

Perfil epidemiológico de adolescentes con conducta autolesiva en un municipio de la provincia de Buenos Aires

Agustina Amado Olivi¹

Angel Elgier²

Gonzalo Clerici³

Resumen

La conducta autolesiva se considera un problema grave de salud pública, sin embargo, existe escasa estadística e investigación empírica en Argentina. En este trabajo se buscó conocer aspectos personales y contextuales de adolescentes con conducta autolesiva de una muestra clínica constituida por sujetos ingresados a un programa de salud mental de un municipio de la provincia de Buenos Aires. Se halló: edades inferiores a las esperadas (13,3% entre 6 y 11 años); preeminencia del sexo femenino (79,44%); alta prevalencia de eventos adversos tales como maltrato infanto-juvenil (86%); problemáticas familiares (90%) y vulnerabilidad socio-económica (55%); cortes como tipo de conducta autolesiva predominante; limitada adherencia terapéutica; y conducta autolesiva sostenida principalmente por refuerzo intrapersonal negativo (congruente con el modelo explicativo de regulación emocional). Los resultados se analizan desde una perspectiva de epidemiología crítica.

La producción de información respecto a esta problemática es relevante en tanto permite generar un diagnóstico tras el cual producir respuestas de salud pública acordes. La falta de información aporta al sostenimiento de creencias que naturalizan la aparición de la conducta autolesiva en adolescentes, particularmente en mujeres, y genera prejuicios respecto a la motivación tras el accionar autolesivo.

Palabras clave: autolesiones - adolescentes - factores de riesgo - maltrato infantil - género

¹ FLACSO. E-mail: agusao_@hotmail.com

² UAI.FLACSO.CONICET amelgier@gmail.com

³ UBA gclerici77@hotmail.com

Epidemiological profile of adolescents with self-harming behavior in a municipality in the province of Buenos Aires

Abstract

Self-injurious behavior is considered a serious public health problem; however there are little statistics and empirical research in Argentina. In this work, we sought to know personal and contextual aspects of adolescents with self-injurious behavior from a clinical sample made up of subjects admitted to a mental health program in a municipality in the province of Buenos Aires. Discovery: ages lower than expected (13.3% between 6 and 11 years); predominance of the female sex (79.44%); high prevalence of adverse events such as child and adolescent abuse (86%); family problems (90%) and socio-economic vulnerability (55%); cuts as the predominant type of self-injurious behavior; limited therapeutic adherence; and self-injurious behavior sustained mainly by negative intrapersonal reinforcement (consistent with the explanatory model of emotional regulation). The findings are analyzed from a critical epidemiology perspective.

The production of information regarding this problem is relevant insofar as it allows generating a diagnosis after which to produce appropriate public health responses. The lack of information contributes to the support of beliefs that naturalize the appearance of self-injurious behavior in adolescents, particularly in women, and generates prejudices regarding the motivations behind self-injurious actions.

Keywords: self-harm - adolescents - risk factor's - child abuse - gender

INTRODUCCIÓN

Se considera que la conducta autolesiva es una problemática de salud pública que afecta principalmente a adolescentes (Plener, Schumacher, Munz y Groschwitz, 2015). En este sentido, en el año 2014 la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (perteneciente al Ministerio de Salud del

Estado Argentino) informó que aumentó en un 31% los egresos hospitalarios por conducta autolesiva desde el año 2005 al 2011 (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2014). Sin embargo, existe escasa estadística e investigación empírica a nivel nacional respecto al tema. A partir de ello, resulta relevante preguntarse respecto a las

particularidades de quienes presentan estas conductas.

Definición de conducta autolesiva

En el estudio de la conducta autolesiva se plantea la dificultad ante la falta de acuerdo respecto a qué incluir en esa categoría. Es así que se podría sintetizar el debate existente considerando dos conceptualizaciones contrapuestas, que dan cuenta de dos formas de investigación y prácticas clínicas.

Por un lado, la investigación estadounidense utiliza el concepto de conducta autolesiva no-suicida, incluyendo conductas deliberadas auto-dirigidas que provocan o pueden provocar lesiones sin evidencia de que constituyan un intento de suicidio, y 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, la investigación europea tiende a usar el concepto de autolesión, que constituye 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).

Se han señalado 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 concepto del auto-envenenamiento (Kapur, Cooper, O'Connor y Hawton, 2013). Por ello, para este trabajo se ha optado por utilizar el concepto de autolesión.

Factores de riesgo de conducta autolesiva

Hawton, Saunders y O'Connor (2012b) enlistan una serie de factores de riesgo que se han vinculado a la conducta autolesiva y suicida en adolescentes, considerando: 1) factores sociodemográficos y educacionales: sexo femenino, bajo estatus socioeconómico, pertenencia a la comunidad LGTBQ+, menores logros educativos; 2) eventos adversos de la

vida y problemáticas familiares: separación parental o divorcio, muerte parental, experiencias adversas en la infancia, historia de abuso físico o sexual, diagnósticos de salud mental en progenitores, antecedentes familiares de comportamiento suicida, discordia parental o familiar, acoso escolar, dificultades interpersonales; 3) factores psicológicos y psiquiátricos: problemáticas de salud mental (depresión, ansiedad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, consumo problemático de drogas), impulsividad, baja autoestima, dificultad para la resolución de problemas sociales, perfeccionismo, desesperanza.

Tomando el modelo ecológico para la investigación del desarrollo humano propuesto por Bronfenbrenner (1994), el estudio de factores de riesgo de la conducta autolesiva implica analizar el vínculo de dicha conducta con variables pertenecientes a distintos niveles ecológicos.

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 situaciones de violencia doméstica), 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, 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. 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.

Modelos explicativos de la conducta autolesiva

Se han propuesto una variedad de modelos que intentan explicar la función de la conducta autolesiva. Algunos de estos modelos son: el modelo de regulación emocional, el modelo anti-disociativo, el modelo anti-suicida, el modelo de límites interpersonales, el modelo de influencia interpersonal, el modelo de auto-castigo, el modelo de búsqueda de sensaciones, y el modelo sexual (Suyemoto, 1998; Yip, 2005; Klonsky, 2007; Lauw, How y Loh, 2015).

Klonsky (2007) analizó 18 investigaciones empíricas sobre las funciones de la autolesión, tomando siete modelos explicativos: de regulación emocional, anti-disociativo, anti-suicida, de límites interpersonales, de influencia interpersonal, de auto-castigo y de búsqueda de sensaciones. 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; y la autolesión frecuentemente se realiza con la intención de aliviar emociones negativas.

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.

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). Desde esta perspectiva, la conducta autolesiva entendida como una forma de auto-regulación emocional estaría siendo sostenida por el reforzamiento intrapersonal negativo.

MÉTODO

La investigación se llevó a cabo en el marco de la confección de la tesis de maestría para la titulación “Maestría en

Psicología Cognitiva y Aprendizaje” de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Para ello, en agosto del año 2017 se estableció contacto con un programa de salud mental para atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad de un municipio de la zona sur del segundo cordón del conurbano bonaerense, y con el área de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes del mismo municipio. En base a la inquietud planteada por dichas instituciones respecto a la conducta autolesiva en adolescentes, en tanto es vista como una problemática de difícil abordaje, se decide trabajar este tema.

Una vez que se establecieron acuerdos con los dos organismos contactados, se confeccionó el consentimiento informado que fue firmado por las autoridades de ambas áreas. El consentimiento informado especificó los objetivos de la investigación, el contexto académico de la misma, las personas a cargo, y la confidencialidad respecto a todos los datos relevados a través del resguardo de datos personales tanto de los sujetos incluidos en la muestra como de profesionales.

La revisión bibliográfica respecto a la temática proveyó abundante material principalmente proveniente de Norteamérica y Europa. Existen publicaciones de otros puntos del mundo, pero particularmente América Latina y el Caribe tiene escasa investigación empírica sobre el tema. En Argentina apenas se han explorado características vinculadas a la conducta autolesiva. Se halló antecedentes argentinos que estudian el vínculo entre la conducta autolesiva con los diagnósticos psicopatológicos (Bella, Fernández y Willington, 2010), con dificultades en habilidades emocionales e interpersonales (Galarza, Castañeiras y Fernández Liporace, 2018), con conflictos familiares (Burgos, et al., 2017), con victimización entre pares (Resett y González Caino, 2020), con hechos de discriminación (Córdoba, Oliva y Galarza, 2022) y estudios que relevan datos epidemiológicos de muestras clínicas (Morra, Elorza y Echenique, 2013; Torres, Moscoloni, Guerrero y Piola, 2013; Agüero, Arrate y Berner, 2017; Bori y Vázquez, 2017; Tagliotti, Canessa y Darling, 2017; Gutiérrez, 2018).

En este contexto, a través de este estudio se intenta realizar una

contribución 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 de prevención y tratamiento.

El objetivo general de la investigación, entonces, fue describir la conducta autolesiva de 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. Se esperaba hallar en la muestra características congruentes con investigaciones previas: edad de inicio de la conducta autolesiva entre los 12 y los 14 años; la regulación emocional como principal función de la conducta autolesiva; alta prevalencia de experiencias adversas de la vida; presencia de otras 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, conductas autolesivas previas y/o pensamiento suicida); y los cortes en antebrazos, la ingesta de medicación y/u otro tipo de drogas y el ahorcamiento como tipos de conducta autolesiva más frecuentes.

Para construir la muestra, primero se determinaron los ingresos totales al programa de salud mental desde su fecha de inicio (el 6 de noviembre de 2013) hasta la fecha de corte en que comienza la investigación (el 4 de agosto de 2017), detectándose un total de 943 casos.

Posteriormente, se identificó el conjunto de ingresos cuyo motivo fue por “autolesiones”, “intento de suicidio” o “autoagresión”. Así, se delimitó una muestra de 180 sujetos. En esta muestra se pudieron analizar las variables sexo y edad. Sin embargo, para profundizar el estudio se trabajó con una muestra comprendida por 50 niños, niñas y adolescentes. La construcción de esta muestra estuvo atada a la posibilidad de acceso a mayor información a través de reuniones con profesionales de ambas áreas y del relevamiento en historias clínicas y legajos.

En esta muestra se logró indagar otras variables: vulnerabilidad socio-económica, escolarización, inicio de tratamiento, 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 infanto-juvenil, y solicitud de medida legal de restitución de derecho bajo figura de “medida de abrigo”.

Las categorías de maltrato infanto-juvenil que se contemplaron fueron las descritas por la clasificación propuesta por el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la ciudad de Buenos Aires (2012): 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 y maltrato institucional.

En tanto los tipos de eventos adversos en el contexto familiar que se relevaron surgieron de estudios previos: 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 (Fliege, Lee, Grimm y Klapp, 2009; Hawton et al., 2012b).

A través del último domicilio registrado en las fuentes de información, se pudo analizar la vulnerabilidad socio-económica utilizando el mapa de georreferenciación de barrios vulnerables 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 la 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”. Este estudio estableció que el 17,3% de la superficie total de este municipio se compone de zonas vulnerables.

Para facilitar la búsqueda, registro y categorización se confeccionó una planilla de relevamiento. La información obtenida fue posteriormente volcada en tres bases de datos a través del programa Microsoft Excel 2010 (una para el total de 943 casos, otra para los 180 ingresos por autolesiones y otra para la muestra de 50 casos). Así también, se confeccionaron tres bases de datos para el análisis estadístico a través del programa IBM SPSS Statistics en su versión 21.

A continuación, se realizó un análisis descriptivo de las variables, y 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. Mediante el análisis de las variables cuantitativas no se pudo detectar información relevante, pero el análisis de las variables nominales proveyó información que se recupera a continuación.

RESULTADOS

Respecto a la prevalencia según el motivo de consulta, Morra et al. (2013) hallaron que el 13,2% de los ingresos a la guardia de salud mental en un hospital público de la provincia de La Pampa fue por conducta autolesiva, mientras que la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2014) detectó que el 15,21% de los egresos hospitalarios en el año 2011 por problemas de salud mental fue por conducta autolesiva. En esta investigación, de los 943 ingresos en 180 casos el motivo de ingreso fue por conducta autolesiva, lo cual representa el 19,08%.

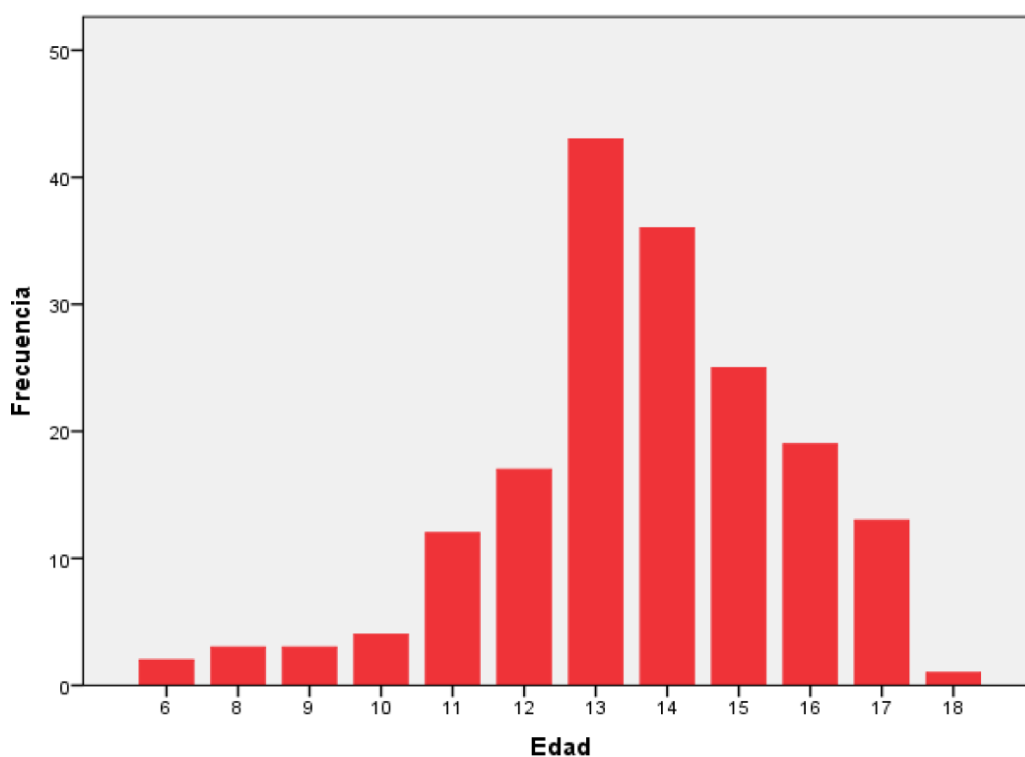
Se ha planteado que la conducta autolesiva aumenta su tasa de crecimiento durante la adolescencia y luego declina en la adultez joven (Plener et al, 2015). Distintas investigaciones dan cuenta de diferentes tasas de prevalencia en adolescentes, de esta forma se ha hallado que varía entre el 7,5 % y el 46,5 % en diversos estudios, siendo la edad de inicio alrededor de los 12 y 14 años (Cipriano et al., 2017).

En la figura 1 se representa lo hallado en este trabajo, observándose un pico de consultas a los 13 años (la media fue de 13,47) y luego ya el descenso a medida que aumenta la edad. Es notorio

encontrar que el 13,3% eran niñas y niños entre 6 y 11 años, contemplando que se han hallado escasas investigaciones donde la muestra incluya niños y niñas menores a 12 años (Hawton et al., 2012a; 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)

Figura 1



Respecto al sexo, se halló que en el total de los 943 ingresos (excluyéndose 8 casos perdidos), el 41,93% eran varones y el 58,07% mujeres. Mientras que en el total de los 180 ingresos por conducta autolesiva, el 79,44% eran mujeres y el 20,56% eran varones. Estas estadísticas están en consonancia con los

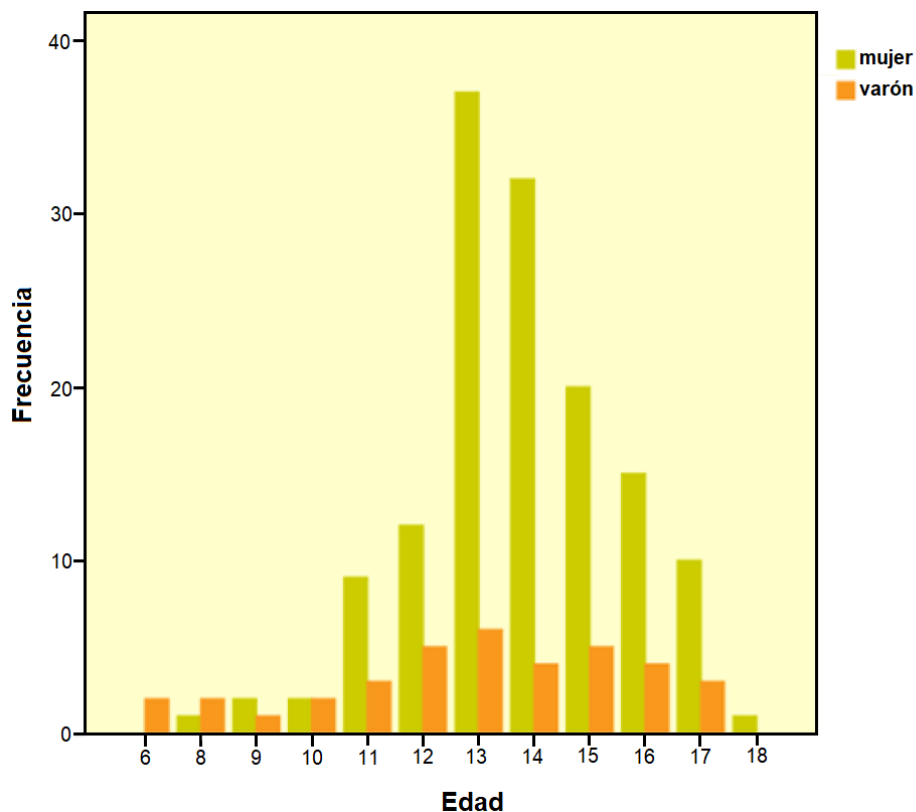
antecedentes argentinos en muestras clínicas, donde se han hallado una preeminencia de mujeres con conducta autolesiva de entre el 60% y el 90% (Torres et al., 2013; Morra et al., 2013; Agüero et al., 2017).

En la muestra de 180 ingresos por conducta autolesiva se analizó la

frecuencia según el sexo y la edad. En la figura 2 se puede observar el crecimiento considerable de casos de sexo femenino a partir de los 13 años, triplicando los

casos masculinos de 12 años y sextuplicando los casos masculinos de 13 años.

Figura 2



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 es de 6 mujeres cada 1 hombre, y entre los 15 y los 18 es de 5 mujeres cada 1 hombre. Esta relación entre sexo y edad también ha sido descrita en investigaciones previas que encontraron una mayor

proporción de mujeres que de hombres entre adolescentes más jóvenes (Diggins, Kelley, Cottrell, House y Owens, 2017).

Por otro lado, las experiencias adversas de la vida 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%).

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 socio-económicamente 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 de 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.

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 convivenciales, siendo en el 33% sin la presencia tanto del padre como de la madre.

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; 20 casos con problemáticas educativas (sin escolarización, repitencia, abandono anterior 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., 2012b).

Respecto al tipo de autolesión infringida, dentro de la muestra de 50 casos, 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 y alguna más. En la investigación argentina realizada por Agüero et al. (2017) se halla también una predominancia de dicha conducta autolesiva, informándose en el 76,2% de la muestra de adolescentes.

Figura 3

Frecuencia de tipos de autolesiones (exceptúa datos perdidos)

Tipo de autolesión	Total	Porcentaje de la muestra
Ahorcarse	1	2,22
Golpear objetos	2	4,44
Cortarse	27	60
Intoxicarse	1	2,22
Intoxicarse y cortarse	7	15,55
Golpear objetos y cortarse	2	4,44
Cortarse y rasguñarse	1	2,22
Cortarse y ahorcarse	1	2,22
Cortarse, golpear objetos y ahorcarse	1	2,22
Golpear objetos, cortarse y rasguñarse	1	2,22
Cortarse, golpear y pincharse	1	2,22
Total	45	100

Publicaciones previas han señalado la relación existente entre conducta autolesiva, conducta suicida y pensamiento suicida (Kapur et al., 2013; Wester, Ivers, Villalba, Trepal y Henson, 2016). Es así que Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein (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 este estudio, dentro de la muestra de 50 sujetos, se hallaron 3 casos 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 entrevistada.

Respecto a la función de la conducta autolesiva, dentro de la muestra de 50

sujetos se halló información en 21 casos. De allí se obtuvo que el 76,19% refirió pensamientos asociados a un refuerzo intrapersonal negativo y el 14,29% refirió pensamientos asociados a un refuerzo interpersonal positivo. Esto quiere decir que, en la mayoría de los casos en los cuales se pudo obtener información al respecto, el comportamiento autolesivo estaba seguido por la disminución de pensamientos o sentimientos aversivos, dando la sensación de alivio (Nock, 2010). Estos datos son coherentes con la comprensión de la conducta autolesiva bajo el modelo de regulación emocional, en términos de Linehan (2003).

De los y las 50 niños, niñas y adolescentes que conformaron la muestra final, 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, consonante con la dificultad planteada por el programa de salud mental para abordar esta población. 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.

DISCUSIÓN

En principio, 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.

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.

Algunos aspectos que se pueden seguir trabajando para comprender más respecto a la conducta autolesiva en adolescentes serían:

- Ampliar los niveles ecológicos de análisis para observar la vinculación entre la conducta autolesiva de niños, niñas y adolescentes y entornos del que no son parte o que influyen de manera indirecta, tales como aspectos culturales como los patrones de socialización según el género.
- 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 (por ejemplo, maltrato infanto-juvenil y conductas autolesivas

en referentes familiares), para comprender la adquisición de la autolesión para el afrontamiento del estrés psicológico.

- Generar 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 entendimiento de estas conductas.

- Explorar la edad de comienzo de las conductas autolesivas; las diferencias que se presentan entre mujeres y hombres; los factores de riesgo; las características topográficas de la conducta autolesiva (tipo y gravedad); la asociación entre conducta autolesiva, conducta suicida y pensamiento suicida; las características del abordaje que se realiza desde los servicios de salud mental.

Profundizar el estudio sobre la problemática permitirá dar respuestas acordes y evitar el accionar guiado por creencias tales como:

- Creencia de que la conducta autolesiva principalmente está motivada por el intento de manipular a las personas de alrededor (refuerzo interpersonal positivo).

- Creencia de que las autolesiones son conductas típicas en la adolescencia, por lo que no necesariamente implican un factor de riesgo suicida.

- Creencia de que las mujeres presentan conducta autolesiva y los varones conducta suicida.

Lo cierto es que en base a lo que se puede conocer a través de la investigación, se podría decir que la conducta autolesiva, en la mayoría de los casos, se sostiene a través del reforzamiento intrapersonal negativo, es decir, como una búsqueda de reducir el dolor psicológico. Por otro lado, la conducta autolesiva no sería una conducta de presentación típica basada en aspectos biológicos o únicamente psicológicos del desarrollo humano, sino que está fuertemente vinculada a contextos invalidantes o entornos violentos de vulneración de derechos. A su vez, las diferencias estadísticas por sexo presumiblemente también tienen que ver con factores contextuales como la exposición a situaciones de maltrato infanto-juvenil (principalmente abuso sexual infantil) y/o patrones de socialización según el género.

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 a este 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).

Liu, Scopelliti, Pittman y Zamora (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.

En Argentina no existe un organismo a nivel nacional que centralice la información respecto a las situaciones reportadas de maltrato infanto-juvenil. Sin embargo, a partir de informes sobre el tema se puede llegar a algunas conclusiones. Estas fuentes informan que 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, encontrándose las mujeres más expuestas a situaciones de violencia sexual (Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, 2015; Fondo de las Naciones Unidas para la

Infancia, 2016; 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 investigaciones sobre autolesiones sea por una exposición más alta al maltrato infantil, principalmente al abuso sexual.

En este estudio se observa la combinación 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).

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, se entiende que las condiciones materiales de existencia determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos. Estas condiciones están dadas por patrones de producción y reproducción social (en el marco de una lucha ideológica) que configuran modos de vida demarcados por una triple inequidad: de género, de raza y de clase (Eslava-Castañeda, 2017; Feo, 2020).

Se podría concluir que aquí se han hallado vinculaciones entre la conducta autolesiva en adolescentes y factores sociales que hacen a inequidades de género y de clase. Pero es importante remarcar la particularidad de que en el estudio de las conductas autolesivas es preeminente la población joven. Con lo cual se podría abrir la pregunta respecto

a la posibilidad de pensar una inequidad generacional basada en etapas de desarrollo identificadas por la edad. En base a los estudios empíricos, quienes presentan autolesiones serían principalmente niños, niñas, adolescentes y jóvenes expuestos a situaciones de violencia familiar, económica, de género, escolar e institucional, donde la autolesión funcionaría como una acción que busca disminuir el malestar psicológico. En este sentido, 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.

Los factores de riesgo aquí estudiados pueden ser pensados como determinantes sociales de la salud, concepto que ha posibilitado

comprender los fenómenos que afectan a la salud humana identificando factores sociales y no únicamente factores de un nivel ontosistémico.

Sin embargo, sólo la comprensión de estos factores como producto de desigualdades sociales que generan inequidad en el acceso de los individuos a la salud podrá visualizar el proceso de trasfondo, donde la pobreza, el género, el maltrato infanto-juvenil y las problemáticas familiares no son características dadas naturalmente sino forjadas históricamente y producto de relaciones de poder. Es importante dar cuenta de las limitaciones sociales en el desarrollo de la salud mental, para evitar la psicologización de problemáticas con raíz social, y así superar las respuestas de política pública en salud solamente individualizadas en la propia persona vulnerada como única responsable de su camino hacia un mayor estado de salud.

Referencias

- Agüero, G., Arrate, M. y Berner, E. (2017). Adolescentes con autoagresiones: serie de casos clínicos. *IntraMed Journal*, 6(2), 1-8. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo-Agueero/publication/360745264_ADOLESCENTES_CON_AUTOAGRESION

ES_serie_de_casos_clinicos/links/6287c456cd5c1b0b34e965ee/ADOLESCENTES-CON-AUTOAGRESIONES-serie-de-casos-clinicos.pdf.

- 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. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000200006#:~:text=El%20total%20de%20ni%C3%B1os%20y,p%3C%200%2C0001).
- Bori, C. y Vázquez, M. (2017). Caracterización de las conductas autolesivas en adolescentes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de CABA. *Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Investigación en Salud*. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1397263>.
- Bresin, K. y Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1016/j.cpr.2015.02.009>.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. En *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd Ed. Oxford: Elsevier. Recuperado de: https://impactofspecialneeds.weebly.com/uploads/3/4/1/9/3419723/ecological_models_of_human_development.pdf.
- 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. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322017000302802&script=sci_abstract.
- 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. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1521/suli.2007.37.5.543>.
- Cipriano, A., Cella, S. y Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8(1946), 1-14. Recuperado de: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01946/full>.

- 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). Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.3390/ijerph15061235>.
- Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2012). Maltrato infanto juvenil. Marco conceptual. Recuperado de: www.ademys.org.ar/v2/wp-content/uploads/2015/08/Maltrato-infanto-juvenil-CDNNyA-1.pdf.
- Córdoba, P., Oliva, C. y Galarza, A. (2022). Riesgo suicida y discriminación en adolescentes y jóvenes marplatenses. *Psicodebate*, 21(2), 61-76. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sideba/v21n2/2451-6600-sideba-21-2-61.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. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1016/j.jad.2016.10.014>.
- 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 (2014). 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.
- Eslava-Castañeda, J. C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 396-403. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00396.pdf>.
- Feo, O. [CLCASO TV] (10 de agosto 2020). *Introducción a la Epidemiología Crítica*. [Video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=r0zDkmNOSwU&t=1434s>.
- 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. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1016/j.jpsychores.2008.10.013>.

- 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>.
- 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. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272018000200004.
- Gutiérrez, Y. (2018). Conducta suicida en adolescentes. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4(2), 27-33. Recuperado de: <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2018dic-art1.pdf>.
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J. y Waters, K. (2012a). 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. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x>.
- Hawton, K., Saunders, K. y O'Connor, R. (2012b). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–2382. Recuperado de: [https://sci-hub.se/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://sci-hub.se/10.1016/S0140-6736(12)60322-5).
- 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>
- 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. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1192/bjp.bp.112.116111>.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. Recuperado de: https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/functions_2007.pdf.

- Lauw, M., How, C. y Loh, C. (2015). Deliberate self-harm in adolescents. *Singapore Medical Journal*, 56(6), 306-309. Recuperado de: <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/SMJ-56-306.pdf>.
- 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. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/226912962_Nonsuicidal_Self-Harm_Among_Community_Adolescents_Understanding_the_Whats_and_Whys_of_Self-Harm.
- Linehan, M. M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona, España: Paidós. Recuperado de: <https://www.derechopenalened.com/libros/trastosnos-de-personalidad.pdf>.
- 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). Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1186/s13034-017-0184-1>.
- 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. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1016/j.adolescence.2016.03.015>.
- 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. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1007/s00127-018-1522-1>.
- 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. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.1111/1753-6405.12782>.
- 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. Recuperado de: <https://enclavedeevaluacion.com/pronatsesp/wp-content/uploads/2020/11/Nin%CC%83ez-en-movimiento-2019.pdf>.
- 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. Recuperado de: <http://rasp.msar.gov.ar/rasp/articulos/volumen15/26-31.pdf>.
- 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. Recuperado de: <http://library.lol/main/14ECFA94972DAF389FB326080E1681BB>.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). Self-harm. Recuperado de: www.nice.org.uk/guidance/qs34.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363. Recuperado de: <https://scihub.se/https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>.
- 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. Recuperado de: <https://scihub.se/10.1016/j.psychres.2006.05.010>.
- 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. Recuperado de: <https://scihub.se/10.1037/0022-006X.76.1.28>.
- 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. Recuperado de: <https://scihub.se/10.1007/s00127-013-0722-y>.
- 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
- PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA – Vol. 20 – Número 1 – junio 2023 – (pp. 152-179)

- systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(2), 1-11. Recuperado de: <https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-014-0024-3>.
- 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. Recuperado de: <http://library.lol/main/232AF3CDF9A9B92AE64A6513460D7D2C>.
- Resett, S. A. y González Caino, P. (2020). Predicción de autolesiones e ideación suicida en adolescentes partir de la victimización de pares. *Summa Psicológica UST*, 17(1), 20-29. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/183151>.
- 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. Recuperado de: <https://sci-hub.se/10.3389/fpsy.2017.00149>.
- 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. Recuperado de: https://www.academia.edu/10158403/Child_maltreatment_in_the_Children_of_the_Nineties_deprivation_class_and_social_networks_in_a_UK_sample.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366, 1471–1483. Recuperado de: [https://sci-hub.se/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://sci-hub.se/10.1016/S0140-6736(05)67600-3).
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554. Recuperado de: [https://sci-hub.se/10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://sci-hub.se/10.1016/s0272-7358(97)00105-0).
- Tagliotti, P., Canessa, N. y Darling, B. (2017). Internación por intentos de suicidio en un hospital infantil. *Vertex*, 28, 66-68. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex131.pdf#page=67>
- 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. Recuperado de:
<https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/3304/Sertox2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Victor, S. E. y Klonsky, E. D. (2014). Daily Emotion in Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of clinical psychology*, 70(4), 364–375. Recuperado de: <https://scihub.se/https://doi.org/10.1002/jclp.22037>.

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. Recuperado de: <https://scihub.se/https://doi.org/10.1002/jcad.12057>.

Yip, K. (2005). A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 80–86. Recuperado de: <https://scihub.se/https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00122.x>.

Fecha de recepción: 2022 - 11 - 01

Fecha de aceptación: 2023 - 05 - 26