamiento (37 casos), 8 casos asistieron sólo un mes, 11 casos asistieron entre 2 y 6 meses, y 14 asistieron más de 7 meses. Hubo 4 casos que no se halló cuánto tiempo asistieron.

**Figura 18**

*Distribución porcentual por tiempo en tratamiento (exceptúa datos perdidos)*



### Tipo de autolesión:

Respecto al tipo de autolesión infringida, en 45 sujetos se logró recabar información, detectándose una diversidad de conductas: ahorcarse, golpear objetos, cortarse, intoxicarse, rasguñarse, pincharse. Sin embargo, el cortarse fue la conducta autolesiva más predominante, presentándose en 41 sujetos. En 27 sujetos sólo se registró conducta de cortarse, en tanto que en 14 sujetos se registró esta conducta autolesiva y alguna más.

**Tabla 1**

*Frecuencia de tipos de autolesiones (exceptúa datos perdidos)*

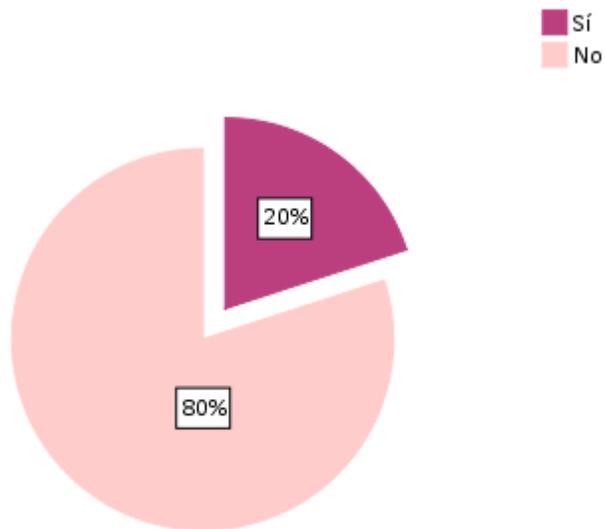
Tipo de autolesión	Frecuencia
Ahorcarse	1
Golpear objetos	2
Cortarse	27
Intoxicarse	1
Intoxicarse y cortarse	7
Golpear objetos y cortarse	2
Cortarse y rasguñarse	1
Cortarse y ahorcarse	1
Cortarse, golpear objetos y ahorcarse	1
Golpear objetos, cortarse y rasguñarse	1
Cortarse, golpearse y pincharse	1
Total	45

### Hospitalización previa por autolesión:

Se pudo detectar que en 10 casos había registro de internación previa por conducta autolesiva.

**Figura 19**

*Distribución porcentual por internación hospitalaria previa por conducta autolesiva*

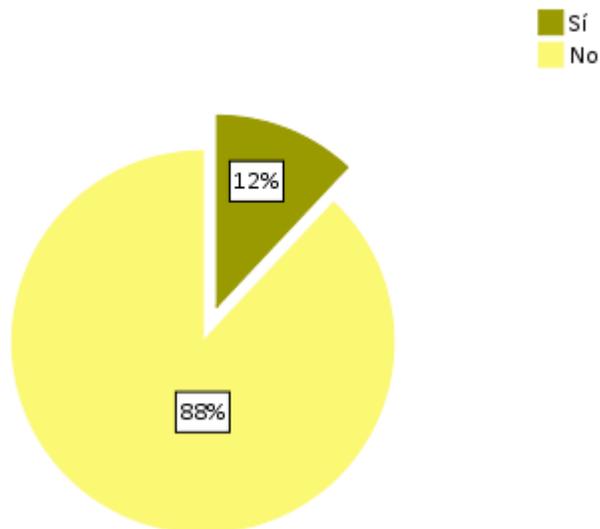


Conducta suicida previa:

Por otro lado, se encontraron 6 casos donde se registró que habían referido conducta suicida en el pasado.

**Figura 20**

*Distribución porcentual por conducta suicida anterior registrada*

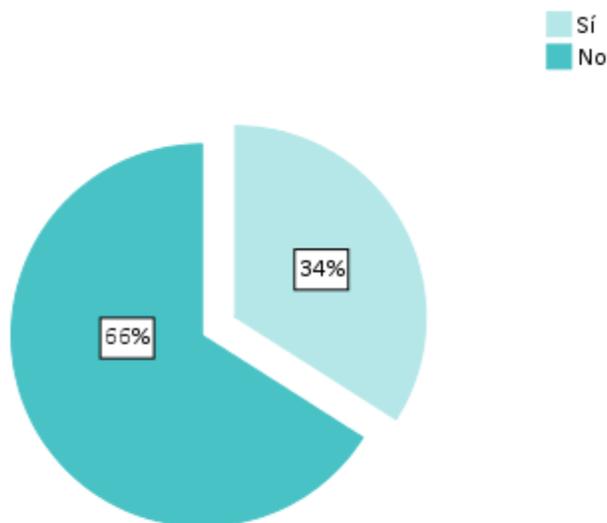


### Presencia de pensamiento suicida:

En 17 casos se halló registro de que habían referido pensamiento suicida al momento de ser entrevistados.

### **Figura 21**

*Distribución porcentual por pensamiento suicida registrado*



### Función de la conducta autolesiva:

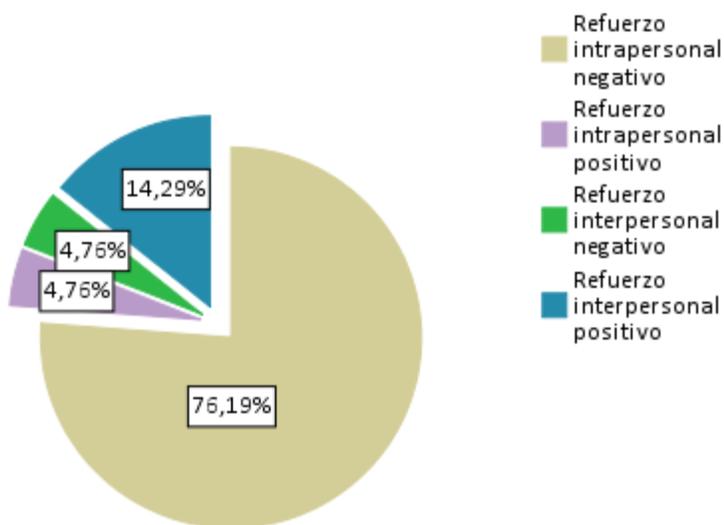
De los 50 casos relevados, en 21 se logró hallar registros de los pensamientos asociados a las conductas autolesivas. De allí se pudo identificar qué tipo de reforzamientos podrían estar sosteniendo estas conductas, lo cual permite pensar qué función estaría cumpliendo.

De los casos que se pudo obtener información, en la mayoría (16 casos) la conducta autolesiva tenía una función de alivio emocional a través de la disminución de pensamientos o sentimientos aversivos (reforzamiento intrapersonal negativo). En segundo lugar, se presentaron 3 casos donde la conducta tenía la función de buscar la atención de otras personas (reforzamiento interpersonal positivo). Por último, se detectó un caso donde la función era la disminución de un evento social aversivo (reforzamiento interpersonal

negativo), y un caso donde la función era la búsqueda de pensamientos o sentimientos deseados (reforzamiento intrapersonal positivo).

**Figura 22**

*Distribución porcentual por función de la conducta autolesiva (exceptúa datos perdidos)*



Diagnóstico presuntivo en salud mental:

En la búsqueda de información se halló que en 17 casos se había realizado un diagnóstico presuntivo en salud mental, siendo la mayoría de las veces diagnósticos comórbidos. En 5 casos se registró consumo problemático de sustancias, en 3 casos se registró trastorno límite de la personalidad, en 3 casos se registró trastorno del control de los impulsos, en 3 casos se detectó síntomas psicóticos y en 3 casos se registró trastorno de la conducta alimentaria.

**Tabla 2**

*Frecuencia por diagnóstico presuntivo en salud mental*

Diagnóstico	Frecuencia
Sin diagnóstico registrado	32
Adicciones	2
Síntomas psicóticos y adicciones	1

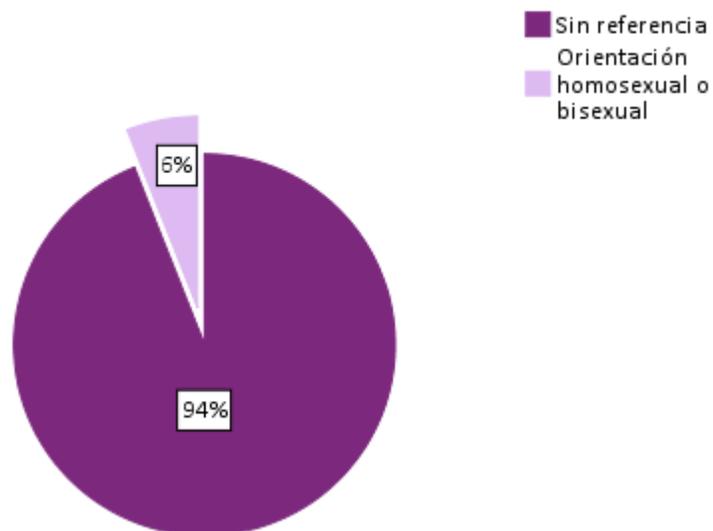
Trastorno límite de la personalidad y trastorno del control los impulsos	1
Síntomas depresivos	2
Trastorno de la conducta alimentaria	2
Trastorno límite de la personalidad y síntomas psicóticos	1
Trastorno de estrés pos-traumático	2
Trastorno bipolar, trastorno paranoide, ansiedad	1
Trastorno del control de los impulsos	1
Trastorno límite de la personalidad	1
Retraso mental de grado inespecífico	1
Trastorno oposicionista desafiante y adicciones	1
Trastorno de conducta alimentaria y adicciones	1
Síntomas psicóticos	1
<b>Total</b>	<b>50</b>

Orientación sexual:

En 3 casos se encontró referencia de orientación sexual homosexual o bisexual transmitida por el sujeto.

**Figura 23**

*Distribución porcentual por orientación sexual homosexual o bisexual registrada.*

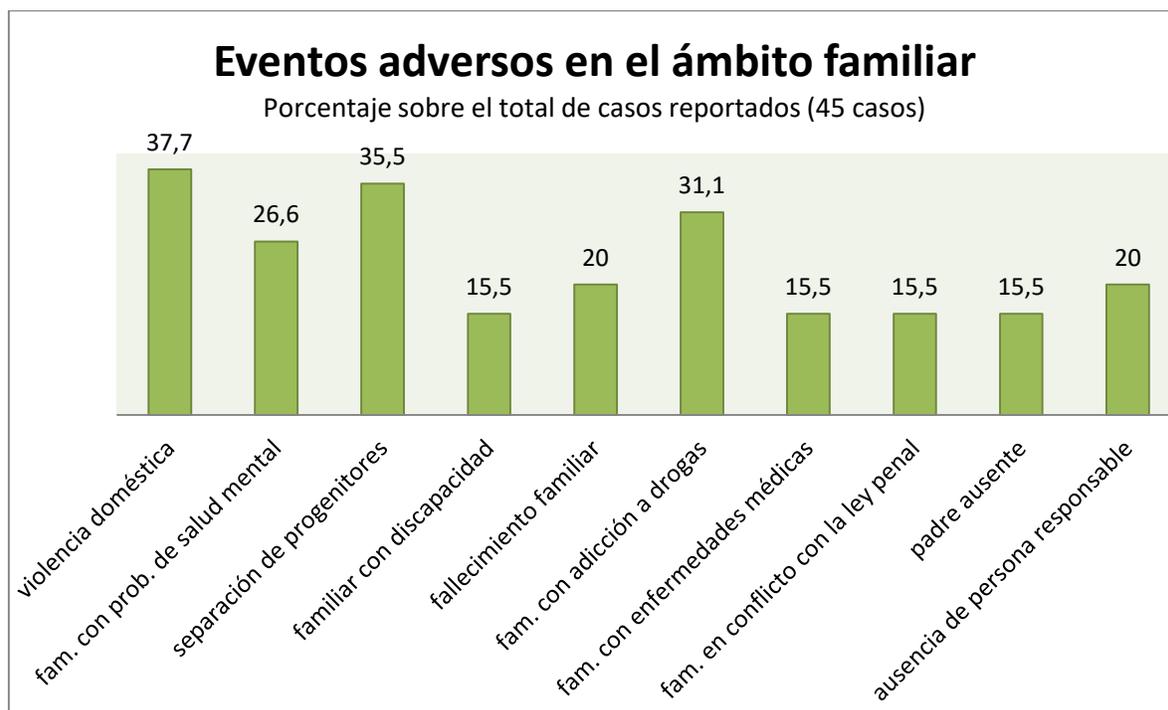


### Eventos adversos en el contexto familiar:

Respecto al contexto familiar, en 45 casos (90% de la muestra) se detectaron problemáticas intra-familiares. Las tres problemáticas más presentes fueron: violencia doméstica, separación de progenitores y familiar con adicción a drogas.

**Figura 24**

*Problemáticas familiares registradas*

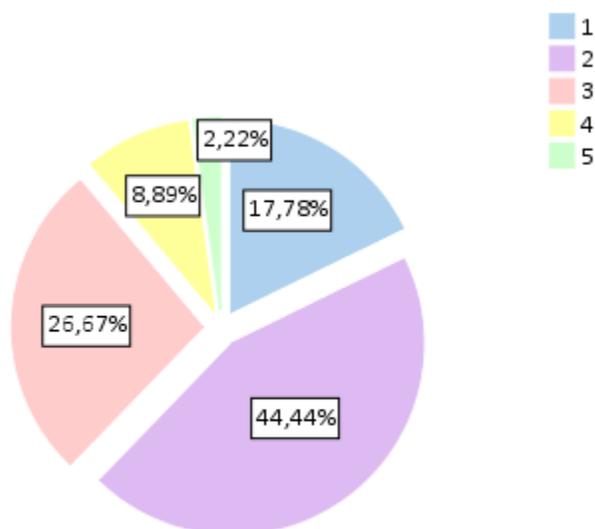


### Cantidad de problemáticas familiares halladas por familia:

En la muestra de 50 sujetos, se encontró 45 casos donde se halló eventos adversos en el ámbito familiar. Dentro de este grupo de 45 casos, se presentaron entre 1 y hasta 5 problemáticas distintas en una misma familia. Mayoritariamente, las familias presentaron 2 problemáticas.

## Figura 25

*Distribución porcentual por cantidad de problemáticas familiares en el grupo de 45 casos detectados con problemáticas familiares*

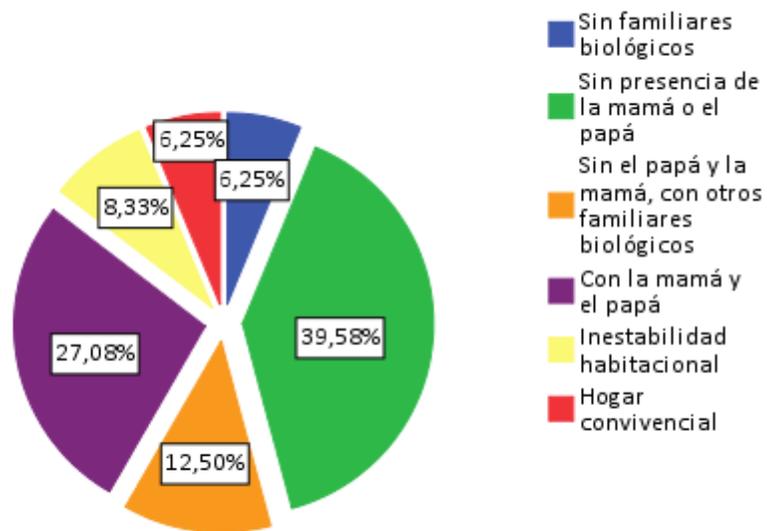


### Convivientes:

Por otro lado, también se relevó con quiénes convivía el niño, niña o adolescente. En la muestra de 50 ingresos, en 2 casos no se pudo obtener información respecto a con quienes convivía, en 3 casos se registró que convivía con personas que no constituían familiares biológicos, en 19 casos se encontró que la convivencia no incluía a la mamá o al papá, en 6 casos se encontró que convivía con familia ampliada (sin el madre ni el padre), en 13 casos se halló que convivía tanto con la mamá y con el papá, en 4 casos se encontró que no existía un grupo de convivencia estable, y en 3 casos se registró que el niño, niña o adolescente vivía en un hogar de resguardo.

**Figura 26**

*Distribución porcentual de convivientes (exceptúa datos perdidos)*

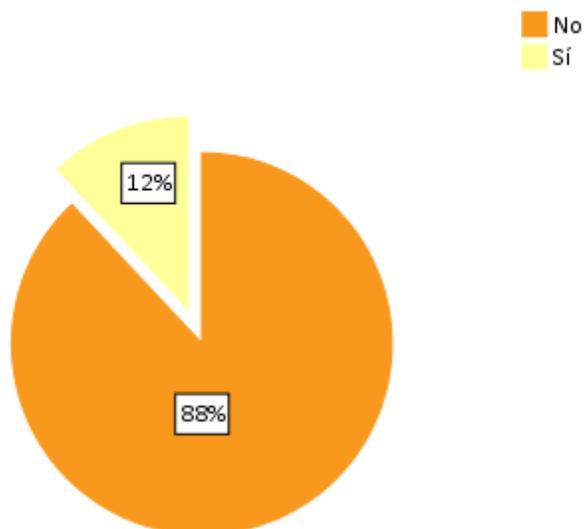


Conducta autolesiva en familiares:

Respecto a la conducta autolesiva en familiares, se hallaron 6 casos en los que se registró conducta autolesiva por parte de algún integrante de la familia.

**Figura 27**

*Distribución porcentual por conducta autolesiva en familiares registrada*

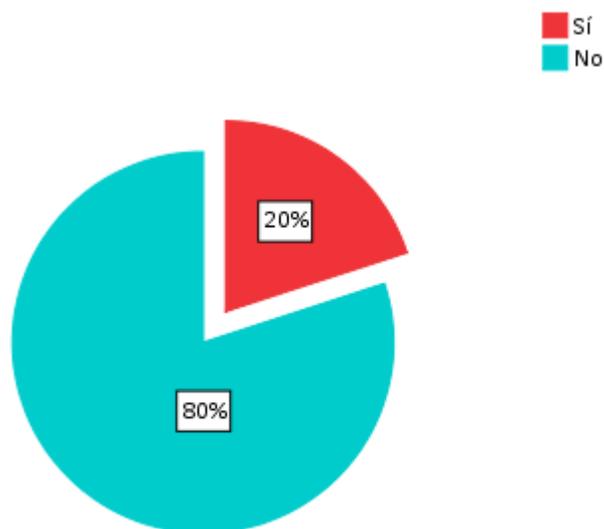


### Fuga del hogar:

Además, se halló en 10 casos referencia a fuga del hogar.

### **Figura 28**

*Distribución porcentual por fuga de hogar registrado*

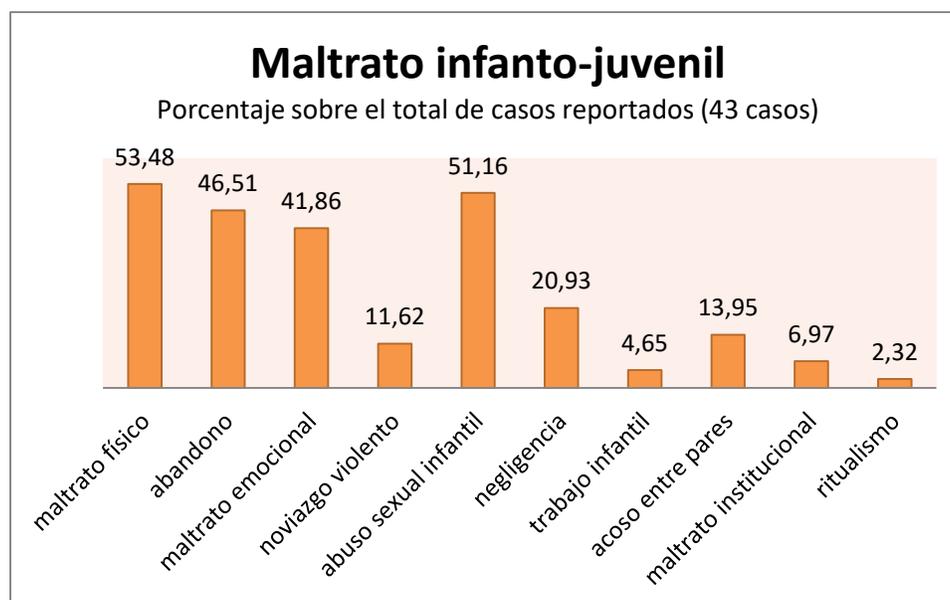


### Maltrato infantil:

En tanto que, respecto al reporte de situaciones que implican maltrato infanto-juvenil, en 43 casos (86% de la muestra) se detectó su registro. Las tipologías de maltrato que más se presentaron fueron: maltrato físico, abuso sexual infantil, abandono y maltrato emocional.

**Figura 29**

*Eventos de maltrato infanto-juvenil registrados*

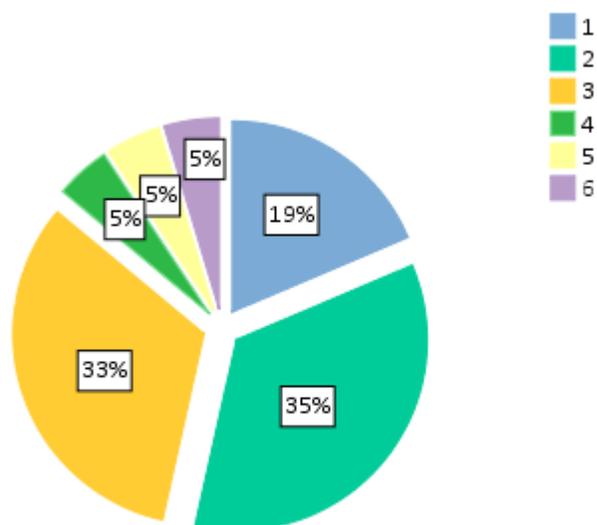


Cantidad de tipos de maltrato infanto-juvenil hallados por caso:

En la muestra de 50 sujetos, se encontró 43 casos donde se halló maltrato infanto-juvenil. Dentro de este grupo de 43 casos, se presentaron entre 1 y hasta 6 tipos de maltrato infanto-juvenil por caso. Principalmente se identificó entre 2 o 3 tipos de maltrato infanto-juvenil por caso.

### Figura 30

*Distribución porcentual por cantidad de tipos de maltrato infanto-juvenil en el grupo de 43 casos reportados*

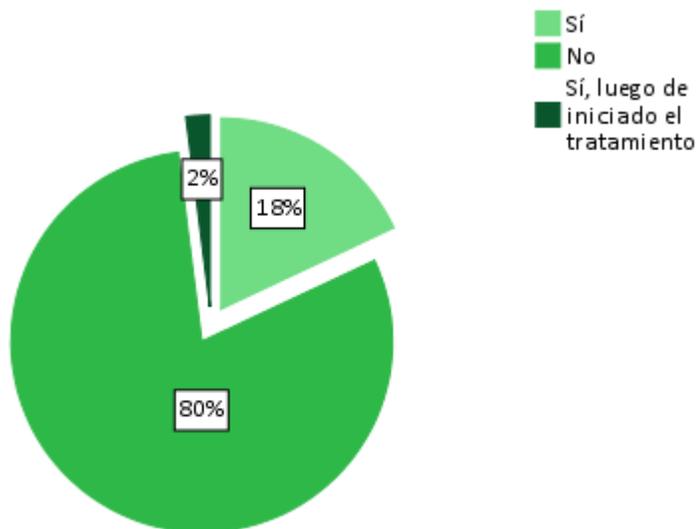


#### Solicitud de medida de restitución de derecho bajo figura de “medida de abrigo”:

Dentro de la muestra de 50 sujetos, en 9 casos se halló registro de medidas legales para la restitución de los derechos vulnerados de niños, niñas y adolescentes, enmarcadas en la figura de “medida de abrigo”. Estas medidas están orientadas por la ley de la provincia de Buenos Aires N° 13.298 de promoción y protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, e implican la separación de los chicos o las chicas del núcleo familiar, entendiendo que es el último recurso para restituir sus derechos vulnerados. En un caso dicha medida fue solicitada una vez iniciado el tratamiento en el área de salud mental.

**Figura 31**

*Distribución porcentual por solicitud de medida de abrigo registrada*



### CAPÍTULO 3: ANÁLISIS ASOCIATIVO

Para el análisis asociativo se tuvieron en cuenta los datos que pudieron obtenerse a partir de la búsqueda de información en registros del área de salud mental y del área de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, dentro de la muestra de 50 sujetos. A pesar de que no se logró hallar todos los datos pretendidos en dichos registros, se pudo obtener información de interés.

Por lo tanto, para realizar el análisis asociativo, en un primer momento se evaluó en la muestra de 50 casos si existía relación estadísticamente significativa entre las variables cuantitativas: edad, cantidad de tipos de maltrato infanto-juvenil hallados por caso, cantidad de problemáticas familiares halladas por familia y tiempo en tratamiento. Con ese fin se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, a través del cual no se halló correlación entre las variables. En el Anexo 3 se puede acceder a la tabla de resultados.

Posteriormente, se rastreó la asociación entre las distintas variables nominales recurriendo a tablas de contingencia. De este modo se hallaron algunos resultados significativos, los cuales se exponen en las siguientes tablas. Las tablas de contingencia donde se analizó la asociación entre otras variables nominales pero sin resultados significativos para este estudio se presentan en el Anexo 4.

En la tabla 3 se puede notar que en 41 casos (el 82% de la muestra de 50 casos) se presentaron reportes de maltrato infanto-juvenil y también problemáticas familiares.

**Tabla 3**

*Análisis de asociación entre las variables maltrato infantil y problemas familiares*

			Problemas familiares		Total
			Sí	No	
Maltrato infantil	Sí	Recuento	41	2	43
		% del total	82%	4%	86%
	No	Recuento	4	3	7

	% del total	8%	6%	14%
Total	Recuento	45	5	50
	% del total	90%	10%	100%

En la tabla 4 se observa que de los 23 casos que registraron un domicilio en una zona socio-económicamente vulnerable, 19 casos también registraron maltrato infanto-juvenil. A su vez, los 3 casos que se encontraban viviendo en un hogar convivencial, también presentaron maltrato infanto-juvenil. En total, el 52,3% de los 42 casos en los que se pudo obtener el domicilio, vivían en una zona socio-económicamente vulnerable, o en un hogar convivencial, y también reportaron maltrato infanto-juvenil.

**Tabla 4**

*Análisis de asociación entre las variables vulnerabilidad socio-económica y maltrato infantil.*

		Maltrato infantil		Total	
		Sí	No		
Vuln. socio-económica	Sí	Recuento	19	4	23
		% del total	45,2%	9,5%	54,8%
	No	Recuento	15	1	16
		% del total	35,7%	2,4%	38,1%
Hogar convivencial		Recuento	3	0	3
		% el total	7,1%	0%	7,1%
Total		Recuento	37	5	42
		% del total	88,1%	11,9%	100%

En la tabla 5 se observa que de los 23 casos que registraron un domicilio en una zona socio-económicamente vulnerable, 20 también registraron problemas familiares. A su vez, los 3 casos que vivían en hogar convivencial también presentaron problemáticas familiares. En total, el 54,1% de los 42 casos en los que se pudo obtener el domicilio, vivían en una zona socio-económicamente vulnerable, o en un hogar convivencial, y también reportaron problemáticas familiares.

**Tabla 5**

*Análisis de asociación entre las variables vulnerabilidad socio-económica y problemas familiares.*

			Problemas familiares		Total
			Sí	No	
Vuln. socio-económica	Sí	Recuento	20	3	23
		% del total	47,6%	7,1%	54,8%
	No	Recuento	14	2	16
		% del total	33,3%	4,8%	38,1%
Hogar convivencial	Recuento	3	0	3	
	% el total	7,1%	0%	7,1%	
Total	Recuento	37	5	42	
	% del total	88,1%	11,9%	100%	

En la tabla 6 se observa que de 43 mujeres, el 86% presentó registro de maltrato infanto-juvenil. En tanto que de 7 varones, el 85,7% presentó registro de maltrato infanto-juvenil. Es decir, no se halló diferencias en cuanto al sexo en la exposición a situaciones de maltrato infanto-juvenil.

**Tabla 6**

*Análisis de asociación entre las variables sexo y maltrato infantil.*

			Maltrato infantil		Total
			Sí	No	
Sexo	Femenino	Recuento	37	6	43
		% del total	86%	14%	100%
	Masculino	Recuento	6	1	7
		% del total	85,7%	14,3%	100%
Total	Recuento	43	7	50	
	% del total	86%	14%	100%	

# **CUARTA PARTE:**

# **RESULTADOS**

### Características sociodemográficas:

En la presente investigación se halló que de los 943 ingresos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud mental de un municipio del conurbano bonaerense (Buenos Aires, Argentina) entre el 6 de noviembre de 2013 y el 4 de agosto de 2017, en 180 casos el motivo de ingreso fue por conducta autolesiva. Esto representa el 19,08% del total de ingresos en ese límite temporal.

Es difícil contrastar este resultado con otras estadísticas debido a que distintas investigaciones han analizado la prevalencia de esta conducta de diversas maneras. Por ejemplo, muchas investigaciones buscan la prevalencia de la conducta autolesiva sobre una población comunitaria, principalmente en contexto escolar (Ross y Heath, 2002; Laukkanen et al., 2009; Cerutti et al., 2011; Shek y Yu, 2012; Heerde et al., 2015). Otra cuestión a tener en cuenta es la forma en que se define la conducta autolesiva. Muehlenkamp, Claes, Havertape y Plener (2012), aunque no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las investigaciones de prevalencia utilizando el concepto de autolesiones no-suicidas (NSSI por sus siglas en inglés) y autolesiones deliberadas (DSH en sus siglas en inglés), sí encontraron grandes diferencias en las formas en que es identificada y medida la conducta. Es así que la prevalencia de autolesiones no-suicidas casi es el doble cuando se utilizan listas de verificación del comportamiento a comparación de cuestionarios de un solo ítem, y las tasas de autolesiones deliberadas son cerca de tres veces más altas si se utiliza evaluaciones basadas en el comportamiento en comparación de cuestionarios de un solo ítem.

En esta investigación, se identificó cada caso según el motivo de derivación expuesto y se contrastó con el total de ingresos del área de salud mental especializado en infancia y adolescencia. Con lo cual, es una población clínica, identificada no a través de un cuestionario sino por el registro ya elaborado por la institución.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2014a) reportó que en el año 2011, en centros de salud del subsector estatal, el 15,21% de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento fueron por lesiones autoinfligidas. Lamentablemente, no se cuenta con estadística de la atención ambulatoria en centros de

salud, que sería más apropiada para realizar comparaciones con la presente muestra, debido a que los informes de atención ambulatoria en centros de salud del subsector estatal producidos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2020) discriminan según el servicio hospitalario y no según el diagnóstico. Sin embargo, comparando con el dato provisto por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2014a), se podría concluir que la prevalencia hallada en esta investigación es levemente mayor a la que se registró en dicho informe.

La edad de niños, niñas y adolescentes que ingresaron por conducta autolesiva al área de salud mental con el cual se trabajó comprendió un rango entre 6 años y 17 años, siendo la media 13,47. A nivel internacional, estudios epidemiológicos dan cuenta que la conducta autolesiva aumenta su tasa de crecimiento durante la adolescencia y luego declina en la adultez joven (Plener et al., 2015), siendo la edad de inicio alrededor de los 12 y 14 años (Cipriano et al., 2017). Se han hallado escasas investigaciones donde la muestra contemple niños y niñas menores a 12 años (Hawton et al., 2012b; Plener et al., 2015; McNicholas et al., 2019) y menos frecuente aún han sido donde la muestra incluya niños y niñas menores a 10 años (Mitchell, Seah, Ting, Curtis y Foster, 2018). En el caso de esta investigación, dentro de los 180 ingresos por conducta autolesiva se encontraron 24 casos donde la edad era entre 6 y 11 años, lo cual representa el 13,3% de los 180 sujetos. Por ende, resulta notorio que se haya hallado un grupo de niños y niñas de edades que resultan infrecuentes en otras investigaciones.

Por otro lado, de los 180 ingresos por conducta autolesiva, en 37 casos quedó registrado como varón y en 143 casos quedó registrado como mujer, lo cual representa el 20,56% y el 79,44% de los ingresos por autolesiones, respectivamente. Estas estadísticas están en consonancia con los antecedentes argentinos en muestras clínicas, donde se ha hallado una prevalencia mayor de mujeres con conducta autolesiva (Torres et al, 2013; Morra et al., 2013; Agüero et al., 2017).

Bresin y Schoenleber (2015) en su meta-análisis respecto a las diferencias de género en la conducta autolesiva no-suicida, concluyeron que la diferencia entre géneros es mayor en muestras clínicas que en investigaciones que estudiaron muestras comunitarias o

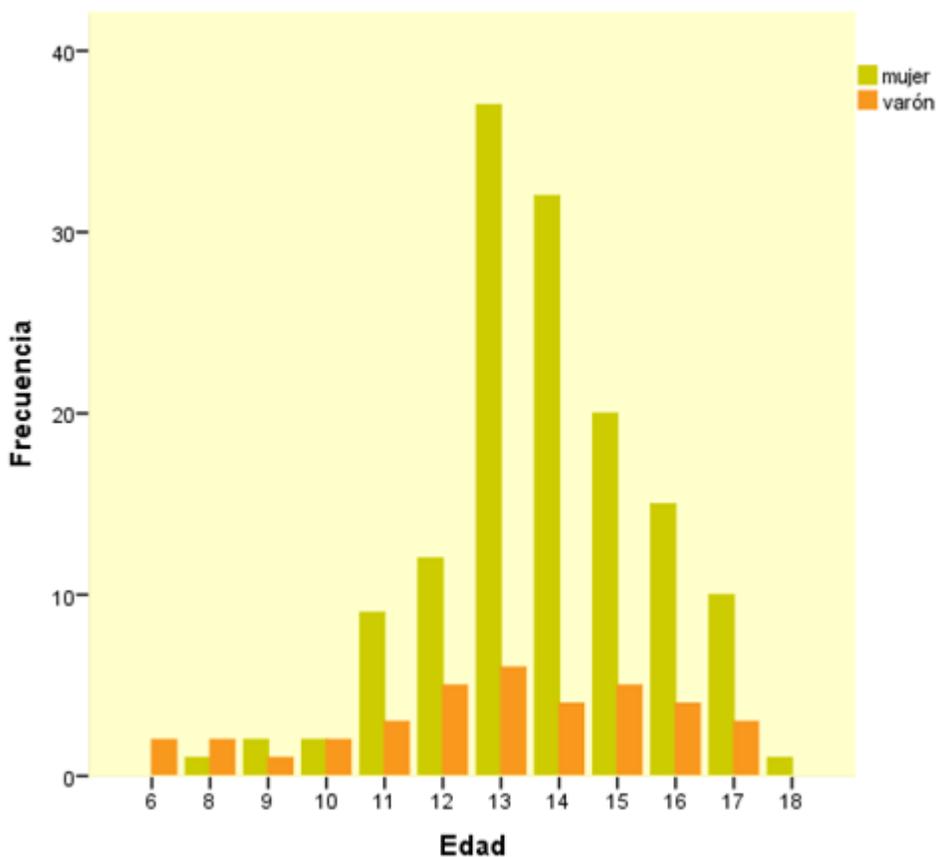
escolares. Para explicar este fenómeno plantean que una posibilidad es que los hombres que tienen conductas autolesivas podrían ser menos propensos a buscar tratamiento que hombres con otras problemáticas psicológicas. A la vez, podría darse que las mujeres con conductas autolesivas tengan más probabilidades de buscar tratamiento que mujeres con otras problemáticas psicológicas.

Cabe destacar que en el caso de la muestra de la presente investigación, tanto hombres como mujeres no acuden al área de salud mental de manera independiente, sino que a través de una derivación realizada por otra institución (que puede ser otra área de salud, la escuela, un área de la justicia o el área de seguimiento de niñez y adolescencia). Es decir, la solicitud de tratamiento la realiza una institución, que ha detectado una problemática y acuerda con el niño, la niña o adolescente en cuestión para buscar tratamiento, o que transmite la necesidad expresada por el niño, la niña o adolescente en dicha institución. Por lo tanto, la sobre-representación del sexo femenino en esta muestra no podría comprenderse a través de la explicación anterior propuesta por Bresin y Schoenleber (2015).

En la muestra de 180 ingresos de niños, niñas y adolescentes se analizó la frecuencia según el sexo y la edad. En la figura 32 se puede observar el crecimiento considerable de casos de sexo femenino a partir de los 13 años, triplicando los casos femeninos de 12 años y sextuplicando los casos masculinos de 13 años.

**Figura 32**

*Frecuencia según el sexo y la edad*



Este hallazgo está en consonancia con lo expuesto por Diggins, Kelley, Cottrell, House y Owens (2017), quienes encontraron una mayor proporción de mujeres que de hombres entre adolescentes más jóvenes. Describieron entre los 12 y 14 años una proporción de 6 mujeres cada 3 hombres, entre los 15 y 17 años de 3 mujeres cada 5 hombres y entre los 22 y 25 años de 1 mujer cada 2 hombres. En esta investigación, se observa que entre los 6 y los 10 años la proporción es de 3 mujeres cada 5 hombres, entre los 11 y los 12 años la proporción es de 5 mujeres cada 2 hombres, entre los 13 y los 14 años de 6 mujeres cada 1 hombre, y entre los 15 y los 18 de 5 mujeres cada 1 hombre.

### Tipos de conductas autolesivas:

En la muestra de 50 ingresos se rastreó los tipos de autolesiones que quedaron inscriptos en los registros. En 5 casos no se halló ningún dato. Los datos hallados se observan en la tabla 7 y en la figura 33.

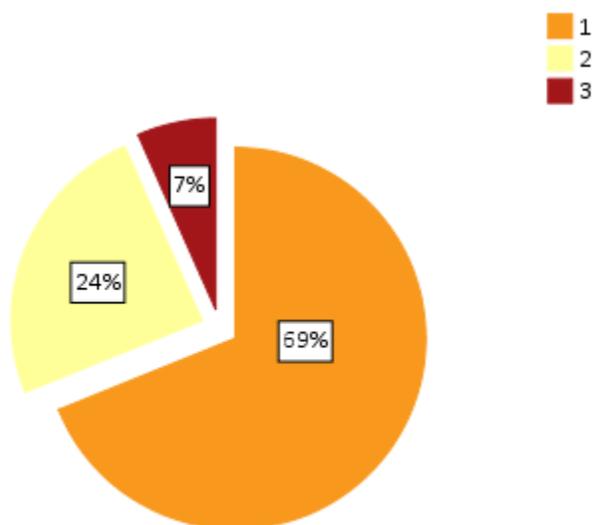
**Tabla 7**

*Frecuencia de tipos de autolesiones según sexo (exceptúa datos perdidos)*

Tipo de autolesión	Sexo		Total
	Mujer	Varón	
Ahorcarse	1		1
Golpear objetos		2	2
Cortarse	27		27
Intoxicarse	1		1
Intoxicarse y cortarse	6	1	7
Golpear objetos y cortarse	2		2
Cortarse y rasguñarse	1		1
Cortarse y ahorcarse		1	1
Cortarse, golpear objetos y ahorcarse	1		1
Golpear objetos, cortarse y rasguñarse	1		1
Cortarse, golpear y pincharse		1	1
Total	40	5	45

**Figura 33**

*Distribución porcentual por cantidad de tipos de autolesiones por sujeto (exceptúa datos perdidos)*



Como se puede observar, en la mayoría de los casos (69% de los 45 casos en los que se pudo detectar el tipo de autolesión) se registró un solo tipo de autolesión. En 41 casos se encontró que el tipo de conducta autolesiva o uno de los tipos era cortarse, en 8 casos era intoxicarse, en 4 casos golpear objetos, en 3 casos ahorcarse, en uno golpearse, en uno pincharse y en uno rasguñarse. A partir de la caracterización realizada por Skegg (2005) se podría concluir que en el 93,3% de los 45 casos en los que se halló el tipo de autolesión, éstos fueron conductas de baja letalidad (cortarse, golpear objetos, golpearse, pincharse, rasguñarse, intoxicarse) y en el 6,6% de los casos se encontraron conductas de alta letalidad que denomina como típicamente suicidas (ahorcarse).

Los tipos de conducta autolesiva que se detectaron en esta investigación son coherentes con los antecedentes argentinos (Morra et al., 2013; Agüero et al., 2017). Sin embargo, se presenta una prevalencia más alta en la conducta de cortarse (91% del grupo de 45 casos donde se halló el dato) que en dichas investigaciones.

Fox et al. (2017) en su revisión respecto al rol del sexo en las conductas autolesivas, refieren que se ha registrado diferencias en los tipos de conductas autolesivas según el sexo.

Describen que se ha encontrado que los hombres tienden a llevar a cabo conductas autolesivas a través de métodos más letales (con armas de fuego o ahorcamiento). A la vez, los hombres serían más propensos que las mujeres a quemarse, golpear objetos, golpearse la cabeza. Mientras, las mujeres serían más propensas a cortarse, morderse, rasguñarse, tirarse del cabello e interferir en la cicatrización de heridas.

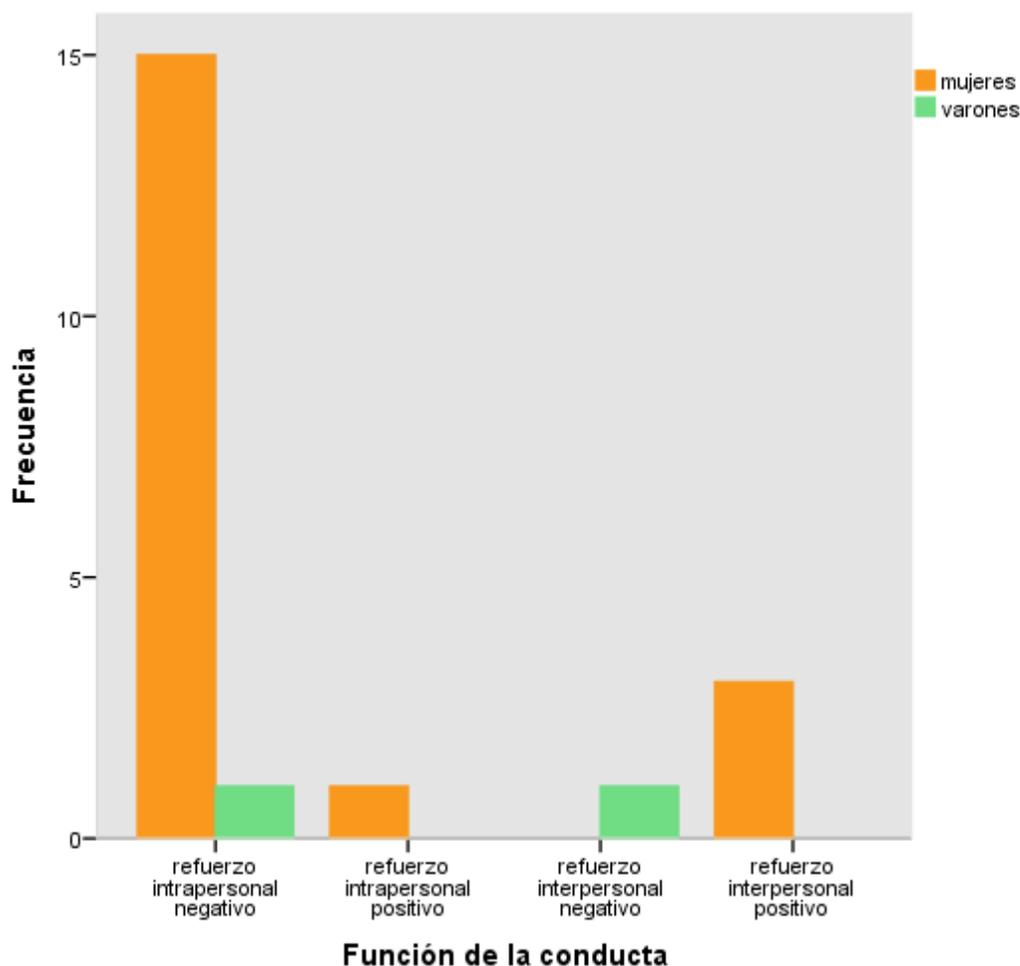
En esta investigación no se pudieron hallar diferencias de este tipo. Cabe destacar que debido a la metodología de trabajo de las instituciones donde se ha consultado los registros para el levantamiento de datos, no fue posible asegurar que el rastillaje de datos fuera exhaustivo. Es así que, por ejemplo, no todos los psicólogos y las psicólogas del área de salud mental rastrearon todos los tipos de conducta autolesiva llevados a cabo por cada caso ingresado. Asimismo, es posible que exista un sub-registro de las auto-intoxicaciones, debido a que la intoxicación por drogas recreativas frecuentemente se registró como consumo problemático de drogas.

#### Función de la conducta autolesiva:

Respecto a la función de la conducta autolesiva, también se ha sugerido que podría haber diferencia según el género. Es así que Bresin y Schoenleber (2015) plantean que las mujeres refieren mayormente motivaciones intrapersonales, mientras los hombres refieren mayoritariamente motivaciones interpersonales. En esta investigación, dentro de la muestra de 50 ingresos se buscó en los registros referencias a la función de la conducta autolesiva, lográndose hallar datos para 21 casos, los cuales se observan en la figura 34.

**Figura 34**

*Frecuencia por tipo de función de la conducta autolesiva registrada y sexo (exceptúa datos perdidos)*



Con los datos obtenidos no es posible llegar a conclusiones respecto a la hipótesis descripta anteriormente de Bresin y Schoenleber (2015).

Sin embargo, estos datos sí están en consonancia con los antecedentes que han registrado que la principal función manifiesta de la conducta autolesiva se vincula a la búsqueda de la disminución del malestar psicológico (Klonsky, 2007). Como se observa en la figura 34, en el grupo de 21 sujetos en el que sí se encontró datos al respecto, la función de la conducta autolesiva más mencionada fue de refuerzo intrapersonal negativo. Esto

quiere decir que el comportamiento autolesivo es seguido por la disminución de pensamientos o sentimientos aversivos, dando la sensación de alivio (Nock, 2010). Estos datos, a su vez, son coherentes con la comprensión de la conducta autolesiva bajo el modelo de regulación emocional, en términos de Linehan (2003) o bajo el modelo de evitación experiencial, en términos de Chapman et al. (2006).

#### Conducta suicida y pensamiento suicida:

Publicaciones previas han señalado la relación existente entre conducta autolesiva, conducta suicida y pensamiento suicida (Kapur et al., 2013; Wester et al., 2016). Es así que Nock et al. (2006) hallaron que el 70% de una muestra clínica de adolescentes en internación por conducta autolesiva reciente reportaron al menos un intento de suicidio en su historia. En tanto que, en su estudio, Agüero et al. (2017) encontraron que, de una muestra de 21 adolescentes con conducta autolesiva, 7 adolescentes presentaban pensamiento suicida, lo cual representa el 33% de la muestra.

En esta investigación, de la muestra de 50 sujetos se detectaron 6 casos que refirieron conducta suicida en el pasado (12 % de la muestra) y 17 casos donde se registró que sostenían pensamiento suicida (34%). Se podría concluir que, como era esperable, se detectó conducta suicida y pensamiento suicida en las niñas, los niños y adolescentes de la muestra, sin embargo la prevalencia de conducta suicida fue mucho menor a la detectada en antecedentes previos. Nuevamente, cabe resaltar que la falta de exhaustividad en el rastreo de conductas suicidas previas o pensamiento suicida actual, impide llegar a conclusiones determinantes.

#### Características asociadas a conducta autolesiva:

Otros datos que se rastrearon en los registros de la muestra de 50 sujetos fueron: orientación sexual homosexual o bisexual; problemas educativos; problemáticas en salud mental y antecedentes de conducta autolesiva en la familia. A partir de esto se detectó 3 casos de orientación sexual homosexual o bisexual; 13 casos con problemáticas educativas (repitencia, abandono o sobre-edad); 17 casos donde se registró alguna problemática de

salud mental y 6 casos donde se registró conducta autolesiva en algún miembro de la familia.

Estos datos no se extraían a partir de entrevistas estructuradas o semi-estructuradas, por lo cual es probable que haya información que se ha perdido. Sin embargo, resultan de interés ya que son características consideradas posibles factores de riesgo para la conducta autolesiva por la literatura (Hawton et al., 2012a).

#### Experiencias adversas de la vida:

Las experiencias adversas de la vida, tales como violencia doméstica, maltrato infantil, separación de progenitores, muerte parental, vulnerabilidad socio-económica, exposición al abuso de sustancias, a personas con enfermedades mentales, con conductas suicidas o privadas de la libertad, han sido vinculadas a la conducta autolesiva. De modo que, experimentar más de estos eventos adversos en la infancia aumentaría la probabilidad de conducta autolesiva en la adolescencia (Martin et al., 2016; Lodebo et al., 2017; Cleare et al., 2018).

En la presente investigación, dentro de la muestra de 50 ingresos, se detectó que en 43 casos (86% de la muestra) existió al menos un tipo de maltrato infanto-juvenil. En el 67,44% de estos casos se detectó 2 o 3 tipos de maltrato infanto-juvenil. Los tipos que más se presentaron fueron: maltrato físico (53,48%), abuso sexual infantil (51,16%) y abandono (46,51%). No se detectó una diferencia estadísticamente considerable respecto al sexo: 86% en las mujeres y 85,7% en los varones.

A su vez, dentro de la muestra de 50 ingresos, en 45 casos (90% de la muestra) se detectaron problemáticas intra-familiares. En el 71,11% de estos casos se detectó 2 o 3 tipos de problemáticas familiares. Las tres problemáticas familiares más presentes fueron: violencia doméstica (37,7%), separación de progenitores (35,5%) y familiar con consumo problemático de sustancias (31,1%).

En cuanto a la vulnerabilidad socio-económica, dentro de la muestra de 50 ingresos en 42 casos se halló el domicilio, con lo cual se pudo detectar que en 23 casos el domicilio

se ubicaba en una zona socialmente vulnerable, a la vez que 3 casos habitaban en un hogar convivencial. Excluyendo los 8 casos donde no se encontró registro del domicilio, esto representa que el 54.76% de los domicilios registrados se ubicaban en una zona socialmente vulnerable.

En este sentido, se halló que dentro la muestra de 50 sujetos, el 82% (41 casos) presentó maltrato infanto-juvenil y también problemas familiares. Mientras que, en la muestra de 50 sujetos, dentro del grupo de 42 casos donde se pudo hallar el domicilio, el 45,2% (19 casos) presentó maltrato infanto-juvenil y vulnerabilidad socio-económica, y el 47,6% (20 casos) presentó problemas familiares y vulnerabilidad socio-económica.

Serafini et al. (2017) en su revisión concluyen que el maltrato infantil es un factor de riesgo significativo tanto para las conductas autolesivas no-suicidas como para los intentos de suicidio. De esta forma, el incremento en la vulnerabilidad hacia la conducta autolesiva estaría relacionada a experiencias de maltrato infantil, particularmente abuso sexual. Plantean que, comparadas con los hombres, las mujeres que han tenido experiencias traumáticas en la infancia (principalmente abuso sexual) fueron más vulnerables a la conducta autolesiva. Asimismo, cuando ocurre simultáneamente abuso sexual y maltrato físico, o cuando la experiencia de maltrato fue continua, tanto hombres como mujeres tuvieron mayor riesgo de presentar conductas autolesivas.

Liu et al. (2018), en su revisión respecto al vínculo entre maltrato infantil y conducta autolesiva, plantean que la mayor prevalencia de mujeres con conductas autolesivas es posible que se explique por una exposición más alta al maltrato infantil, principalmente al abuso sexual. Es así que se ha detectado que, en general, los hombres reportan más situaciones de maltrato físico que las mujeres, mientras las mujeres reportan más situaciones de abuso sexual que los hombres (Feng, Chang, Chang, Fetzer y Wange, 2015).

En Argentina no existe un organismo que centralice la información respecto a las situaciones reportadas de maltrato infanto-juvenil. Sin embargo, a partir de lo reportado en los informes “Estado de la situación de la niñez y adolescencia en Argentina” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016) y “La niñez MIDDE en la provincia de Buenos

Aires” (Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, 2015), y de las estadísticas publicadas por la Dirección de Estadísticas y Censos perteneciente al Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2020) se puede llegar a algunas conclusiones. En base a estas fuentes, las denuncias totales por maltrato infanto-juvenil presentan una leve preeminencia de víctimas mujeres a comparación de víctimas varones. Mientras que, dentro de las denuncias por abuso sexual infantil existe una notoria diferencia porcentual según el sexo.

El informe “Estado de la situación de la niñez y adolescencia en Argentina” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016) presenta los datos obtenidos a través de las denuncias realizadas desde el año 2009 hasta el 2013 en la Oficina de Violencia Doméstica (dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación), correspondientes a la ciudad de Buenos Aires. Respecto al riesgo de abuso sexual, este informe plantea que fue aumentando con la edad, siendo que las niñas de 0 a 10 años tuvieron tres veces más probabilidad de sufrir abuso sexual comparado a los varones de la misma edad, y de 10 a 18 años las niñas y adolescentes ya tuvieron diez veces más posibilidades de sufrir abuso sexual comparado a los varones de la misma edad.

El informe “La niñez MIDDE en la provincia de Buenos Aires” (Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, 2015) presenta los datos obtenidos a través de las denuncias realizadas en la provincia de Buenos Aires desde el año 2008 hasta el 2014 en las Comisarías de la Mujer y la Familia (dependientes del Ministerio de Justicia y Seguridad de la provincia de Buenos Aires). Éste comunica que del total de víctimas de abuso sexual, el 83.5% fueron mujeres y el 16.5% fueron varones, de modo que las mujeres presentaron una probabilidad cinco veces mayor de ser víctimas de abuso sexual.

Por otro lado, la Dirección General de Estadísticas y Censos perteneciente al Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ha realizado un banco de datos estadístico donde analiza los casos admitidos por maltrato infanto-juvenil en los Centros Integrales de la Mujer. Allí presenta que las niñas y adolescentes mujeres víctimas de abuso sexual, asistidas desde el año 2011 hasta el año

2018, triplicaron los casos de varones atendidos por esa misma razón (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020).

Estos datos van en concordancia con la hipótesis planteada por Liu et al. (2018), por lo cual podría ser plausible que la preeminencia hallada de mujeres frente a los varones en los estudios de conductas autolesivas sea por una exposición más alta al maltrato infantil, principalmente al abuso sexual. Cabe destacar, también, que la historia de abuso sexual infantil se ha encontrado como un factor de riesgo importante de intento de suicidio, incluso como factor de riesgo más fuerte que los antecedentes de conducta suicida en la familia (Grendas et al., 2019).

# **QUINTA PARTE:**

# **DISCUSIÓN**

En la presente investigación se hallaron datos coherentes con los antecedentes previos, en cuanto a las características epidemiológicas de la muestra, los tipos de conducta autolesiva, la función principal de dichas conductas y los eventos adversos de la vida asociados como posibles factores de riesgo.

La muestra de 50 sujetos con conducta autolesiva estuvo constituida en un 86% por mujeres y el 14% por varones; las edades rondaron entre los 6 y los 17 años, siendo la media 13,74; el 82% presentó maltrato infanto-juvenil (mayoritariamente: maltrato físico, abuso sexual infantil y abandono) y también problemas familiares (mayoritariamente: violencia doméstica, separación de progenitores y consumo problemático de drogas), y el 54.76% de los domicilios hallados (es decir, exceptuando los 8 casos donde se perdió ese dato) se ubicaban en una zona socialmente vulnerable.

La conflictividad en el ámbito familiar puede observarse también, en la muestra de 50 sujetos, a través de la historia de fugas del hogar, registradas en el 20%; las medidas de abrigo solicitadas por el estado para la restitución de derechos vulnerados, registradas en el 20% de la muestra; y la variabilidad de personas convivientes, siendo en el 33% sin la presencia tanto del padre como de la madre.

De los y las 50 niños, niñas y adolescentes que conformaron la muestra final, sólo en 37 casos se pudo corroborar que iniciaron tratamiento. De éstos, en 8 casos asistieron un solo mes a tratamiento psicológico, 11 casos asistieron entre 2 y 6 meses, 14 casos asistieron más de 7 meses y en 4 casos no se halló información respecto al tiempo en tratamiento. A partir de la información obtenida, se desprende que sólo el 28% de la muestra sostuvo tratamiento psicológico más de 7 meses. Podría considerarse este dato como un indicador de la dificultad para la adherencia al tratamiento. Sería relevante profundizar sobre las razones de este fenómeno, si tiene que ver con problemas en la derivación de una institución a otra, con la accesibilidad geográfica del centro de salud, problemas en la construcción del vínculo terapéutico, falta de alguien que acompañe al tratamiento, debilidad en la eficacia terapéutica u otras causales, en pos de mejorar la accesibilidad al tratamiento psicológico.

En este estudio se hallaron 3 casos, dentro de la muestra de 50 sujetos, que llevaron a cabo como conducta autolesiva el ahorcamiento, la cual es caracterizada por Skegg (2005) como conducta de alta letalidad. A la vez, el 20% de la muestra registró internación hospitalaria previa por conducta autolesiva, el 12% de la muestra refirió conducta suicida en el pasado y en el 34% de la muestra se registró pensamiento suicida al momento de ser entrevistado. Se necesitaría profundizar en el estudio de la relación entre la conducta autolesiva, la conducta suicida y el pensamiento suicida. Esto podría ser provechoso tanto para aportar al debate existente en cuanto a la definición de la conducta autolesiva y su relación con la conducta suicida, como para generar marcos de intervención terapéutica.

Es notable observar la combinación mayoritaria de tres principales factores: el sexo femenino, el contexto familiar conflictivo y la historia de violencia en la infancia. Asimismo, se suma un cuarto factor en un grupo importante de la muestra de 50 sujetos: el contexto socio-económico de pobreza. Es significativo subrayar que la vulnerabilidad socio-económica y los eventos adversos en el ámbito familiar constituyen, a su vez, factores de riesgo para el maltrato infanto-juvenil (Sidebotham y Heron, 2006). Es decir, todos estos factores son variables interrelacionadas que determinan contextos de alta vulnerabilidad en niños, niñas y adolescentes, vinculados al aumento de la probabilidad de la conducta autolesiva.

La interrelación que se presenta entre estos factores, afectando de manera particular a niños, niñas y adolescentes, daría cuenta de la interconexión entre distintos niveles de análisis ecológico. En términos de Bronfenbrenner (1987), los contextos no sólo afectan de manera directa o indirecta a la persona, sino también se vinculan entre sí generando nuevas influencias sobre ésta: “estas interconexiones pueden ser tan decisivas para el desarrollo como lo que sucede dentro de un entorno determinado” (p. 23).

En este estudio se tuvieron en cuenta análisis de nivel ontosistémico (por ejemplo, el sexo y la edad), microsistémico (por ejemplo, situaciones de maltrato infanto-juvenil y problemáticas familiares) y mesosistémico (como el indicador de haber comenzado tratamiento o no después de la derivación por parte de otra institución). Los entornos de donde se desprende la información fueron la familia, el área de salud, la escuela y el área de

protección de derechos de niños, niñas y adolescentes. Sería interesante poder ampliar los niveles ecológicos de análisis para observar si existe vinculación entre la conducta autolesiva de niños, niñas y adolescentes y entornos que no los o las contienen, como ser el ámbito laboral del padre o la madre, o con aspectos culturales como los patrones de socialización según el género. De esta manera, se alcanzaría un nivel exosistémico o macrosistémico –según la variable- y se podrían analizar los resultados a través de la hipótesis de Bronfenbrenner (1987) que plantea que “las capacidades humanas y su realización dependen, en gran medida, del contexto más amplio, social e institucional, de la actividad individual” (p. 19).

Bronfenbrenner (1987) asevera que los distintos ambientes generan diferencias no sólo entre las sociedades, sino también en el desarrollo de los seres humanos. Por tanto, incluso es posible imaginar contextos ecológicos hasta ahora no intentados, con resultados potenciales nunca vistos sobre la naturaleza humana. En este sentido, el estudio de la conducta autolesiva en niños, niñas y adolescentes en distintos contextos ecológicos permite explorar las diferencias en la presentación de esta conducta según distintos contextos, considerando la posibilidad de encontrar ambientes donde su presencia disminuya, o intentar imaginar qué características contextuales acompañarían la aparición de otras conductas para la expresión del sufrimiento.

Por lo pronto, a partir de la comparación de esta investigación con otras, podría decirse que en el estudio de las conductas autolesivas en adolescentes surgen aspectos del entorno familiar, asistencial y escolar que se repiten en distintas sociedades. Es así que los antecedentes refieren que experimentar más eventos adversos durante la infancia en el ámbito familiar aumenta la probabilidad de conductas autolesivas en la adolescencia (Martin et al., 2016; Lodebo et al., 2017; Cleare et al., 2018). Al respecto, en este estudio se halló una alta prevalencia de eventos de este tipo, principalmente maltrato infanto-juvenil y problemáticas familiares, a la vez que una importante cantidad de situaciones de vulnerabilidad socio-económica y otros indicadores de conflictividad familiar como fugas del hogar y medidas judiciales que implican la separación de los niños, niñas o adolescentes de su núcleo familiar. En cuanto al abordaje terapéutico de la conducta autolesiva, aún se plantean dificultades para hallar tratamientos con alta eficacia (Fox et al., 2020). En este

sentido, aquí se observó dificultad para el inicio y el sostenimiento del tratamiento. En tanto que, en el ámbito escolar, el acoso escolar ha sido identificado como un factor de riesgo para la conducta autolesiva en adolescentes (Hawton et al. 2012a). Mientras que, en este estudio, se encontraron casos de dificultades en el proceso de escolarización y también situaciones de acoso escolar.

Cabe destacar que dentro de la categoría de maltrato infanto-juvenil se hallaron 3 casos donde, además de situaciones de violencia intra-familiar, se encontraron situaciones de violencia institucional. En un caso implicó que la comisaría no tomara la denuncia por violencia que estaba realizando una joven; en otro caso, un servicio mortuorio no retiró de la vivienda el cuerpo de una persona fallecida durante varios días; en el tercer caso se registraron situaciones de violencia por parte de las personas encargadas en un hogar convivencial. Esto da cuenta que no sólo los entornos que pudieron ser analizados en este estudio intervienen en el desarrollo de los chicos y las chicas que fueron parte de la muestra, sino también otros entornos son parte de la interconexión en el ambiente ecológico.

En este punto se vuelve importante el concepto de Linehan (2003) de ambiente invalidante. Este concepto remite a un ambiente que se vuelve nocivo para la persona en desarrollo al invalidar su experiencia interna, reforzando conductas desadaptativas pero eficaces para regular el malestar psicológico. A partir de lo descrito, se podría decir que los entornos que aquí se analizaron presentan algunas características que, a la luz de la teoría de Linehan, entonces podrían conllevar en la persona el aprendizaje de conductas disfuncionales para el afrontamiento del estrés emocional, tales como las autolesiones.

Sería interesante profundizar en el estudio de la relación entre la conducta autolesiva, los factores de riesgo contextuales (por ejemplo, problemáticas familiares y vulnerabilidad socio-económica) y las particularidades de un ambiente invalidante (como por ejemplo, maltrato infanto-juvenil y conductas autolesivas en referentes familiares). Esto permitiría una mayor comprensión de cómo se llega a adquirir conductas poco adaptativas, como la autolesión, para el afrontamiento del estrés psicológico.

Por otro lado, el alto nivel de intensidad emocional que Linehan (2003) plantea que precede a la conducta autolesiva, en este estudio se puede suponer a través del dato respecto a la funcionalidad de la conducta autolesiva. Aquí se logró encontrar información respecto a la función de la conducta en 21 casos (dentro de la muestra de 50 sujetos), donde 16 casos presentaron un reforzamiento intrapersonal negativo. Es decir, en la mayoría de los casos donde se encontró información al respecto, la conducta autolesiva buscaba disminuir el malestar psicológico. Este dato es acorde con otras investigaciones que focalizan sobre la presencia de estados emocionales negativos e intensos previos a la conducta autolesiva (Victor y Klonsky, 2014; Nock y Mendes, 2008; Chapman y Dixon-Gordon, 2007).

Cabe destacar que esta investigación se encontró limitada a la información disponible. Siendo información extraída de fuentes que no estaban específicamente diseñadas para el presente estudio no pudo realizarse una búsqueda exhaustiva, razón por la cual se generaron datos perdidos y es posible que exista sub-registro de distintos datos. Este mismo obstáculo se encontró en otras investigaciones argentinas (Morra et al., 2013; Agüero et al., 2017). Asimismo, otro estudio también señaló la falta de investigaciones locales respecto a la conducta autolesiva que permitan una contrastación (Burgos et al, 2017). Contemplando las dificultades operativas y problemas éticos que podría conllevar la confección de una investigación que pueda subsanar los problemas antes descritos, es importante que se generen bases de datos, con categorías relevantes y operacionalizadas, desde los centros de atención en salud mental y/u otras instituciones relacionadas, para progresar en el estudio de la conducta autolesiva.

Algunos aspectos que se consideran de interés para profundizar en su exploración, que permitirían identificar si existen patrones particulares para esta región son:

- la edad de comienzo de las conductas autolesivas, contemplando que en el presente trabajo se halló una edad más baja a la esperada a partir de los antecedentes internacionales;
- las diferencias que se presentan entre mujeres y hombres en todos los aspectos relacionados a la conducta autolesiva, ya que los escasos datos locales darían cuenta de una marcada diferencia en la prevalencia por sexo;

- los factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva;
- aspectos topológicos y topográficos de la conducta autolesiva: tipo, función, frecuencia, gravedad;
- la asociación entre conducta autolesiva, conducta suicida y pensamiento suicida;
- las características del abordaje que se realiza desde los servicios de salud mental.

A pesar de las limitaciones, este estudio significa un aporte en la comprensión de la conducta autolesiva en adolescentes dentro del contexto local. Se destacan algunos hallazgos: edades inferiores a las esperadas en base a los antecedentes internacionales; los cortes como tipo de conducta autolesiva predominante; la prevalencia alta del sexo femenino; la función predominante de la conducta autolesiva como refuerzo intrapersonal negativo; una alta prevalencia de eventos adversos tales como maltrato infanto-juvenil, problemáticas familiares y vulnerabilidad socio-económica; y una limitada adherencia terapéutica.

En la búsqueda por la comprensión de los fenómenos que afectan a la salud humana, la identificación de factores de riesgo sociales ha significado un avance en la epidemiología frente a la búsqueda únicamente de causales biológicos (Menéndez, 2005). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha concebido el concepto de “determinantes sociales de la salud” como:

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (Organización Mundial de la Salud, 2020c).

Como puede observarse, algunos de los factores estudiados en el presente trabajo podrían ser analizados como determinantes sociales de la salud. Profundizar sobre estos estudios a nivel local resulta, entonces, prioritario para poder generar propuestas de actuación acordes. Empero, también se ha señalado que aún existe una tendencia a utilizar modelos individualizados y causales para identificar determinantes de la salud mental, lo

cual promueve intervenciones focalizadas en variables de comportamiento inmediatos e individuales, en vez de abocarse a las condiciones estructurales que constituyen las causas fundamentales (Naciones Unidas, 2019).

Morales-Borrero, Borde, Eslava-Castañeda y Concha-Sánchez (2013) diferencian el estudio epidemiológico basado en los determinantes sociales y en la determinación social. A nivel de las implicaciones prácticas que conllevan estas diferencias, señalan que desde una visión de determinantes sociales las políticas en salud apuntan a lograr una igualdad en la posibilidad de llevar a cabo acciones libres. Con lo cual, se aplican políticas para recuperar dicha libertad individual a través de subsidios condicionados -o mediante el estímulo de la beneficencia y la cooperación- que corrigen un comportamiento individual. En contraposición, desde una concepción de determinación social, se parte de la idea de que las desigualdades sociales son producto de relaciones de poder y dominación. De esta forma, “dichas relaciones enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de triple inequidad conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social” (p. 802). Esta matriz de triple inequidad se expresa en inequidades sociales y de salud, provocando distintos niveles de accesibilidad a la salud. Por lo tanto, las propuestas resultantes desde esta perspectiva orientan hacia la participación política tendiente a la transformación social de dichas relaciones de poder.

En este estudio se pudo analizar factores que se podrían pensar en clave de esta matriz de triple inequidad, principalmente, contemplando la inequidad de género y de clase. Pero, a su vez, a partir de lo hallado en este estudio y en los antecedentes previos, podríamos sumar otra dimensión en el ejercicio de la violencia a través de la opresión: la división por edades. Morales y Magistris (2020), refieren al término “adultocentrismo” como un concepto que expresa las relaciones sociales conflictivas marcadas por el autoritarismo y la desigualdad desde el mundo adulto para con niños y niñas. Este concepto se vuelve de importancia contemplando que en los antecedentes respecto al estudio de la conducta autolesiva se comunica una tasa de prevalencia que aumenta en la adolescencia y disminuye en la juventud (Plener et al., 2015), mientras que en esta investigación se pudo observar el mismo fenómeno, incluso encontrando casos con edades inferiores a las mencionadas en otras investigaciones. Es decir, niños, niñas y adolescentes parecerían

quedar primordialmente vulnerables a llevar a cabo conductas autolesivas. Y a partir de lo hallado en esta investigación y en los antecedentes serían principalmente niños, niñas y adolescentes expuestos a situaciones de violencia familiar, económica, de género, escolar e institucional. Por tanto, a partir del estudio de los factores de riesgo vinculados a la conducta autolesiva en niños, niñas y adolescentes nos estaríamos encontrando con condiciones estructurales que llevan a modos de vida que afectan a la salud (Breilh, 2003).

Para finalizar, se recuperan las palabras de Navarro (2009), quien en su exposición respecto al informe realizado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, enfatiza que “no son las desigualdades las que matan [como se plantea en dicho informe], sino quienes se benefician de las desigualdades los que matan” (p. 440). Siguiendo esta línea, él entiende que en el informe se ha logrado un exhaustivo análisis sobre las limitaciones sociales en el desarrollo de la salud, pero que es necesario avanzar aún más, que las y los trabajadores de la salud pública denuncien el proceso por el cual esto ocurre, sus responsables y se transformen en agentes de cambio.

Se espera que este estudio sea un pequeño aporte a este desafío que aún queda por delante.

## REFERENCIAS

- Albores-Gall, L., Méndez-Santo, J. L., Xóchitl-García Luna, A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I. y Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Estados Unidos, Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Agüero, G., Arrate, M. y Berner, E. (2017). Adolescentes con autoagresiones: serie de casos clínicos. *IntraMed Journal*, 6(2), 1-8.
- Arrieta, E. (Comp.) (2017). *Un libro sobre drogas*. Buenos Aires, Argentina: El Gato y la Caja Editorial.
- Bella, M E., Fernández, R. A. y Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivo Argentinos de Pediatría*, 108(2), 124-129.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Bresin, K. y Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. En *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2<sup>nd</sup> Ed. Oxford: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
- Burgos, G. V., Narváez, N. N., Bustamante, P. S., Burrone, M. S., Fernández, R. y Abeldaño, R. A. (2017). Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3), 2802-2810.

- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F. y Gratz, K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(2), 337–347.
- Chapman, A. L. y Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L. y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394.
- Cipriano, A., Cella, S. y Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8(1946), 1-14.
- Cleare, S., Wetherall, K., Clark, A., Ryan, C., Kirtley, O. J., Smith, M. y C. O'Connor, R. (2018). Adverse childhood experiences and hospital-treated self-harm. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6).
- Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2012). Maltrato infantil. Marco conceptual. Recuperado de: [www.ademys.org.ar/v2/wp-content/uploads/2015/08/Maltrato-infante-juvenil-CDNNyA-1.pdf](http://www.ademys.org.ar/v2/wp-content/uploads/2015/08/Maltrato-infante-juvenil-CDNNyA-1.pdf)
- Diggins, E., Kelley, R., Cottrell, D., House, A. y Owens, D. (2017). Age-related differences in self-harm presentations and subsequent management of adolescents and young adults at the emergency department. *Journal of Affective Disorders*, 208, 399–405.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2020). Serie 11 – Estadísticas de Servicios de Salud. Buenos Aires, Argentina: Dirección de Estadística e Información de Salud. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/serie-11-estadisticas-de-servicios-de-salud/>.
- Dirección General de Estadísticas y Censos (2020). Banco de datos: Promoción social. Recuperado de: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?cat=134&paged=16>.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2014a). Epidemiología en salud mental y adicciones. Recuperado de: [http://www.antena-libre.com.ar/wp-content/uploads/2018/06/2015-04-24\\_epidemiologia-en-smya.pdf](http://www.antena-libre.com.ar/wp-content/uploads/2018/06/2015-04-24_epidemiologia-en-smya.pdf).

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2014b). Egresos hospitalarios del sector público por lesiones autoinfligidas en Argentina 2005–2011. Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-12-18\\_egresos-hosp-publico-lesiones-autoinfligidas-arg-2005-2011.pdf](http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-12-18_egresos-hosp-publico-lesiones-autoinfligidas-arg-2005-2011.pdf).

Heerde, J. A., Toumbourou, J. W., Hemphill, S. A., Herrenkohl, T. I., Patton, G. C. y Catalano, R. F. (2015). Incidence and course of adolescent deliberate self-harm in Victoria, Australia, and Washington State. *Journal of Adolescent Health, 57*(5), 537-544.

Esposito-Smythers, C., Weismore, J., Zimmermann, R. P. y Spirito, A. (2014). Suicidal behaviors among children and adolescents. En M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 7-22). Estados Unidos, Nueva York: Oxford University Press.

Feng, J. Y., Chang, Y. T., Chang, H. Y., Fetzer, S. y Wange, J. D. (2015). Prevalence of different forms of child maltreatment among Taiwanese adolescents: a population-based study. *Child Abuse and Neglect, 42*, 10–19.

Fliege, H., Lee, J. Grimm, A. y Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66*, 477–493.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2000). La violencia doméstica contra mujeres y niñas. Recuperado de: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6s.pdf>.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016). Estado de la situación de la niñez y adolescencia en Argentina. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/2211/file/SITAN.pdf>.

- Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D. y Franklin, J. C. (2020). *Interventions for suicide and self-injury: a meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. Psychological Bulletin, 146*(12), 1117-1145.
- Fox, K. R., Millner, A. J., Mukerji, C. E. y Nock, M. K. (2017). Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clinical Psychology Review, 66*, 3-11.
- Galarza, A. L., Castañeiras, C. E. y Fernández Liporace, M. (2018). Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria, 35*(2), 307-326.
- Grendas, L. N., Rojas, S. M., Rodante, D. E., Puppo, S., Vidjen, P., Portela, A. y Daray, F. M. (2019). Differential impact of child sexual abuse and family history of suicidal behavior in high-risk suicidal patients. *Archives of Suicide Research*. Doi: 10.1080/13811118.2019.1592040
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J. y Waters, K. (2012b). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the multicentre study of self-harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 53*(12), 1212-1219.
- Hawton, K., Saunders, K. y O'Connor, R. (2012a). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet, 379*, 2373-2382.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires (2015). La niñez MIDDE en la provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <http://norbertoliwski.com.ar/wp-content/uploads/2016/05/La-Ni%C3%B1ez-MIDDE-2015.pdf>.

- Instituto de Estudios y Administración Local (2017). Quilmes: mapa de la vulnerabilidad social. Quilmes, Argentina: IDEAL. Recuperado de: <http://www.idealquilmes.com.ar/spip.php?article144>.
- James, K. y Stewart, D. (2018). Blurred boundaries: a qualitative study of how acts of 'self-harm' and 'attempted suicide' are defined by mental health practitioners. *Crisis*, 39(4), 247-254.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. y Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326–328.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239.
- Klonsky, E. D., Victor, S. E. y Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-Injury: what we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565–568.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. y Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856.
- Laukkanen, E., Rissanen, M., Honkalampi, K., Kylmä, J., Tolmunen, T. y Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(1), 23-28.
- Lauw, M., How, C. y Loh, C. (2015). Deliberate self-harm in adolescents. *Singapore Medical Journal*, 56(6), 306-309.
- Laye-Gindhu, A. y Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447–457.

- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona, España: Paidós.
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K. y Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 5, 51–64.
- Lodebo, B. T., Möller, J., Larsson, J. O. y Engström, K. (2017). Socioeconomic position and self-harm among adolescents: a population-based cohort study in Stockholm, Sweden. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(46).
- Martin, J., Bureau, J. F., Yurkowski, K., Renaud Fournier, T., Lafontaine y M. F., Cloutier, P. (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent-child relational risk. *Journal of Adolescence*, 49, 170-180.
- McNicholas, F., Keeley, H., Griffin, E., McMahon, E., Corcoran, P., Perry, I. J. y Arensman, E. (2019). Increasing rates of self-harm among children 10–14 in Ireland: a ten-year national registry study 2007–2016. *Archives of Disease in Childhood*, 104(3), 93-94.
- Menéndez, E. L. (2005). El Modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Mitchell, R. J., Seah, R., Ting, H. P., Curtis, K. y Foster, K. (2018). Intentional self-harm and assault hospitalisations and treatment cost of children in Australia over a 10-year period. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 42(3), 240-246.
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C. y Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- Morales, S. y Magistris, G. (2020). Hacia un paradigma otro: niños como sujetos políticos co-protagonistas de la transformación social. En S. Morales y G. Magistris (Comp.)

- Niñez en movimiento: del adultocentrismo a la emancipación* (p. 23-47). Buenos Aires, Argentina: Editorial Chirimbote.
- Morra, A. P., Elorza, C. y Echenique, H. (2013). Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. *Revista Argentina de Salud Pública*, 4(15), 26-31.
- Mościcki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-517.
- Mossakowski K. N. (2014). Social causation and social selection. En W. Cockerham, R. Dingwall y S. R. Quah (Eds.) *The Wiley Blackwell Encyclopedia of health, illness, behavior, and society* (pp.1403–1408). Oxford, Reino Unido: Wiley Blackwell.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. y Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(10).
- Naciones Unidas (2019). Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Recuperado de: [https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/HRC/41/34&Lang=S](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/41/34&Lang=S).
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). Self-harm. Recuperado de: [www.nice.org.uk/guidance/qs34](http://www.nice.org.uk/guidance/qs34).
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423–441.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
- Nock, M. K., Joiner T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. y Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72.

- Nock, M. K. y Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 28-38.
- Nock, M. K. y Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5),
- Olivier-Pijpers, V. C., Cramm, J. M., Butinx, W. H. E. y Nieboer, A. P. (2018). Organisational environment and challenging behaviour in services for people with intellectual disabilities: a review of the literature. *Alter, 12*(4), 238- 253.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2002/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2020a). Factores de riesgo Recuperado de: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/).
- Organización Mundial de la Salud (2020b). Discapacidades. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2020c). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/).
- Orlando, C. M., Broman-Fulks, J. J., Whitlock, J. L., Curtin, L. y Michael, K. D. (2015). Nonsuicidal self-Injury and suicidal self-Injury: a taxometric investigation. *Behavior Therapy, 46*, 824-833.
- Page, A., Lewis, G., Kidger, J., Heron, J., Chittleborough, C., Evans, J. y Gunnell, D. (2014). Parental socio-economic position during childhood as a determinant of self-harm in adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(2), 193-203.

- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M. y Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(2), 1-11.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J. y Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. En M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 7-22). Estados Unidos, Nueva York: Oxford University Press.
- Ross, S. y Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Mmri, M., Erbuto, D.,... Amore, M. (2017). The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 8(149), 1-11.
- Shek, D. T. L. y Yu, L. (2012). Self-harm and suicidal behaviors in Hong Kong adolescents: prevalence and psychosocial correlates. *The Scientific World Journal*, 2012(7374).
- Sidebotham, P. y Heron, J. (2006). Child maltreatment in the “children of the nineties”: deprivation, class, and social networks in a UK sample. *Child Abuse and Neglect*, 26(12), 1243-1259.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366, 1471–1483.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554.
- Teti, G. L., Rebok, F., Rojas, S. M., Grendas, L., y Daray, F. M. (2014). Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(2), 124-133.
- Thyssen, L. S. y Van Camp, I. (2014). Non-suicidal self-injury in Latin America. *Salud Mental*, 37(2), 153-157.

- Torres, N., Moscoloni, N., Guerrero, L. M. y Piola, J. C. (2013). Análisis de correspondencias múltiples y clasificación sobre coordenadas factoriales para caracterizar autointoxicaciones intencionales atendidas en SERTOX, Rosario, Argentina, entre los años 2000 y 2009. *Revista de Toxicología en Línea*, (41), 12-38.
- Valencia-Agudo, F., Corbet Burcher, G., Ezpeleta, L. y Kramer, T. (2018). Nonsuicidal self-injury in community adolescents: a systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *Journal of Adolescence*, 65, 25–38.
- Victor, S. E. y Klonsky, E. D. (2014). Daily Emotion in Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of clinical psychology*, 70(4), 364–375.
- Wester, K. L., Ivers, N., Villalba, J. A., Trepal, H. C. y Henson, R. (2016). The relationship between nonsuicidal self-injury and suicidal ideation. *Journal of Counseling and Development*, 94(1), 3-12.
- Wu, A. D. y Zumbo, B. D. (2008). Understanding and using mediators and moderators. *Social Indicators Research*, (87), 367–392.
- Yip, K. (2005). A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 80–86.
- Zayas, L. H, Lester, R. J., Cabassa, L. J. y Fortuna, L. R. (2005). Why do so many latina teens attempt suicide? A conceptual model for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 275–287.

## ANEXO 1

### Planilla de relevamiento de datos:

Nombre:

Apellido:

N° expediente en DDSS:

N° expediente en Salud:

Profesional que intervino en DDSS:

Profesional que intervino en Salud:

### Datos personales:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Nacionalidad:

Sexo:

Escolarizado: Si/No

Año que cursa:

Repitencia: No/Si

Abandono escolar: No/Si

Orientación sexual:

Último domicilio familiar:

Fuga de hogar: Si/ No

Medida de abrigo: Si/No

Convivientes:

### Autoagresiones:

Tipo: cortarse / morderse / rasguñarse / quemarse / golpearse / golpear objetos / lastimar una cicatrización / raspase la piel / intoxicarse / ahorcarse / pincharse / pellizcarse

Internación hospitalaria a causa de autoagresiones: No / Se desconoce / Si

Intentos de suicidio previos: No/Si

Pensamiento suicida: No/Si

Historial de suicidio, intento de suicidio o autolesiones en la familia: No/Sí

### Salud mental:

Diagnóstico presuntivo:

- Discapacidad intelectual grave
- Trastorno del espectro autista
- Trastorno de movimientos estereotipados
- Trastorno de excoriación

- Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados
- Trastorno de identidad disociativo
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno de personalidad límite
- Otro:

Tratamiento:

Fecha de ingreso:

Fecha última intervención:

Motivo de ingreso:

Institución derivante:

Duración del tratamiento en el programa:

Función de la conducta de autoagresión:

Pensamientos y/o emociones relatados asociados a la conducta de autoagresión:

Historial de maltrato Infantil:

- Maltrato físico: Si/No
- Maltrato emocional: Si/No
- Negligencia: Si/No
- Abandono: Si/No
- Abuso sexual: Si/No
- Síndrome de Münchausen por poderes: Si/No
- Acoso entre pares: Si/No
- Noviazgos violentos: Si/No
- Explotación: Si/No
- Trabajo infantil: Si/No
- Ritualismo: Si/No
- Corrupción: Si/No
- Maltrato institucional: Si/No

Conflictos familiares:

- Violencia doméstica: Si/No
- Separación de progenitores: Si/No
- Familiar con trastorno de salud mental: Si/No
- Familiar con discapacidad: Si/No
- Fallecimiento de familiar: Si/No
- Familiar con consumo problemático de sustancias psicoactivas: Si/No
- Familiar con enfermedad médica: Si/No
- Ausencia paterna: Si/No
- Ausencia de persona responsable: Si/No
- Familiares directos en conflicto con la ley penal: Si/No

## ANEXO 2

### Modelo de consentimiento informado:

Lugar, fecha

Destinatario

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a efectos de solicitar su aprobación para acceder a información producida por dicha área. Esta solicitud tiene el fin de posibilitar el acceso a material empírico en el marco de la investigación a realizar para presentar como tesis final de la carrera de Maestría en Psicología Cognitiva y Aprendizaje de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, bajo la dirección del Mg. Gonzalo Clerici y la co-dirección del Dr. Ángel Elgier.

El objetivo de la tesis es efectuar un análisis de variables sociales sobre una población de niños, niñas y adolescentes con problemáticas de salud mental.

Cabe destacar que se conservará la confidencialidad de los datos, tomándose los recaudos para garantizar la reserva de los datos personales, tanto de la muestra poblacional como de los profesionales intervinientes.

A la espera de una respuesta favorable, le saluda atentamente,

Agustina Amado

Maestranda en Psicología Cognitiva y Aprendizaje (FLACSO)

D.N.I.: 33.336.098

### ANEXO 3

Análisis mediante coeficiente de correlación de Pearson en variables cuantitativas:

**Tabla 8**

*Análisis de correlación entre la edad, el número de hechos de maltrato, el número de problemáticas familiares y el tiempo en tratamiento.*

	1	2	3	4
1. Edad	-	,101*	-,222**	-,265***
2. Número de hechos de maltrato	-	-	-,113*****	,187*****
3. Número de problemáticas familiares	-	-	-	-,132*****
4. Tiempo en tratamiento	-	-	-	-

\*  $p = ,52$

\*\*  $p = ,14$

\*\*\*  $p = ,14$

\*\*\*\*  $p = ,48$

\*\*\*\*\*  $p = ,35$

\*\*\*\*\*  $p = ,45$

## ANEXO 4

### Tablas de contingencia de variables nominales:

**Tabla 9**

*Análisis de asociación entre las variables maltrato infantil e internación previa por autolesiones*

			Internación		Total
			Sí	No	
Maltrato infantil	Sí	Recuento	8	35	43
		% del total	16%	70%	86%
	No	Recuento	2	5	7
		% del total	4%	10%	14%
Total	Recuento		10	40	50
	% del total		20%	80%	100%

**Tabla 10**

*Análisis de asociación entre las variables maltrato infantil y pensamiento suicida*

			Pensamiento suicida		Total
			Sí	No	
Maltrato infantil	Sí	Recuento	16	27	43
		% del total	32%	54%	86%
	No	Recuento	1	6	7
		% del total	2%	12%	14%
Total	Recuento		17	33	50
	% del total		34%	66%	100%

**Tabla 11**

*Análisis de asociación entre las variables maltrato infantil y conducta suicida*

			Conducta suicida		Total
			Sí	No	
Maltrato infantil	Sí	Recuento	6	37	43
		% del total	12%	74%	86%

	No	Recuento	0	7	7
		% del total	0%	12%	14%
Total		Recuento	6	44	50
		% del total	12%	88%	100%

**Tabla 12**

*Análisis de asociación entre las variables maltrato infantil y diagnóstico en salud mental*

			Diagnóstico		Total
			Sí	No	
Maltrato infantil	Sí	Recuento	14	29	43
		% del total	28%	58%	86%
	No	Recuento	4	3	7
		% del total	2%	12%	14%
Total		Recuento	18	32	50
		% del total	36%	64%	100%

**Tabla 13**

*Análisis de asociación entre las variables maltrato infantil e inicio de tratamiento*

			Inicia tratamiento		Total
			Sí	No	
Maltrato infantil	Sí	Recuento	30	5	35
		% del total	71,4%	11,9%	83,3%
	No	Recuento	7	0	7
		% del total	16,7%	0%	16,7%
Total		Recuento	37	5	42
		% del total	88,1%	11,9%	100%

**Tabla 14**

*Análisis de asociación entre las variables maltrato infantil y tiempo en tratamiento*

			Tiempo en tratamiento			Total
			Un mes	Entre 2 y 6 meses	Entre 7 meses y más	
Maltrato infantil	Sí	Recuento	6	10	11	27

	% del total	18,2%	30,3%	83,3%	81,8%
No	Recuento	2	1	3	6
	% del total	6,1%	3,0%	9,1%	18,2%
Total	Recuento	8	11	14	33
	% del total	24,2%	33,3%	42,4%	100

**Tabla 15**

*Análisis de asociación entre las variables problemas familiares e internación previa por autolesiones.*

			Internación		Total
			Sí	No	
Problemas familiares	Sí	Recuento	8	37	45
		% del total	16%	77%	90%
	No	Recuento	2	3	5
		% del total	4%	6%	10%
Total	Recuento		10	40	50
	% del total		20%	80%	100%

**Tabla 16**

*Análisis de asociación entre las variables problemas familiares y pensamiento suicida.*

			Pensamiento suicida		Total
			Sí	No	
Problemas familiares	Sí	Recuento	16	29	45
		% del total	32%	58%	90%
	No	Recuento	1	4	5
		% del total	2%	8%	10%
Total	Recuento		17	33	50
	% del total		34%	66%	100%

**Tabla 17**

*Análisis de asociación entre las variables problemas familiares y conducta suicida.*

			Conducta suicida	Total
--	--	--	------------------	-------

			Sí	No	
Problemas familiares	Sí	Recuento	6	39	45
		% del total	12%	78%	90%
	No	Recuento	0	5	5
		% del total	0%	10%	10%
Total	Recuento		6	44	50
	% del total		12%	88%	100%

**Tabla 18**

*Análisis de asociación entre las variables problemas familiares y diagnóstico en salud mental.*

			Diagnóstico		Total
			Sí	No	
Problemas familiares	Sí	Recuento	15	30	45
		% del total	30%	60%	90%
	No	Recuento	3	2	5
		% del total	6%	4%	14%
Total	Recuento		18	32	50
	% del total		36%	64%	100%

**Tabla 19**

*Análisis de asociación entre las variables problemas familiares e inicio de tratamiento.*

			Inicia tratamiento		Total
			Sí	No	
Problemas familiares	Sí	Recuento	32	5	37
		% del total	76,2%	11,9%	88,1%
	No	Recuento	5	0	5
		% del total	11,9%	0%	11,9%
Total	Recuento		37	5	42
	% del total		88,1%	11,9%	100%

**Tabla 20**

*Análisis de asociación entre las variables problemas familiares y tiempo en tratamiento*

		Tiempo en tratamiento			Total	
		Un mes	Entre 2 y 6 meses	Entre 7 meses y más		
Prob. familiares	Sí	Recuento	7	10	12	29
		% del total	21,2%	30,3%	36,4%	87,9%
	No	Recuento	1	1	2	4
		% del total	3%	3,0%	6,1%	12,1%
Total		Recuento	8	11	14	33
		% del total	24,2%	33,3%	42,4%	100%

**Tabla 21**

*Análisis de asociación entre las variables internación previa por autolesiones y conducta suicida.*

		Conducta suicida		Total	
		Sí	No		
Internación previa	Sí	Recuento	4	6	10
		% del total	8%	12%	20%
	No	Recuento	2	38	40
		% del total	4%	76%	80%
Total		Recuento	6	44	50
		% del total	12%	88%	100%

**Tabla 22**

*Análisis de asociación entre las variables internación previa por autolesiones y pensamiento suicida.*

		Pensamiento suicida		Total	
		Sí	No		
Internación previa	Sí	Recuento	3	7	10
		% del total	6%	14%	20%
	No	Recuento	14	26	40
		% del total	28%	52%	80%
Total		Recuento	17	33	50

	% del total	34%	66%	100%
--	-------------	-----	-----	------

**Tabla 23**

*Análisis de asociación entre las variables conducta autolesiva en la familia y conducta suicida.*

			Conducta suicida		Total
			Sí	No	
Cond. autolesiva flia.	Sí	Recuento	2	4	6
		% del total	4%	8%	12%
	No	Recuento	4	40	44
		% del total	8%	80%	88%
Total	Recuento		6	44	50
	% del total		12%	88%	100%

**Tabla 24**

*Análisis de asociación entre las variables conducta autolesiva en la familia y pensamiento suicida.*

			Pensamiento suicida		Total
			Sí	No	
Cond. autolesiva flia.	Sí	Recuento	3	3	6
		% del total	6%	6%	12%
	No	Recuento	14	30	44
		% del total	28%	60%	88%
Total	Recuento		17	33	50
	% del total		34%	66%	100%

**Tabla 25**

*Análisis de asociación entre las variables dificultades escolares y maltrato infantil.*

			Maltrato infantil		Total
			Sí	No	
Dificultades escolares	Sí	Recuento	12	1	13
		% del total	35,3%	2,9%	38,2%

	No	Recuento	17	4	21
		% del total	50%	11,8%	61,8%
Total		Recuento	29	5	34
		% del total	85,3%	14,7%	100%

**Tabla 26**

*Análisis de asociación entre las variables dificultades escolares y problemas familiares.*

		Problemas familiares		Total	
		Sí	No		
Dificultades escolares	Sí	Recuento	13	0	13
		% del total	38,2%	0%	38,2%
	No	Recuento	17	4	21
		% del total	50%	11,8%	61,8%
Total		Recuento	30	4	34
		% del total	88,2%	11,8%	100%

**Tabla 27**

*Análisis de asociación entre las variables dificultades escolares y diagnóstico en salud mental.*

		Diagnóstico		Total	
		Sí	No		
Dificultades escolares	Sí	Recuento	8	5	13
		% del total	23,5%	14,7%	38,2%
	No	Recuento	5	16	21
		% del total	14,7%	47,1%	61,8%
Total		Recuento	13	21	34
		% del total	38,2%	61,8%	100%

**Tabla 28**

*Análisis de asociación entre las variables vulnerabilidad socio-económica y diagnóstico en salud mental.*

		Diagnóstico	Total
--	--	-------------	-------

		Sí	No		
Vuln. socio-económica	Sí	Recuento	11	12	23
		% del total	26,2%	28,6%	54,8%
	No	Recuento	3	13	16
		% del total	7,1%	31%	38,1%
Hogar convivencial		Recuento	1	2	3
		% el total	2,4%	4,8%	7,1%
Total		Recuento	15	27	42
		% del total	35,7%	64,3%	100%

**Tabla 29**

*Análisis de asociación entre las variables vulnerabilidad socio-económica y conducta suicida.*

		Conducta suicida		Total	
		Sí	No		
Vuln. socio-económica	Sí	Recuento	2	21	23
		% del total	4,8%	50%	54,8%
	No	Recuento	3	13	16
		% del total	7,1%	31%	38,1%
Hogar convivencial		Recuento	1	2	3
		% el total	2,4%	4,8%	7,1%
Total		Recuento	6	36	42
		% del total	14,6%	85,7%	100%

**Tabla 30**

*Análisis de asociación entre las variables vulnerabilidad socio-económica y pensamiento suicida.*

		Pensamiento suicida		Total	
		Sí	No		
Vuln. socio-económica	Sí	Recuento	8	15	23
		% del total	19%	35,7%	54,8%
	No	Recuento	3	13	16

		% del total	7,1%	31%	38,1%
Hogar convivencial	Recuento		1	2	3
		% el total	2,4%	4,8%	7,1%
Total	Recuento		12	30	42
		% del total	28,6%	71,4%	100%

**Tabla 31**

*Análisis de asociación entre las variables vulnerabilidad socio-económica e internación previa por autolesiones.*

		Internación		Total	
		Sí	No		
Vuln. socio-económica	Sí	Recuento	5	18	23
		% del total	11,9%	42,9%	54,8%
	No	Recuento	4	12	16
		% del total	9,5%	28,6%	38,1%
Hogar convivencial	Recuento	1	2	3	
	% el total	2,4%	4,8%	7,1%	
Total	Recuento	10	32	42	
	% del total	23,8%	76,2%	100%	

**Tabla 32**

*Análisis de asociación entre las variables sexo y diagnóstico en salud mental.*

		Diagnóstico		Total	
		Sí	No		
Sexo	Mujeres	Recuento	16	27	43
		% del total	37,2%	62,8%	100%
	Varones	Recuento	2	5	7
		% del total	28,6%	71,4%	100%
Total	Recuento	18	32	50	
	% del total	36%	64%	100%	

**Tabla 33**

*Análisis de asociación entre las variables sexo y problemas familiares.*

		Problemas familiares		Total	
		Sí	No		
Sexo	Mujeres	Recuento	38	5	43
		% del total	76%	10%	100%
	Varones	Recuento	7	0	7
		% del total	100%	0%	100%
Total		Recuento	45	5	50
		% del total	90%	10%	100%

**Tabla 34**

*Análisis de asociación entre las variables sexo y dificultades escolares.*

		Dificultades escolares		Total	
		Sí	No		
Sexo	Mujeres	Recuento	11	19	30
		% del total	37,6%	63,3%	100%
	Varones	Recuento	2	2	4
		% del total	50%	50%	100%
Total		Recuento	13	21	34
		% del total	38,2%	61,8%	100%

**Tabla 35**

*Análisis de asociación entre las variables sexo y conducta suicida.*

		Conducta suicida		Total	
		Sí	No		
Sexo	Mujeres	Recuento	4	39	43
		% del total	9,3%	90,7%	100%
	Varones	Recuento	2	5	7
		% del total	28,6%	71,4%	100%
Total		Recuento	6	44	50
		% del total	12%	88%	100%

**Tabla 36***Análisis de asociación entre las variables sexo y pensamiento suicida.*

			Pensamiento suicida		Total
			Sí	No	
Sexo	Mujeres	Recuento	15	28	43
		% del total	34,9%	65,1%	100%
	Varones	Recuento	2	5	7
		% del total	28,6%	71,4%	100%
Total	Recuento		17	33	50
	% del total		34%	66%	100%

**Tabla 37***Análisis de asociación entre las variables sexo e internación previa por autolesiones.*

			Internación		Total
			Sí	No	
Sexo	Mujeres	Recuento	9	34	43
		% del total	20,9%	79,1%	100%
	Varones	Recuento	1	6	7
		% del total	14,3%	85,7%	100%
Total	Recuento		10	40	50
	% del total		20%	80%	100%