


Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencias Médicas

GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

TFEM 2816

Carrera de posgrado de especialización en Pediatría

“Autolesiones en pediatría: estudio retrospectivo y descriptivo de internaciones con motivo de autolesiones o pensamientos de autolesión, basado en historias clínicas de pacientes internados en sala V del Hospital de Niños Víctor J. Vilela (marzo 2022 - febrero 2025)”

Autor:

Murray Brenda

Tutor:

Quintero Nerina

(Pediatra a cargo de la Sala para Urgencias Subjetivas del Hospital Víctor J. Vilela)

Septiembre 2025



**Universidad
Nacional de Rosario**



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Índice de contenidos:

1. Índice de contenidos	1
2. Resumen	2
3. Introducción	3
4. Marco teórico	5
5. Objetivos	9
6. Materiales y métodos	10
7. Resultados	12
8. Discusión	24
9. Conclusión	29
10. Referencias bibliográficas	31
11. Anexos	34

1. Resumen

Introducción: Las autolesiones constituyen un problema de salud cada vez más frecuente en adolescentes, vinculado a distintas formas de expresión sintomática de los mismos. En el ámbito pediátrico, su pesquisa resulta esencial, ya que el pediatra puede ser el primer profesional en detectar estas manifestaciones. **Objetivo:** Describir las internaciones con motivo de autolesiones o pensamientos de autolesión de pacientes internados en el período marzo 2022 - febrero 2025 en la sala V para urgencias subjetivas del Hospital V.J.Vilela, mediante la revisión de historias clínicas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. La unidad de análisis fueron las historias clínicas de los pacientes que hubieran cursado internación en dicha sala durante el período comprendido entre marzo 2022 y febrero 2025, inclusive. **Resultados:** Se analizaron 59 internaciones. El 82 % correspondió al género femenino, con una edad promedio de 13 años. El mecanismo más frecuente fue el corte en antebrazos, seguido por la ingesta de medicamentos/tóxicos. Entre los antecedentes identificados con mayor frecuencia, se hallaron antecedentes personales de padecimiento de salud mental y haber vivido un episodio previo de autolesión, seguido del antecedente de abuso sexual contra las infancias, violencia intrafamiliar y otros problemas con el grupo primario de apoyo. Se observaron también, en cuanto a características psicosociales, la presencia de vínculos de amistad, continuidad escolar, proyectos a futuro y participación en actividades vinculadas al arte. **Conclusión:** Las autolesiones en adolescentes representan un desafío clínico complejo, debido a su amplia causalidad. El pediatra cumple un rol clave en la pesquisa, el acompañamiento inicial y el abordaje interdisciplinario, siendo fundamental en la detección temprana de estas situaciones, para un abordaje integral y preventivo.

Palabras clave: autolesiones, adolescencia, pediatría.

2. Introducción

Situamos a la adolescencia dentro de un período de cambio, crisis, redescubrimiento, búsqueda y construcción de la identidad. La transición de la infancia a la adultez. Muchos son los cambios, acontecimientos y logros durante este período, pero también muchas las situaciones de incomodidad, vergüenza, frustración y vulnerabilidad que se presentan. En este contexto, el entorno familiar, escolar y social, así como los recursos personales con los que cuenta el individuo, podrían ser aspectos a considerar en la capacidad para afrontar los desafíos propios de esta etapa sin que lleguen a interferir negativamente en el disfrute y el transcurrir de la vida. (1)

El proceso de convertirse en joven/adulto da lugar, en diversas situaciones, a una etapa en la cual los daños intencionales y no intencionales son responsables de la mayoría de la morbilidad. Uno de los aspectos que más preocupa en este grupo etario es el aumento de conductas autolesivas, entendidas como daños autoinducidos que no necesariamente buscan un desenlace letal, pero que sí reflejan malestar. Estas conductas, se han convertido en un problema creciente y desafiante para la salud pública, dado su impacto en la morbilidad adolescente y su potencial carácter prevenible. (1)(2)

Cada vez son más los adolescentes que recurren a las autolesiones como forma de expresión sintomática. A menudo estas prácticas se mantienen en secreto por temor a la estigmatización, al rechazo o a represalias, incluso dentro del propio núcleo familiar. En algunos casos, la familia, aún siendo consciente, elige minimizar o invisibilizar el problema, dificultando aún más la posibilidad de intervención. (3)

La estigmatización social que se visibiliza hacia quién se autolesiona o comente un intento de autolisis, se convierte muchas veces en un obstáculo significativo a la hora de buscar ayuda, de establecer relaciones sociales, familiares, o hasta incluso de insertarse en distintos ámbitos, como el educativo, por ejemplo. Esto se convierte en una barrera que también interfiere en el ejercicio pleno de derechos fundamentales que la mayoría de la población suele dar por sentados. Este aislamiento, reforzado por la falta de redes de contención, puede aumentar la sensación de desesperanza y reforzar la idea de que la autolesión o el suicidio constituyen la única salida. (4)

“La intolerancia al dolor psíquico conduce a las autolesiones como modo de acallar la angustia, al transformarla en telón de fondo de un dolor físico que pasa a ser la figura. Como si ese corte permitiera drenar algo, aliviar ese otro dolor.” (5)

Cuando llega al hospital un niño con este motivo de consulta o se lo pesquisa al momento de una consulta por otro motivo, ya sea por guardia o por consultorio, es un equipo interdisciplinario del hospital el que decide la internación para realizar el correspondiente abordaje de la situación. El pediatra es un integrante obligado e indispensable de este equipo en el sector hospitalario, y también es el profesional del ámbito ambulatorio que muchas veces coincide con el primer contacto de esta problemática de salud tan compleja de abordar. Por esto es importante que el mismo tenga conocimientos actualizados sobre estos motivos de consulta, sus posibles abordajes y seguimientos que aseguren una práctica ética y comprometida con las infancias y las adolescencias.

Observar pacientes internados por esta problemática en el Hospital Víctor J. Vilela y revisar distintos trabajos realizados en hospitales de Argentina (1)(3) y otros países de habla hispana (6)(7) sobre experiencias referidas a esta situación, me motivó a realizar la revisión de las historias clínicas de las internaciones por autolesiones o pensamientos de autolesión, con el fin de poder describir y caracterizar a las mismas.

Lo que motiva este estudio es la necesidad de contar con información local que nos permita a los pediatras sentirnos más cerca de la población, conocer a la misma y fortalecer las estrategias de prevención e intervención. El objetivo último es no llegar tarde, y garantizar, en línea con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, “ *el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental.*” (8)

3. Marco teórico

Se define a la autolesión como cualquier comportamiento realizado por el mismo individuo para causarse daño a sí mismo. (9) Según el DSM-5, la autolesión no suicida se define como el daño deliberado y auto infligido que una persona causa en su cuerpo sin la intención de provocarse la muerte. (10)

El suicidio es un acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal. El intento de suicidio es un acto no fatal de autodestrucción a menudo con el propósito de movilizar ayuda. (11)

Podemos ver cómo a lo largo de la historia ha ido variando la mirada que se le da a la persona que se genera una autolesión, ya que entre los años 1960-1980, se consideraba que la persona que se autolesionaba, padecía de una enfermedad mental. (12) Posteriormente, en los años 90, surge el término de autolesión no suicida, que se define como el daño de tejido corporal deliberado, autoinfligido, sin intención suicida. (13) Comienza a verse un incremento de autolesiones en población adolescente/joven que no presentaba ninguna patología dentro del ámbito de la salud mental (14), con lo cual surgen nuevos interrogantes, y la necesidad de un nuevo encuadre para las autolesiones. En el año 2020, la OMS menciona que la autolesión se define como “acto de hacerse daño deliberadamente a uno mismo, independientemente de la intención de morir”, y en el año 2023 UNICEF considera que “cualquier comportamiento que cause daño a sí mismo como una forma de afrontar emociones difíciles puede ser visto como autolesión.” (9)

Además, según la Organización Panamericana de la Salud, se consideran “señales de alarma” a los comportamientos y acciones que realiza el paciente, que podrían indicar un riesgo inmediato de suicidio. Ejemplos: cambios notables en el estado de ánimo, hablar reiteradamente sobre conductas autolesivas o suicidio, hacer planes sobre conductas autolesivas o suicidio, despedidas, consumir medicación en forma desmedida. Por otro lado se consideran “factores de riesgo” a las situaciones, personas o características que con su presencia indican que el paciente presenta mayor riesgo de realizar una autolesión o suicidio, pero que no suelen indicar un peligro inmediato. Ejemplos: episodios previos de autolesión, situaciones de vulneración de derechos, duelo, familia disfuncional, violencia familiar, persona cercana que realiza prácticas de

autolesión o se suicida, padecimiento de bullying, padecimiento de patología orgánica o de salud mental, sueño alterado. Finalmente, se consideran “factores protectores” a las situaciones, personas o características que hacen que sea menos probable que las personas contemplen la posibilidad de generarse una autolesión o suicidarse. Ejemplos: amigos, escuela, pertenencia a un grupo con un objetivo común (ya fuera club social, grupo deportivo, organización religiosa, banda musical, entre otros), tener un hobby, realizar un deporte, tocar un instrumento, entre otros. (4)

De acuerdo a la OMS, “La adolescencia es la etapa de la vida que va desde los 10 hasta los 19 años. Es un periodo de crecimiento y cambios rápidos en el que los adolescentes experimentan transformaciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales.” (15) Contextualizando a nuestra población, fue la psicóloga y socióloga Bleichmar Silvia quién proclamó que “la desconstrucción de significaciones y la recomposición de valores –la asunción de enunciados que fueron aceptados o rechazados en la infancia por provenir del adulto significativo– resultan más complejos que en otras épocas, en razón de que la historia ha devastado significaciones operantes hasta hace pocos años, y las generaciones que tienen a su cargo el completamiento de la crianza se ven despojadas, ya no de certezas, sino de propuestas mínimas a ofrecer.” (16)

Las autolesiones, se estima, tendrían una prevalencia de entre el 12 al 31% en la población adolescente. (17)

Se calcula, a su vez, que las conductas autolíticas se encuentran en la segunda causa de muerte entre los menores de 15 a 18 años. El 80% de las personas que se suicidan han declarado previamente su intención de hacerlo y un 30-40% realizó previamente una tentativa previa del mismo. De estas últimas, aproximadamente el 30% tiene su primer contacto con un servicio de salud mental al momento de ser llevado a la sala de urgencias. En niños y adolescentes inestables emocionalmente, con rasgos de personalidad límite o con un trastorno de control de impulsos, la conducta autodestructiva suele manifestarse a menudo mediante cortes. La mayoría de estos pacientes presenta una disminución de la sensibilidad al dolor. (18) Otras formas de autolesión conocidas, además de los cortes ya mencionados, son consumo de

sustancias, golpes, quemaduras (4), rascado, mordedura, arrancado de cabello (9), ahorcamiento, salto de altura.

Cuando un paciente que ha presentado una conducta autolesiva llega a la consulta, lo primero que se realiza es la evaluación del riesgo de vida, con el fin de determinar la gravedad del cuadro y atender de manera inmediata cualquier urgencia orgánica que pueda comprometer su integridad.

Una vez que el paciente es estabilizado y es asumido como una urgencia subjetiva, se prosigue con las medidas iniciales de cuidado, seguidas de una evaluación integral, un examen físico detallado, con una anamnesis minuciosa, en la cual se recabarán tanto datos del episodio actual, como antecedentes personales y familiares de relevancia. Debemos de evitar conductas hostiles, desafiantes o amenazantes durante la entrevista clínica. El paciente es abordado por un equipo interdisciplinario, que será el que eventualmente decida su internación. (18)(19)

En la ciudad de Rosario, en concordancia con la legislación vigente en materia de políticas públicas en salud mental, se ha planteado la necesidad de la adecuación de los hospitales generales para alojar el sufrimiento psíquico. En el año 2022 se crea un área específica para la internación y tratamiento de pacientes que presentan manifestaciones de crisis y/o urgencias subjetivas en el Hospital de Niños "Víctor J. Vilela". La sala V, área dedicada para la atención de urgencias subjetivas, se destina a la atención integral de la salud garantizando el cumplimiento de los derechos de las niñeces y adolescencias con padecimientos de salud mental. Por ordenanza municipal se oficializa con el nombre de Dispositivo Intrahospitalario para el Abordaje Integral de la Salud Mental. Este espacio, está pensado como espacio de producción de subjetividad, incluye tres áreas específicas distintas: sala de juegos, sala de descanso para familiares y acompañantes de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y sala de internación. El área de internación, cuenta con dos habitaciones, individuales y seguras para contener a pacientes que atraviesan urgencias en salud mental. La sala cuenta con un plantel de enfermería seleccionado y rotativo, una coordinadora psicóloga y una médica transversal, médicos de guardia y personal de limpieza y seguridad. La disponibilidad en cuanto al tiempo y el espacio hacen eje en los cuidados que se ofrecen en estas internaciones.(20) Las características particulares

de registro en las historias clínicas de esta sala, hicieron posible que se cuente con los datos necesarios para realizar un análisis sobre esta temática.

El abordaje integral durante cada internación busca brindar contención y acompañar al individuo a regresar a su cotidianeidad, haciéndolo sentir más seguro, apoyado, acompañado y comprendido. “Y en general, como propone una vieja consigna, es fundamental generar redes que permitan saber con quién cuento, con quién contamos y para quién debo contar, algo que vale para los adolescentes y para quienes se disponen a acompañarlos.” (21)

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

-Describir las internaciones con motivo de autolesiones o pensamientos de autolesión de pacientes internados en el período marzo 2022 - febrero 2025 en la sala V para urgencias subjetivas del Hospital V.J.Vilela, mediante la revisión de historias clínicas.

4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar variables sociodemográficas de los pacientes internados.
- Identificar antecedentes personales registrados en las historias clínicas.
- Identificar antecedentes familiares registrados en las historias clínicas.
- Caracterizar el motivo de internación.
- Describir aspectos institucionales de las internaciones con motivo de consulta de autolesión o pensamiento de autolesión.
- Detectar características psicosociales registradas en en las historias clínicas.

5. Materiales y métodos

Tipo de estudio: descriptivo, observacional y retrospectivo.

Ámbito de estudio: Sala para Urgencias Subjetivas (número cinco) del Hospital de Niños Víctor J. Vilela, en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina.

Población: la unidad de análisis es la historia clínica de cada de niño, niña o adolescente que hubiera cursado internación en dicha sala, por autolesión o pensamiento de autolesión como principal motivo de consulta o como parte de la enfermedad actual, desde la apertura de la sala en marzo de 2022 a febrero de 2025, inclusive.

Recolección de datos: las historias clínicas se identificaron a través de los registros del departamento de estadística, mediante la codificación del motivo de internación según el CIE10. Se anonimizaron los datos personales.

Consideraciones éticas: el anteproyecto del estudio fue presentado al Comité de Docencia de la institución, para poder acceder a las historias clínicas examinadas.

Análisis de datos: se utilizó la “Hoja de Cálculo de Google” para el análisis de los datos.

Métodos estadísticos: los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. Las variables cualitativas se expresaron utilizando frecuencia y porcentaje, y las variables cuantitativas mediante media y moda.

Criterios de inclusión: -historias clínicas de pacientes que consultaron por autolesiones o pensamientos de autolesión, que cursaron internación en la Sala para Urgencias Subjetivas (sala número cinco) del Hospital de Niños Víctor J. Vilela, en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, durante el período comprendido entre el 1 de marzo de 2022 y el 28 de febrero de 2025.

Criterios de exclusión: -historias clínicas ausentes o incompletas de pacientes que consultaron por autolesiones o pensamientos de autolesión, que cursaron internación en la Sala para Urgencias Subjetivas (sala número cinco) del Hospital de Niños Víctor J. Vilela, en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, durante el período comprendido entre el 1 de marzo de 2022 y el 28 de febrero de 2025.

-historias clínicas de pacientes con lesiones no intencionales, no referidas como autoinfligidas.

Variables: se tomaron en cuenta en la categoría de descripción de la población las siguientes variables:

- sociodemográficas: género, edad, procedencia, grupo de convivencia y escolaridad.
- antecedentes personales: padecimiento de salud mental diagnosticado previo a la internación, Certificado Único de Discapacidad, tratamiento psicofarmacológico previo a la internación, episodio previo de autolesión o pensamiento de autolesión, internación previa por mismo motivo que la actual, comorbilidades, alteraciones del sueño, consumo de sustancias, antecedente de abuso sexual contra las infancias, padecimiento de bullying, otros eventos traumáticos (muerte cercana, mudanza, cambio de escuela), situación vincular de pareja y uso de redes sociales vinculado a las autolesiones.
- antecedentes familiares: familiar con provocación de autolesión o suicidio, problemática con el grupo primario de apoyo (violencia intrafamiliar -física, verbal, negligencia-, consumo problemático de sustancias, otros problemas de salud mental y ausencia de progenitores).
- episodio actual (de autolesión): motivo de consulta, tipo de autolesión, motivo referido por el paciente que lo llevó a autolesionarse o tener pensamientos de autolesión, presencia de ideación de muerte, presencia de ideación delirante, presencia de fenómenos sensorio-perceptivos, presencia de excitación psicomotriz y presencia de heteroagresividad registrados en el relato de la enfermedad actual.
- aspectos institucionales: duración de la internación, interconsultas con especialistas, tipo de acompañante durante la internación, cantidad de acompañantes durante la internación, tratamiento instaurado al momento del alta, seguimiento al alta, organismos intervinientes, medidas de protección tomadas, diagnósticos presuntivos al ingreso y diagnósticos al alta.
- registro en la historia clínica de características psicosociales: intereses (gustos), actividades con pares, vínculos de amistad y proyectos a futuro.

Ver en Anexo N°1. Hoja de registro de variables, en Anexo N°2. Definiciones de terminología utilizada dentro del registro de variables y en Anexo N°3. Definiciones operativas de variables utilizadas.

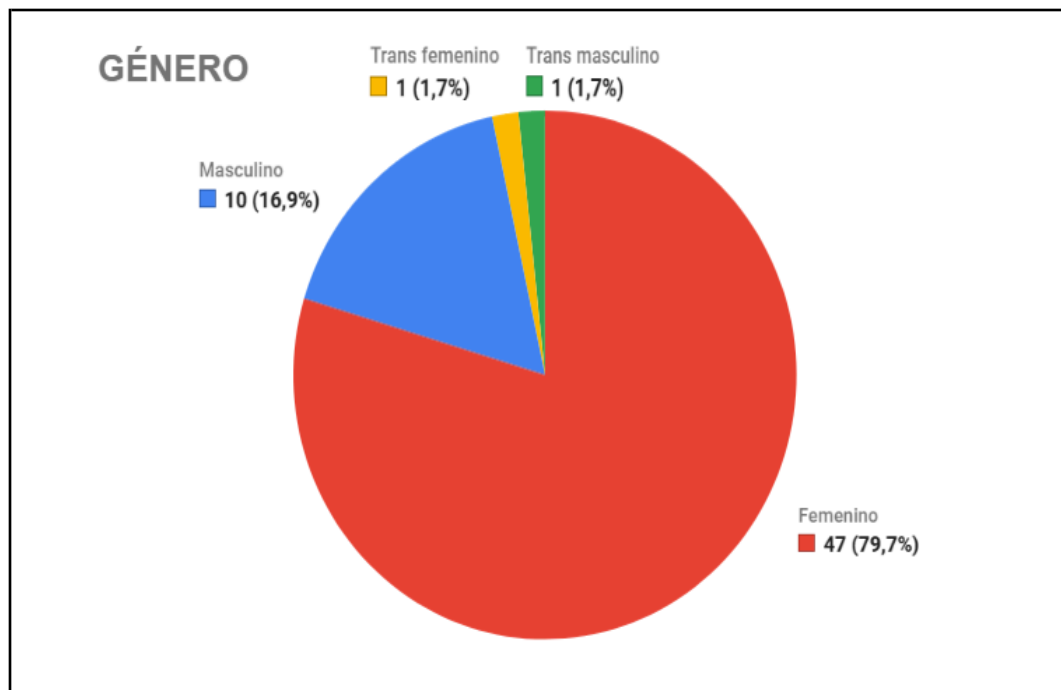
6. Resultados

Durante el período comprendido entre marzo de 2022 a febrero de 2025, se registraron 61 internaciones con motivo de consulta de autolesión o pensamiento de autolesión, las cuales representan el 70% de las internaciones de dicho período en la Sala para Urgencias Subjetivas del Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Se analizaron 59 historias clínicas, las cuales corresponden al 96,7% del total de las internaciones por este motivo. Se excluyeron 2 historias clínicas, debido a falta de disponibilidad de las mismas.

Sociodemográficos:

De las internaciones analizadas, el 79,7% (n=47) corresponden a pacientes de género femenino, el 16,9% (n=10) a género masculino, el 1,7% (n=1) a género trans femenino y el 1,7% (n=1) a género trans masculino, como se visualiza en el Gráfico N°1.

Gráfico N°1. Distribución de las internaciones según género.



Las edades de los pacientes que cursaron dichas internaciones, se encontraban comprendidas entre 6 años y 17 años. El promedio de edad fue de 13,1 años, con una moda de 15 años.

Con respecto a la procedencia de dichos pacientes, el 76,3% (n=45) provenían de la ciudad de Rosario, mientras el 23,7% (n=14) de otras ciudades. De los correspondientes a la ciudad de Rosario, 51,1% (n= 23) se ubicaban en el Distrito Oeste, 26,7% (n=12) en el Distrito Sudoeste, 11,1% (n=5) en el Distrito Centro, 4,4% (n=2) en el Distrito Sur, 4,4% (n=2) en el Distrito Noroeste y 2,2% (n=1) en el Distrito Norte.

En 5 internaciones, los pacientes tenían como centro de vida una institución de tipo hogar residencial, mientras el resto (54) se encontraban viviendo junto a su familia en su domicilio particular. Con respecto al grupo familiar conviviente, pertenecían a familias monoparentales el 42,6% (n=23), ensambladas el 27,8% (n=15), ampliadas el 20,4% (n=11) y nucleares el 9,3% (n=5).

En relación a la escolaridad, el 64,4% (n=38) registraba estar escolarizado al momento de la internación, el 13,6% (n=8) escolarizado pero con dificultades académicas, y el 22% (n=13) no se encontraba escolarizado.

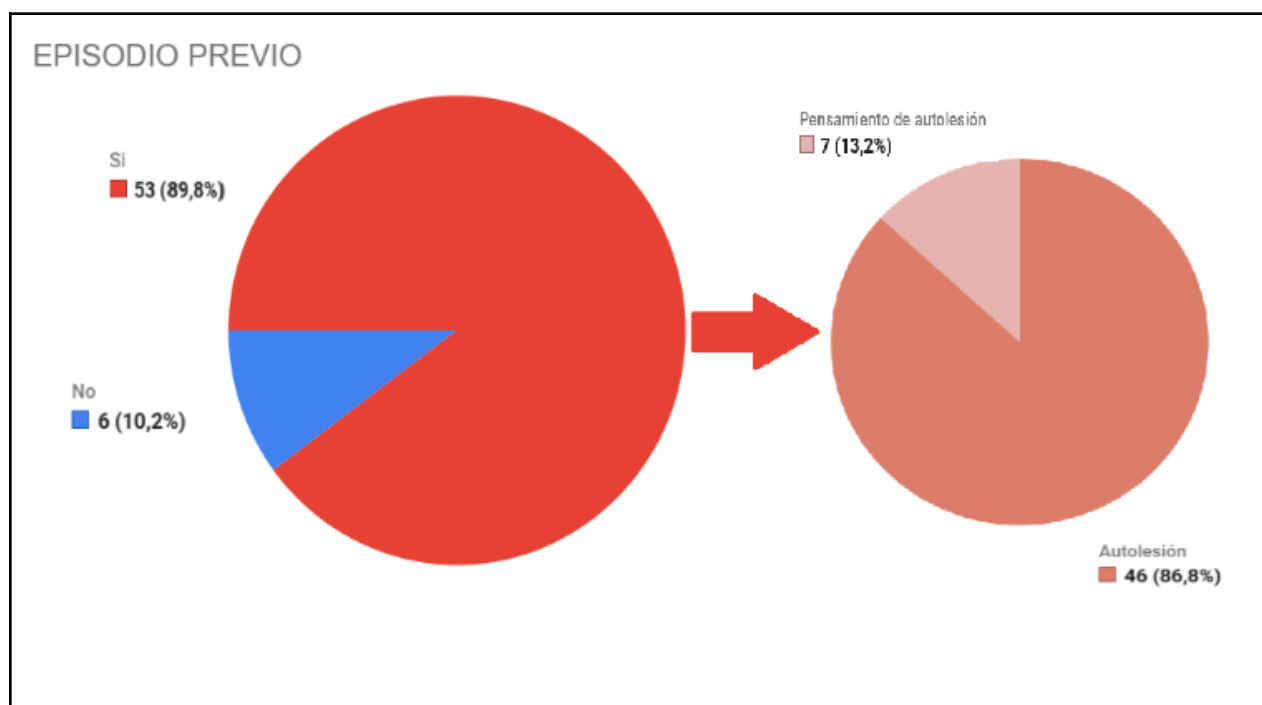
Antecedentes personales:

En el 72,9% (n=43) de las internaciones, los pacientes presentaban padecimientos de salud mental al momento de la internación; de estos el 83,7% (n=36) de los mismos requería de soporte farmacológico previo a la internación.

Se registraron 7 internaciones (11,9%), en donde el paciente contaba con Certificado Único de Discapacidad al momento de la hospitalización.

En el 10,2% (n=6) de los ingresos hospitalarios no se registraron episodios previos de autolesión o pensamiento de autolesión, mientras que en el 89,8% (n=53) sí se registró episodio previo. Del total de estos últimos, el 86,8% (n=46) había presentado al menos un episodio previo de autolesión, mientras el 11,9% (n=7) había presentado pensamiento de autolesión, como se puede ver en el Gráfico N°2.

Gráfico N°2. Antecedente de episodio previo.



De aquellas situaciones que registraron episodio de autolesión previo (46), el 65,2% (n=30) cursó internación por este motivo.

En referencia a la variable consumo de sustancias, se obtuvo que en el 37,3% (n=22) de las internaciones se registra consumo, siendo en el 77,3% (n=17) consumo problemático y en el 22,7% (n=5) consumo no problemático.

De las 59 internaciones, en el 47,5% (n=28) de las mismas, los pacientes refirieron haber presentado antecedente de abuso sexual contran las infancias.

En relación a haber atravesado otros eventos traumáticos, se refirió en 10 (16,9%) de las internaciones que los pacientes habían transitado al menos una muerte de familiar o persona allegada, en 7 (11,9%) que habían vivenciado mudanzas de centro de vida, y en 1 internación (1,7%) que había transitado un cambio de escuela al cual vivenció como angustiante.

En cuanto al registro de padecimiento de bullying por sus pares, en el 11,9% (n=7) de las internaciones, el pacientes refirieron haberlo padecido.

Haciendo mención a la situación vincular de pareja del total de ingresos hospitalarios, 15 (25,4%) de ellos referían estar en pareja al momento de la internación.

En referencia a las comorbilidades, en el 30,5% (n=18) de las internaciones los pacientes mencionaron tener una o más de las mismas: vicios de refracción en 4 oportunidades, alteraciones ginecológicas en 3 casos, alteraciones nutricionales en 7 de los mismos, alteraciones endocrinológicas en otros 5 y otras comorbilidades en menor cuantía, entre las que se encontraron enuresis, encopresis, alteraciones fonoaudiológicas, trastornos del neurodesarrollo y amputación de un miembro.

En el 62,7% (n=37) de las internaciones los pacientes refirieron alteraciones del sueño previo a la internación actual.

En 2 internaciones, se constató uso de redes sociales vinculado a la temática de autolesiones.

Antecedentes familiares:

Con respecto al registro de antecedentes familiares de autolesiones o suicidio, solo en 5 internaciones consta este dato, siendo 3 de autolesiones y 2 de suicidio de un familiar.

Haciendo referencia al grupo primario de apoyo, se recabó que en el 71,2% (n=42) de las internaciones, los pacientes padecían o habían padecido en algún momento de su historia episodios de violencia intrafamiliar, pudiendo ser esta de índole físico, psicológico, emocional o negligencia; el resto de los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo presentó la siguiente distribución: en el 13,6% (n=8) al menos un familiar presentaba consumo problemático de sustancias; en el 22% (n=13) al menos un familiar presentaba otras problemáticas dentro del ámbito de la salud mental; y en el 32% (n=19) se refería progenitores ausentes por alguna de las siguientes situaciones: abandono por parte de los mismos, restricción de acercamiento del progenitor, privación de la libertad del progenitor, internación de larga duración del progenitor.

La distribución de los antecedentes personales y familiares en orden de frecuencia se muestran en la Tabla N°1.

Tabla N°1. Frecuencia de antecedentes según internaciones.

Antecedentes personales y familiares	Cantidad	%
Episodio previo de autolesión o ideación autolesiva	53	89,8
Padecimiento de salud mental	43	72,9
Violencia intrafamiliar (física, psicológica, emocional, negligencia)	42	71,2
Otros problemas con el grupo primario de apoyo	40	67,8
Tratamiento farmacológico previo	36	61,0
Internación previa	30	50,8
Antecedente de abuso sexual contra las infancias	28	47,5
Sueño alterado	27	45,8
Consumo de sustancias	22	37,3
Otros eventos traumáticos	18	30,5
Comorbilidad	18	30,5
Situación vincular de pareja	15	25,4
Bullying	7	11,9
Familiar con autolesión provocada o suicidio consumado	5	8,5

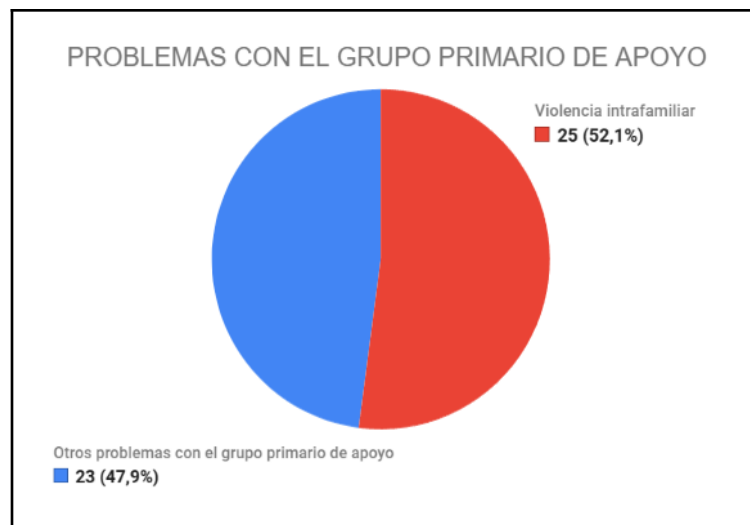
De las 59 internaciones totales analizadas, 19 corresponden a reingresos. Los reingresos fueron cursados por 9 pacientes, con un mínimo de un reingreso y un máximo de siete.

Se analizaron los ítems de los antecedentes personales y familiares que no mostraron modificaciones en los reingresos de los pacientes, obteniéndose que se encuentra en el 62,5% de los pacientes la presencia de violencia intrafamiliar, en el 57,5% otros problemas con el grupo primario de apoyo, en el 45% antecedente de abuso sexual contra las infancias, en el 32,5% el antecedente de haber vivenciado otros eventos traumáticos, en el 12,5% el padecimiento de bullying y en el 12,5%, también, el antecedente de haber tenido familiar con autolesión provocada o suicidio consumado. Se adjunta la Tabla N°2 correspondiente a frecuencia de registro de antecedentes según pacientes y el Gráfico N°3 el cual deja la distribución de problemas con grupo primario de apoyo.

Tabla N°2. Frecuencia de determinados antecedentes según pacientes.

Antecedentes personales y familiares	Cantidad	%
Violencia intrafamiliar (física, psicológica, emocional, negligencia)	25	62,5
Otros problemas con el grupo primario de apoyo	23	57,5
Antecedente de abuso sexual contra las infancias	18	45
Otros eventos traumáticos	13	32,5
Bullying	5	12,5
Familiar con autolesión provocada o suicidio consumado	5	12,5

Gráfico N°3. Problemas con el grupo primario de apoyo.



Características psicosociales:

En cuanto a los gustos o intereses personales registrados durante la hospitalización, se puede mencionar que en 26 de las mismas se mostró interés en el área artística (como dibujar, pintar), en 5 se refirió interés por el ámbito musical (como cantar, tocar un instrumento), en otras 5 interés por la lectura recreativa, y en 2 se manifestó interés por escribir. El dibujo fue el interés que predominó por sobre el resto de los mismos, ya que de 59 internaciones, en 22 de ellas se menciona al mismo como forma de expresión. Se registra a su vez que algunos pacientes se manifestaron con interés en más de un área.

En el 22% de las internaciones, los pacientes referían pertenecer a una agrupación, entre las que se mencionan agrupaciones deportivas, religiosas, musicales y una ONG.

Durante las internaciones se hizo mención sobre amistades en el 52,5% (n=31) de las mismas; en el 5,1% (n=3) se refirió no tener amistad alguna, mientras en el 42,4% (n=25) no hay registro de lo mismo.

Con respecto a proyectos a futuro, en el 42,4% de las internaciones los pacientes lograron identificar proyectos a futuro. Los más mencionados fueron: en primer lugar volver a la escuela, seguido de recibir educación sexual integral y volver a su casa; entre otros, más singulares, como festejar su cumpleaños, ir a un campamento, terminar un taller.

Internación:

Al ingreso de la internación el 81,3% (n=48) de los pacientes se había infligido al menos una autolesión, y el 18,7% (n=11) de los pacientes presentaba pensamiento de autolesión, sin haberse esta llevado a cabo. El 32,2 % (n=19) de las internaciones registra al menos un nuevo episodio de autolesión durante la misma.

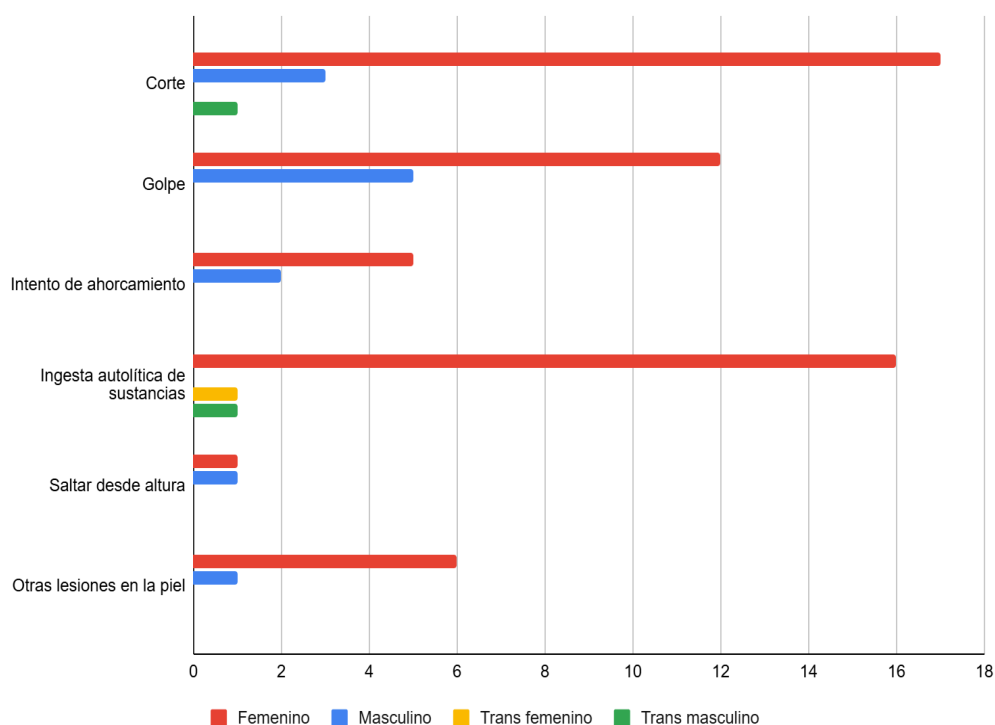
Del total de las autolesiones registradas por internación, los mecanismos que se utilizaron fueron, en orden de frecuencia: corte (41,2%, n=21); ingesta de medicamentos/tóxicos (35,3%, n=18); golpe (33,3%, n=17); intento de ahorcamiento (13,7%, n=7) y otras lesiones en piel (13,7%, n=7) -considerándose a otras lesiones en piel las siguientes: rasguño, excoriación, mordida, clavarse elemento corto punzante-; y en último lugar, saltar de altura (3,9%, n=2). Cabe destacar que sobre el mecanismo de corte, la parte del cuerpo más frecuentemente elegida para realizarlo fue el antebrazo, con un 76,2% (n=16) sobre el total de los mismos.

En 15 internaciones se registraron más de un mecanismo de autolesión. Dentro de las mismas, en 2 internaciones se constataron 4 mecanismos distintos de autolesión por internación.

A continuación se adjunta el Gráfico N°4, en el cual se muestra la distribución de mecanismos de autolesión según género.

Gráfico N°4. Distribución de mecanismos de autolesión según género.

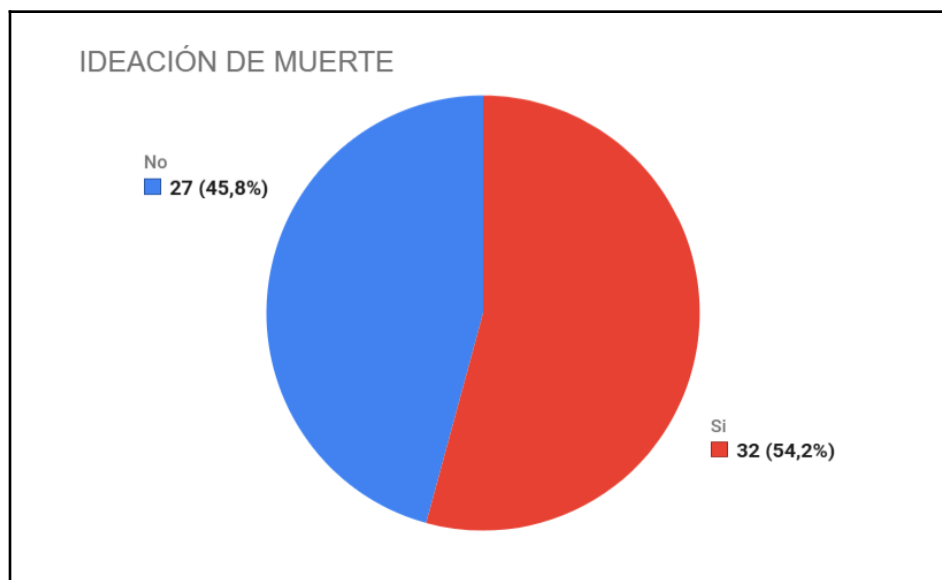
MECANISMOS DE AUTOLESIÓN SEGÚN GÉNERO



En cuanto al motivo referido para realizar una autolesión o tener pensamiento de autolesión, si bien se recabó una amplia singularidad de motivos, en el 32,2% (n=19) de los casos se hacían mención dentro de su relato de las palabras “angustia”, “tristeza” o “depresión”, y en el 25,4% (n=15) de los casos se hacía mención de haber participado de “discusión”, “pelea” o “conflicto” previo al episodio; en un 6,8% (n=4) de las internaciones no lograron identificar motivo y en el 35,6% (n=21) se menciona diversos motivos no agrupables.

Al momento de la entrevista con el servicio de salud mental, el 6,8% (n=4) de los casos referían haber presentado ideación delirante y el 54,2% (n=32) ideación de muerte. Se adjunta el Gráfico N°5, reflejándose en el mismo la distribución de lo antes mencionado.

Gráfico N°5. Presencia de ideación de muerte.



En el 25,4% (n=15) se detectó la presencia de fenómenos sensoperceptivos, de los cuales se mencionan auditivos, visuales y, en una oportunidad, olfativos. Cabe destacar que de las 15 internaciones en las que se detectaron en los pacientes presencia de dichos fenómenos, 14 presentaron fenómenos auditivos, los cuales se presentaron como fenómeno único o acompañado de otros. Durante el episodio, el 27,1% (n=16) presentó cuadro de excitación psicomotriz y el 32,2% (n=19) presentó heteroagresividad, ambas como manifestaciones acompañantes del motivo de consulta.

En cuanto a la duración de las internaciones, las mismas comprendieron un rango de entre 1 día la internación más corta, y 126 días la internación más larga. El promedio de duración fue de 15,1 días, con una moda de 7 días.

Con respecto a los profesionales intervinientes, en el 100% de las internaciones intervino el Equipo Interdisciplinario del Hospital de Niños Víctor J. Vilela. En cuanto a los distintos servicios que se interconsultaron por internación, en el 64,4% (n=38) se realizó interconsulta a cardiología, en el 37,3% (n=22) a neurología y también con el mismo número de interconsultas a odontología, y en el 16,9% (n=10) a toxicología. Entre otros servicios interconsultados con menor frecuencia se mencionan: ginecología, traumatología, oftalmología, endocrinología, nutrición, nefrología, infectología, otorrinolaringología, oncología, cirugía maxilofacial.

En cuanto al tipo de acompañante de cada internación, en el 78% (n=46) de las mismas se hizo presente la madre del paciente, en el 52,5% (n=31) fueron otros familiares diferentes a los progenitores o amigos de la familia, en el 25,4% (n=15) fueron acompañantes personalizados de la Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia o pertenecientes a otras instituciones, y en el 23,8% (n=14) fue el padre de cada paciente.

Con respecto a la cantidad de acompañantes por internación, el 39% (n=23) de los pacientes contó con tres o más acompañantes durante toda la internación, el 30,5% (n=18) contó con dos acompañantes y el 30,5% (n=18) también, contó con un solo acompañante.

En referencia a los organismos intervinientes durante las internaciones, en el 100% de las internaciones intervino el poder judicial, debido a la correspondiente notificación de internación al Juzgado de Familia; el 89,8% (n=53) de los internaciones tuvo intervención de equipos territoriales, el 44,1% (n=26) tuvo intervención de organismos de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes; el 6,8% (n=4) tuvieron intervención de profesionales del ámbito privado, y el 5,1% (n=3) de otros organismos. Los organismos con más frecuencia de intervenciones fueron en el 86,4% (n=51) el Centro de Salud de referencia, en el 30,5% (n=18) el Servicio Local de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y en el 25,4% (n=15) la Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia.

Se reportaron 3 casos de pacientes donde se tomó o contaban al momento de la internación con Medidas de Protección Integral de los mismos, y 7 casos de pacientes donde se tomó o contaban al momento de la internación con Medidas de Protección Excepcional de los mismos.

Sobre el tratamiento instaurado al alta de cada internación, el 72,9% (n=43) de los pacientes se fueron con indicación de tratamiento psicoterapéutico y también psicofarmacológico, mientras que el 22% (n=13) se fue únicamente con indicación de tratamiento psicoterapéutico. El 5,1% (n=3) de los pacientes se retiraron sin contar con el alta médica.

El seguimiento a largo plazo de cada internación fue indicado en el 74,6% (n=44) hospitalaria y ambulatorio, en el 11,9% (n=7) solo ambulatorio y en el 8,5% (n=5) solo hospitalario. El 5,1% (n=3) de los pacientes se retiraron sin contar con el alta médica.

Con respecto a los diagnósticos presuntivos al ingreso, el 23,7% (n=14) ingresó asumido como “ingesta de medicamentos/tóxicos”, 20,3% (n=12) como “intento de autolisis”, 13,6% (n=8) como “excitación psicomotriz”, 11,9% (n=7) como “heridas autoinfligidas”, 8,5% (n=5) como “crisis de angustia”, 8,5% (n=5) como “ideación de muerte”, 5,1% (n=3) como “episodio de auto y heteroagresividad”, 3,4% (n=2) como “crisis subjetiva” y 1,7% (n=1) como “fenómenos sensorceptivos”.

Con respecto a los diagnósticos al alta de cada internación, se pudo visualizar la amplia variedad y diversidad de los mismos, siendo los cinco primeros diagnósticos más frecuentes: “Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos” con el 19,3% (n=11), “Trastorno de ansiedad, no especificado” con el 8,8% (n=5), “Psicosis de origen no orgánico, no especificada” con el 7% (n=4) y “Trastorno de adaptación” también con el 7% (n=4) y “Otros trastornos de ansiedad” con el 5,3% (n=3). Se adjunta Tabla N°3 con primeros diagnósticos. En la Tabla N°4 se detallan los segundos y terceros diagnósticos, y frecuencia de los mismos. Los primeros diagnósticos codifican el suceso que motiva la internación, los segundos y terceros diagnósticos muestran otros aspectos que están presentes en cada situación.

Cabe destacar que según la normativa de la Sala de Internación para Urgencias Subjetivas del Hospital de Niños “Victor J. Vilela” toda lesión cortante o ingesta de medicación sin aparente intento suicida se codifica como “Otros trastornos de hábitos e impulsos”. Esto se debe a la necesidad de diferenciar entre aquellos que tienen como finalidad acción suicida y aquellos que son parte de una manifestación angustiosa.

Tabla N°3. Primeros diagnósticos al alta.

PRIMEROS DIAGNÓSTICOS			
Código	Descripción	Cantidad	%
F63.8	Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos	11	19,3
F41.9	Trastorno de ansiedad , no especificado	5	8,8
F29	Psicosis de origen no organico, no especificada	4	7,0
F43.2	Trastornos de adaptación	4	7,0
F41	Otros trastornos de ansiedad	3	5,3
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	3	5,3
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados	2	3,5
R45.1	Inquietud y agitación	2	3,5
X60	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesicos no narcoticos, antipireticos y antirreumaticos	2	3,5
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a drogas antiepileticas, sedantes, hipnoticas, antiparkinsonianas y psicotropicas, no clasificadas en otra parte	2	3,5

(Nota: en el Anexo N°4 se detalla la totalidad de los “primeros diagnósticos”).

Tabla N°4. Segundos y terceros diagnósticos al alta.

SEGUNDOS Y TERCEROS DIAGNÓSTICOS			
Código	Descripción	Cantidad	%
Z63.8	Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo	7	10,3
Z63.7	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar	5	7,4
F41	Otros trastornos de ansiedad	3	4,4
E66.0	Obesidad debida a exceso de calorías	2	2,9
F51	Trastornos no orgánicos del sueño	2	2,9
F60.3	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	2	2,9
F60.9	Trastorno de la personalidad, no especificado	2	2,9
F71	Retraso mental moderado	2	2,9
F98	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	2	2,9
J35.1	Hipertrofia de las amígdalas	2	2,9

(Nota: en el Anexo N°5 se detalla la totalidad de los “segundos y terceros diagnósticos”).

7. Discusión

Si bien todos los pacientes ingresan al sistema de salud con una conducta autolesiva o idea autolesiva que permite su categorización clínica, cada caso se presenta como singular y con características únicas. Las motivaciones que conducen a estas conductas, aunque podrían compartir rasgos en común, se manifiestan en el marco de la historia personal, el contexto social y emocional de cada individuo. Esto imposibilita establecer relaciones causales lineales o patrones predictivos exactos sobre su manifestación.

Sobre los artículos encontrados en referencia a niños, niñas o adolescentes que se habían provocado una autolesión o habían tenido pensamiento de hacerlo, se realizaron comparaciones con dos de los mismos. Uno que se llevó a cabo en Ciudad de Buenos Aires, Argentina, (3) y otro que se llevó a cabo en Ciudad de México, México. (7)

El estudio realizado en Ciudad de Buenos Aires, por Agüero G, Medina V, Obradovich G, Berner E. fue un estudio descriptivo, cualitativo y transversal, donde se recabó la información a través de entrevistas semiestructuradas con registro de audio realizadas a 36 adolescentes de 12 a 20 con autoagresiones, detectados en el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, entre junio de 2015 y mayo de 2016.

El estudio realizado en la Ciudad de México, por Ulloa RE, Contreras C, Paniagua K, Victoria G. fue un estudio descriptivo, retrospectivo, en el cual se realizó una revisión de todos los expedientes de 556 adolescentes de 12 a 17 años, atendidos por autolesiones en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2011.

En cuanto a el presente estudio, el género predominante dentro de la población analizada es el femenino con cerca del 80% de las internaciones registradas, en concordancia con el estudio de Agüero G, Medina V, Obradovich G, Berner E. que fue del 91,6% y con el estudio de Ulloa RE, Contreras C, Paniagua K, Victoria G. que fue del 76,3%.

La edad promedio de los pacientes fue de 13,1 años (moda 15 años), mientras que en el trabajo de Agüero G, Medina V, Obradovich G, Berner E. fue de 15,2 años y en el de Ulloa RE, Contreras C, Paniagua K, Victoria G. de 14,5 años.

En relación al mecanismo autolesivo más utilizado, el corte fue el detectado con mayor frecuencia, con un 41,2% sobre el total registrado. En el trabajo de Ulloa RE, Contreras C, Paniagua K, Victoria G., también se menciona como el mecanismo de más frecuencia registrado, presentándose en un 70% de los casos. En el trabajo de Agüero G, Medina V, Obradovich G, Berner E. se menciona que también fue el mecanismo autolesivo más utilizado, sin cuantificar la frecuencia de detección del mismo.

Las situaciones previas a la realización de una autolesión o a la aparición del pensamiento de autolesión, en el presente estudio estaban asociadas con situaciones descritas por los propios pacientes como de “angustia”, “tristeza”, “depresión” o “malestar” en el 32,2%, mientras en el 25,4% se menciona en el relato la presencia de una “discusión”, “pelea” o “conflicto” como gatillante de los mismos. En el trabajo de Agüero G, Medina V, Obradovich G, Berner E. se menciona que los cortes estaban vinculados por los pacientes a una situación de aflicción y sufrimiento emocional, y que la motivación más frecuente era la regulación emocional, ya que el dolor físico les permitía “olvidarse” del sufrimiento emocional o psíquico, “cambiar un dolor por otro”. Mientras que en el trabajo de Ulloa RE, Contreras C, Paniagua K, Victoria G., en la mayoría de los casos, es decir en el 42,1% de los casos, el motivo principal reportado fue la baja tolerancia a la frustración y manipulación, posteriores a discutir con los padres o las parejas sentimentales, de forma impulsiva, con el objeto de disminuir la frustración y/o para provocar culpa en la persona con la que discutían, y en segundo lugar, en el 30,6% de los casos, esta conducta se registró vinculada a síntomas afectivos como tristeza o irritabilidad o para “lograr sentir algo y sentirse vivos”.

Al momento de revisar antecedentes, tanto de índole familiar como personal, se optó por considerar determinados antecedentes por paciente y no por internación, dado que más de un paciente ingresó a la sala durante el período examinado en más de una oportunidad. En este sentido, tanto los antecedentes familiares como los eventos traumáticos fueron entendidos como aspectos inherentes a cada paciente, es decir, como situaciones de gran relevancia subjetiva que, independientemente del momento de la internación, continúan formando parte de su historia y configuración psicoemocional. Se trata de eventos de jerarquía cuya influencia se sostiene en el tiempo, por lo cual su evaluación se realizó desde una perspectiva integral y continua.

Esta decisión se basó también en que, al revisar los casos con reingresos, no se observaron modificaciones en el registro de dichos antecedentes a lo largo del tiempo.

En referencia a si presentaban familiares con conductas autoagresivas, se recabó que solo el 12,5% referían tenerlos, mientras que en el trabajo de Agüero G, Medina V, Obradovich G, Berner E. el 86,1% referían tenerlos.

Haciendo mención a haber padecido de abuso sexual contra las infancias, en este estudio se detectó que el 45% de los pacientes presentaban este antecedente; en el estudio realizado por Ulloa RE, Contreras C, Paniagua K, Victoria G. fue de 29,7%, mencionando también como un factor de destacable prevalencia dentro de los pacientes con conductas autolesivas.

Al revisar los antecedentes se observa que aquellos con mayor prevalencia registrada fueron haber tenido previamente al menos un episodio previo de autolesión o pensamiento de autolesión, en segundo lugar presentar un padecimiento de salud mental y en tercer lugar la vivencia de violencia intrafamiliar, ya fuera de índole física, psicológica, emocional o negligencia, lo cual se encuentra en concordancia con los trabajos realizados en los otros dos efectores, ya que ambos mencionan la presencia de situaciones de conflicto vivenciadas intrafamiliarmente en su población con conducta autolesiva, sin hacer referencia a frecuencia numérica de los mismos. Esto se encuentra en concordancia también con las características o situaciones asumidas por la OPS como “factores de riesgo” para presentar dichos comportamientos autolesivos.

(4)

Al examinar el trabajo realizado por Agüero G, Medina V, Obradovich G, Berner E., se menciona la utilización de redes sociales por parte de pacientes con conductas autolesivas, vinculada a la pertenencia a grupos donde se compartían experiencias e imágenes relacionadas con estos episodios. Este hallazgo motivó la búsqueda de indicios similares en los pacientes internados en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela, identificándose que dos de ellos refirieron, en algún momento durante su estadía hospitalaria, haber hecho uso de redes sociales con este mismo fin. Considerando el creciente protagonismo que la virtualidad y las redes sociales tienen en la vida cotidiana de los adolescentes, resultaría pertinente incorporar esta dimensión en los registros de las entrevistas, ya que constituye un espacio en el que se construyen

vínculos, identidades y modos de expresión emocional, y cuyo antecedente de uso resultaría de interés para la evaluación.

En el relevamiento de datos, se registraron trastornos del sueño en más de la mitad de las internaciones, y por otro lado, se observó que el cuidador más frecuentemente registrado fue la madre del paciente, no teniendo datos comparativos en los estudios revisados.

En cuanto a las características psicosociales, en más de la mitad de las internaciones se hizo referencia a vínculos de amistad. Asimismo, en aproximadamente la mitad de las hospitalizaciones, los pacientes expresaron tener proyectos a futuro, entre los cuales el regreso a la escuela fue el más mencionado. Resulta interesante destacar que en casi la mitad de las internaciones se identificaron manifestaciones de interés por actividades artísticas, siendo el dibujo la forma de expresión más frecuente. Esta tendencia se observó en pacientes de todas las edades, incluyendo aquellos de mayor edad, quienes también realizaron dibujos durante el período de internación.

Se identificaron aspectos como la presencia de adultos referentes disponibles y emocionalmente accesibles, la participación en ámbitos institucionales como la escuela o agrupaciones comunitarias, la existencia de vínculos de amistad, y la inclusión en actividades, tales como el deporte, el arte o la música. Si bien estos elementos no garantizan la ausencia de conductas autolesivas, su presencia podría colaborar en la construcción de recursos emocionales y sociales que favorezcan un afrontamiento más saludable frente a situaciones de malestar, en concordancia con los que plantea la OPS en cuanto a lo relacionado al término de “factores protectores”. (4)

La falta de adultos significativos a quienes acudir, la exposición sostenida a contextos familiares hostiles o desorganizados, y la carencia de recursos personales o sociales para afrontar situaciones complejas, son elementos a considerar en la evaluación y seguimiento de estos pacientes.

Sin embargo, es importante mencionar que estos elementos no deben ser asumidos como predictores lineales. La conducta autolesiva no responde a una lógica determinista; es decir, la presencia de uno o varios de estos antecedentes no implica necesariamente que un individuo se autolesionará. La forma de expresión de los adolescentes responde a múltiples factores. Por ello, cada intervención clínica debe

sostenerse sobre un enfoque integral, sensible al contexto y orientado a la singularidad subjetiva del individuo, y debemos como pediatras ejercer siempre un rol de escucha activa, trabajando con el niño, niña o adolescente y las familias, formando equipos y redes de sostén para los pacientes y el equipo tratante, estando atentos a distintas situaciones que pudieran estar alertándonos sobre esta problemática.

Todo esto da cuenta de la infinidad de posibilidades diagnósticas que habrá frente a un mismo motivo de consulta, la autolesión o el pensamiento de provocarse una de ellas, y una vez más confirma la gran singularidad de cada paciente y la situación que el mismo esté atravesando con su forma de expresión, que tendrá tantas significaciones posibles, como internaciones haya, debido a que incluso un mismo paciente podrá estar atravesado por distintas situaciones en su vida, y dar un significado diferente en cada una de ellas.

8. Conclusión

El presente trabajo caracteriza a las internaciones de pacientes que estuvieron hospitalizados en la Sala para Urgencias Subjetivas del Hospital de Niños Víctor J. Vilela, con motivo de consulta de autolesión o pensamiento de autolesión, durante el período comprendido entre marzo de 2022 y febrero de 2025.

La mayoría de las internaciones fueron cursadas por pacientes de género femenino, siendo 15 años la edad más frecuente; la mayoría de los pacientes se encontraban escolarizados al momento de la internación. El grupo de convivencia más mencionado fue el de la familia monoparental.

En cuanto a los antecedentes personales de los pacientes mencionados durante las internaciones, en la mayor parte de las mismas se hace referencia a que los pacientes presentaban algún padecimiento dentro del ámbito de la salud mental, de los cuales la mayoría se encontraba con requerimiento de soporte psicofarmacológico, y referían a su vez haber presentado al menos un episodio previo de similares características. En cuanto a los pacientes referidos con episodios previos, la mitad de ellos referían haber cursado internación por ese motivo.

Cabe destacar el gran porcentaje de abuso sexual contra las infancias que se constata en el total de los pacientes internados, siendo cerca de la mitad de los mismos.

En cuanto a antecedentes familiares de jerarquía referidos durante las hospitalizaciones, es primordial destacar como la problemática con el grupo primario de apoyo se encontró como uno de los antecedentes de mayor frecuencia registrada, y dentro de estos se destaca la presencia de violencia intrafamiliar, como denominador común.

Respecto a las características de las autolesiones, el corte fue el mecanismo principal identificado, destacándose que el antebrazo fue la zona preferida para realizarse estas lesiones, presentando el mayor porcentaje dentro de los mismos.

Durante las internaciones, el interés predominante registrado fue el artístico, siendo el dibujo la forma de expresión más frecuente.

En cuanto a vínculos de amistad observamos que en más de la mitad de las hospitalizaciones se mencionan como presentes.

Refiriéndose a proyectos a futuro, el más mencionado fue volver a la escuela.

La estrategia terapéutica al alta que se indicó con mayor frecuencia fue el tratamiento psicoterapéutico combinado con el uso de psicofármacos.

Para finalizar, resulta fundamental desde la tarea del pediatra comprender que, aunque no es posible predecir con exactitud la aparición de una conducta autolesiva, la escucha en búsqueda de antecedentes personales o familiares y la promoción de características psicosociales, constituyen herramientas de interés para un abordaje clínico, preventivo y comunitario efectivo. En este marco, el pediatra desempeña no sólo una función asistencial, sino también un papel activo en la orientación y el acompañamiento tanto del paciente como de su entorno familiar. Esta visión integral permite diseñar estrategias sostenidas que prioricen la contención emocional, el fortalecimiento de las redes de cuidado y la construcción de vínculos saludables en todos los ámbitos donde se desarrollan las infancias y adolescencias.

9. Referencias Bibliográficas

1. De Maio A, Nielsen V, Bulgach V, López P, Mato R. Autoagresiones en adolescentes atendidos en un hospital de alta complejidad: serie de casos clínicos. *Medicina Infantil*. 2019;26(3):262–6.
2. Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF. *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2021.
3. Agüero G, Medina V, Obradovich G, Berner E. Comportamientos autolesivos en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Arch Argent Pediatr*. 2018;116(6):394–401.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Prevención de la autolesión/suicidio para la Atención Primaria de Salud (APS)* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado 2025 ago 19]. Disponible en: [\[https://campus.paho.org/es/curso/prevencion-de-la-autolesion-suicidio-APS\]](https://campus.paho.org/es/curso/prevencion-de-la-autolesion-suicidio-APS)(<https://campus.paho.org/es/curso/prevencion-de-la-autolesion-suicidio-APS>)
5. Quintero N, Cocconi P. Autolesiones, un modo de decir [Internet]. 2023 [citado 2025 ago 20].
6. Díaz-Ruiz JL, Castellanos-Suárez V, Ventura-Martínez JL. “Me corto porque...”, conductas autolesivas en adolescentes, identificación de factores. *Revista Criminalidad*. 2024;66(2):61–74.
7. Ulloa Flores RE, Contreras Hernández C, Paniagua Navarrete K, Victoria Figueroa G. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Ment*. 2013;36(5):417–20.
8. Ministerio de Seguridad de la Nación (AR). *Informe ejecutivo SNIC 2024* [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Seguridad de la Nación; 2024 [citado 2025 ago 19]. Disponible en: [\[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/05/informe_ejecutivo_snic_2024_v2.pdf\]](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/05/informe_ejecutivo_snic_2024_v2.pdf)(https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/05/informe_ejecutivo_snic_2024_v2.pdf)
9. UNICEF El Salvador. *Autolesiones* [Internet]. San Salvador: UNICEF; 2023 [citado 2025 ago 19]. Disponible en:

<https://www.unicef.org/elsalvador/historias/autolesiones>

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
11. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo. Ginebra: OMS; 2006.
12. Faura-García J, Calvete E, Orue I. Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*. 2021;42(3):207–15.
13. International Society for the Study of Self-Injury. What is self-injury? [Internet]. 2006 [citado 2025 ago 30]. Disponible en: <http://itriples.org/what-is-self-injury/>
14. Walsh BW. *Treating Self-Injury: a practical guide*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2012.
15. Organización Mundial de la Salud. *Salud del adolescente*. Ginebra: OMS; 2025.
16. Bleichmar S. Identificarse en tiempos difíciles. *Adolescencia en llamas*. En: *Tiempos difíciles. La identificación en la adolescencia. La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topía; 2005.
17. Galarza AL, Castañeiras CE, Fernández-Liporace MM. Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria (Revista de Psicología y Ciencias Afines)*. 2018;35(2):307–26.
18. Alda Díez JA, Huguet Miguel A. Urgencias psiquiátricas en la infancia y la adolescencia. En: *Curso de Psiquiatría del Niño y del Adolescente para Pediatras (SEMA)*. Módulo 9, Tema 18 [Internet]. 2020 [citado 2025 ago 19]. Disponible en: [https://www.cursopsiquiatriasema.com/wp-content/uploads/2020/05/401-416_TEMA-18_MOD-9.pdf](https://www.cursopsiquiatriasema.com/wp-content/uploads/2020/05/401-416_TEMA-18_MOD-9.pdf)
19. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013.

20. Tosetto V. Caracterización de la población internada en la sala para urgencias subjetivas del Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” de la ciudad de Rosario y descripción de la internación, durante los periodos 2022 y 2023 [tesis de especialización no publicada]. Rosario: Hospital de Niños “Víctor J. Vilela”; 2024.

21. Korinfeld D. Adolescentes: el cuerpo, la piel como campo de batalla. Revista Actualidad Psicológica. 2023;48(531):10–2.

Anexos

Anexo N°1. Hoja de registro de variables.

A- Género:

- 1) Femenino
- 2) Masculino
- 3) No binario
- 4) Trans femenino
- 5) Trans masculino

B- Edad

C- Procedencia

- 1) Rosario-centro
- 2) Rosario-norte
- 3) Rosario-noroeste
- 4) Rosario-oeste
- 5) Rosario-sudoeste
- 6) Rosario-sur
- 7) Otra ciudad

D- Grupo de convivencia

- 1) Familia nuclear
- 2) Familia ensamblada
- 3) Familia monoparental
- 4) Familia ampliada
- 5) Paciente cuyo centro de vida es una institución

E- Escolaridad

- 1) Escolarizado
- 2) Escolarizado, con dificultades académicas
- 3) No escolarizado

F- Antecedente de padecimiento de salud mental

- 1) Sí
- 2) No

G- Certificado Único de Discapacidad

- 1) Sí, lo posee o se encuentra en trámite
- 2) No hay registro en la historia clínica

H- Requerimiento de tratamiento psicofarmacológico previo a la internación

- 1) Sí
- 2) No

I- Episodio previo de autolesión o pensamiento de autolesión

- 1) Sí
- 2) No

J- Internación previa por mismo motivo al de la internación actual

- 1) Sí
- 2) No

K- Comorbilidades

- 1) Sí (detallar cuál o cuáles)
- 2) No

L- Alteraciones del sueño

- 1) Sí
- 2) No

M- Consumo de sustancias

- 1) Sí, problemático
- 2) Sí, no problemático
- 3) No consta registro en la historia clínica

N- Antecedente de abuso sexual contra las infancias

- 1) Sí
- 2) No hay registro en la historia clínica

O- Antecedente de otros eventos traumáticos

- 1) Sí, muerte cercana
- 2) Sí, mudanza
- 3) Sí, cambió de escuela
- 4) No hay registro en la historia clínica

P- Padecimiento de bullying (o acoso escolar)

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No hay registro en la historia clínica

Q- Situación vincular de pareja

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No hay registro en la historia clínica

R- Uso de redes sociales vinculado a las autolesiones

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No hay registro en la historia clínica

S- Antecedente de familiar con provocación de autolesión o suicidio

- 1) Sí, suicidio
- 2) Sí, autolesión
- 3) No hay registro en la historia clínica

T- Problemas con el grupo primario de apoyo

- 1) Violencia (física, psicológica, emocional, negligencia) intrafamiliar
- 2) Consumo problemático de sustancias intrafamiliar
- 3) Otros problemas de salud mental intrafamiliares
- 4) Ausencia de progenitores (abandono por parte de los progenitores/progenitor privado de la libertad/progenitor con restricción de acercamiento/progenitor cursando internación prolongada)
- 5) No hay registro en la historia clínica

U- Motivo de consulta:

- 1) Autolesión
- 2) Pensamiento de autolesión

V- Tipo de autolesión:

- 1) Corte
- 2) Golpe
- 3) Ingesta de medicamentos/tóxicos
- 4) Intento de ahorcamiento
- 5) Salto de altura
- 6) Otras lesiones en piel

W- Nuevo episodio de autolesión durante la internación

- 1) Sí
- 2) No

X- Motivo referido por el paciente que lo llevó a autolesionarse o tener ideas sobre hacerlo, relatado por el mismo durante la entrevista mantenida con profesional de la salud.

Y- Presencia de ideación de muerte

- 1) Sí
- 2) No

Z- Presencia de ideación delirante

- 1) Sí
- 2) No

AA- Presencia de fenómenos sensorceptivos

- 1) Sí (detallar cuál o cuáles)
- 2) No

AB- Presencia de excitación psicomotriz

- 1) Sí
- 2) No

AC- Presencia de heteroagresividad

- 1) Sí
- 2) No

AD- Tipo de internación:

- 1) Ingreso hospitalario
- 2) Reingreso hospitalario

AF- Duración de internación en días

AG- Interconsultas realizadas con especialistas (cuáles)

AH- Tipo de acompañantes durante internación

- 1) Madre
- 2) Padre
- 3) Acompañantes personalizados
- 4) Otros

AI- Cantidad de acompañantes por internación

- 1) 1
- 2) 2
- 3) ≥ 3

AJ- Tratamiento instaurado al momento del alta

- 1) Psicoterapéutico
- 2) Psicofarmacológico
- 3) Ambos

AK- Seguimiento al alta

- 1) Hospitalario
- 2) Ambulatorio
- 3) Ambos

AL- Organismos intervinientes:

A) Equipos territoriales:

- 1) Centro de salud
- 2) Centro cuidar
- 3) Escuela
- 4) Centro de día
- 5) Centro educativo terapéutico

B) Profesionales de la salud del sector privado

C) Sistema de protección de niños, niñas y adolescentes:

- 1) Servicio local de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes
- 2) Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia
- 3) Defensoría de niños, niñas y adolescentes

D) Organismos pertenecientes al poder judicial

- 1) Ministerio público de la acusación
- 2) Juzgado de familia

E) Otros organismos intervinientes

- 1) Órgano de revisión
- 2) Agencia de adicciones
- 3) Equipo socioeducativo

AM- Medida de protección

- 1) Medida de protección integral
- 2) Medida de protección excepcional
- 3) No cuenta con ninguna medida de protección tomada

AO- Diagnósticos presuntivos al ingreso:

AP- Diagnósticos al alta:

- 1) Primer diagnóstico
- 2) Segundo diagnóstico
- 3) Tercer diagnóstico

AQ- Intereses (gustos)

- 1) Sí (describir cuál o cuáles)
- 2) No
- 3) No hay registro en la historia clínica

AR) Participación en agrupación

- 1) Sí (describir cuál o cuáles)
- 1) No
- 2) No consta registro en la historia clínica

AS) Vínculos de amistad

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No hay registro en la historia clínica

AT) Proyectos a futuro

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No hay registro en la historia clínica

Anexo N°2. Definiciones de terminología utilizada dentro del registro de variables.

No binario: persona cuya identidad de género no es exclusivamente masculina ni femenina, puede integrar ambos géneros o combinaciones de otros géneros.

Trans femenino: persona asignada como hombre al nacer, pero que se identifica y vive como mujer.

Trans masculino: persona asignada como mujer al nacer, pero que se identifica y vive como hombre.

Familia nuclear: grupo familiar compuesto por dos progenitores y sus hijos biológicos o adoptivos, que viven juntos.

Familia ampliada: conjunto familiar en el cual el adulto responsable es otro familiar distinto a los progenitores, pudiendo ser abuelos, tíos, hermanos, primos.

Familia ensamblada: familia conformada por uno o ambos miembros de una pareja que tienen hijos de relaciones anteriores y que conviven, formando un nuevo núcleo familiar.

Familia monoparental: unidad familiar constituida por un solo progenitor, ya sea por decisión propia, viudez, separación, divorcio o abandono del otro progenitor.

Padecimiento en salud mental: todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes.

Certificado Único de Discapacidad: documento oficial, público y gratuito que acredita de manera válida la condición de persona con discapacidad en todo el territorio nacional. Certifica que una persona tiene al menos una alteración funcional (ya sea física, sensorial, intelectual, mental o visceral) que, en relación a su edad y entorno, genera desventajas notables para su integración social, laboral, educativa o familiar, y facilita, en consecuencia a lo antedicho, el acceso a derechos y prestaciones específicas.

Alteraciones del sueño: dificultades para conciliar el sueño, mantenerlo de forma continua o lograr un descanso reparador.

Consumo problemático de sustancias: uso de sustancias psicoactivas (legales o ilegales) de forma sostenida, abusiva o en contextos que generan consecuencias negativas para la salud física o mental del individuo, afectan su entorno familiar, social o escolar/laboral, y deterioran su funcionamiento general.

Abuso sexual contra las infancias: acto en el que un niño, niña o adolescente es utilizado para la estimulación sexual de su agresor o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo.

Eventos traumáticos: situaciones de cambio significativo en el curso de la vida que implican una ruptura del equilibrio previo, generando malestar emocional y la necesidad de adaptación a nuevas circunstancias.

Bullying (o acoso escolar): conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un estudiante contra otro de forma negativa, continua e intencional.

Problemas con el grupo primario de apoyo: dificultades persistentes o significativas que interfieren en la relación con miembros del núcleo familiar o conviviente, y que impactan negativamente en el bienestar emocional, social o funcional del individuo.

Violencia intrafamiliar: conjunto de acciones u omisiones que implican maltrato físico, psicológico, emocional o negligencia, ejercidos por parte de cuidadores u otros familiares, así como la exposición del niño, niña o adolescente a situaciones de violencia dentro del entorno familiar.

Motivo referido por el paciente que lo llevó a autolesionarse o tener pensamientos sobre hacerlo, relatado por el mismo durante la entrevista mantenida con un profesional de la salud: se consideró la posibilidad de agrupar por repetición. Se agruparon los relatos de los pacientes que incluyeron las palabras “angustia”, “tristeza” y “depresión”; por otro lado los que incluyeron las palabras “discusión”, “pelea” o “conflicto”; en otro grupo los que referían desconocer o no identificar el motivo por el cual se autolesionaban o tenían ideas de autolesionarse; y por último los relatos de los pacientes que mencionaron diversos motivos no agrupables.

Presencia de ideación de muerte registrado en la enfermedad actual: presencia de pensamientos recurrentes o persistentes acerca de la propia muerte o el deseo de no existir, registrada al momento de la entrevista por el personal de salud mental.

Presencia de ideación delirante registrada en la enfermedad actual: presencia de ideas o creencias falsas, infundadas y rígidas, que el sujeto sostiene con total convicción a pesar de pruebas en contra o de que resulten ilógicas, y que no son compartidas por otras personas dentro de su cultura o contexto, registrada al momento de la entrevista por el personal de salud mental registrada al momento de la entrevista por el personal de salud mental.

Presencia de fenómenos sensoperceptivos registrada en la enfermedad actual: trastornos de la percepción en los que el sujeto experimenta cambios cuantitativos o cualitativos en su forma de percibir los estímulos sensoriales, pudiendo ver, oír, sentir, saborear u oler cosas de manera distorsionada o inexistente, registrados al momento de la entrevista por el personal de salud mental.

Excitación psicomotriz registrada en la enfermedad actual: actividad motora excesiva asociada con una sensación subjetiva de tensión interna registrada al momento de la entrevista por el personal de salud mental.

Heteroagresividad registrada en la enfermedad actual: conducta violenta o agresiva dirigida hacia otras personas u objetos externos, que puede manifestarse verbal, física o conductualmente registrada al momento de la entrevista por el personal de salud mental.

Equipo interdisciplinario del Hospital de Niños Víctor J. Vilela: conjunto de profesionales conformado por médico/a pediatra, psicólogo/a, psiquiatra, trabajador/a social, abogado/a que trabajan de manera coordinada y complementaria, con un enfoque integral, abordando al paciente desde múltiples dimensiones.

Proyectos a futuro: consideramos a toda expresión verbalizada por el/la paciente que implique un deseo, expectativa, intención o plan formulado en tiempo futuro.

Anexo N°3. Definiciones operativas de variables utilizadas.

Nombre de la variable	Definición operativa	Naturaleza de la variable	Estratos	Fuente de información
Género	Género del paciente	Cualitativa nominal policotómica	Femenino Masculino No binario Trans femenino Trans masculino	Historia clínica
Edad	Edad en años	Cuantitativa discreta	Años	Historia clínica
Procedencia	Área geográfica de procedencia	Cualitativa nominal policotómica	Rosario-centro Rosario-norte Rosario-noroeste Rosario-oeste Rosario-sudoeste Rosario-sur Otra ciudad	Historia clínica
Grupo de convivencia	Personas que comparten mismo espacio de convivencia	Cualitativa nominal policotómica	Familia nuclear Familia ensamblada Familia monoparental Familia ampliada Paciente cuyo centro de vida es una institución	Historia clínica
Escolaridad	Estado de participación del paciente en el sistema educativo al momento de la internación	Cualitativa ordinal	Escolarizado Escolarizado, con dificultades académicas No escolarizado	Historia clínica
Antecedente de padecimiento de salud mental	Padecimiento en salud mental diagnosticado previo a la internación actual	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica
Certificado Único de Discapacidad	Documento oficial, público y gratuito que acredita de manera válida la condición de persona con discapacidad en todo el territorio nacional	Cualitativa dicotómica	Sí, lo posee o se encuentra en trámite No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Tratamiento psicofarmacológico previo a la internación	Registro en la historia clínica del uso de tratamiento psicofarmacológico previo a la internación	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica
Episodio previo de autolesión o pensamiento de autolesión	Existencia de documentación de episodio previo de autolesión o pensamiento de autolesión	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica
Internación previa por mismo motivo al de la internación actual	Registro en la historia clínica de hospitalización previa por mismo motivo que la actual	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica

Comorbilidades	Presencia de afecciones médicas diferentes al padecimiento de salud mental que motivó la internación	Cualitativa nominal dicotómica, con campo abierto de especificación en caso afirmativo	Sí (detallar cuáles) No	Historia clínica
Alteraciones del sueño	Dificultades para conciliar el sueño, mantenerlo de forma continua o lograr un descanso reparador	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica
Consumo de sustancias	Consumo de sustancias psicoactivas	Cualitativa nominal policotómica	Sí, problemático Sí, no problemático No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Antecedente de abuso sexual contra las infancias	Haber padecido previo a la internación un acto en el que el niño, niña o adolescente fue utilizado para la estimulación sexual de su agresor o la gratificación de un observador	Cualitativa dicotómica	Sí No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Antecedente de otros eventos traumáticos	Antecedente de haber padecido situaciones de cambio significativo en el curso de la vida que implican una ruptura del equilibrio previo, generando malestar emocional y la necesidad de adaptación a nuevas circunstancias	Cualitativa nominal policotómica	Sí, muerte cercana Sí, mudanza Sí, cambio de escuela No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Padecimiento de bullying	Haber padecido conducta de persecución física y/o psicológica que realiza otro estudiante de forma negativa, continua e intencional	Cualitativa nominal policotómica	Sí No No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Situación vincular de pareja	Registro documental que indica si el paciente refería estar en pareja al momento del ingreso hospitalario	Cualitativa nominal policotómica	Sí No No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Uso de redes sociales vinculado a las autolesiones	Mención de uso de red social por parte del paciente, vinculado a la temática de autolesiones	Cualitativa nominal policotómica	Sí No No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Antecedente de familiar con provocación de autolesión o suicidio	Registro de familiar con antecedente de provocación de autolesión o suicidio	Cualitativa nominal policotómica	Sí, suicidio Sí, autolesión No hay registro en la historia clínica	Historia clínica

Problemas con el grupo primario de apoyo	Dificultades significativas que interfieren en la relación con miembros del núcleo familiar o conviviente, y que impactan negativamente en el bienestar del individuo	Cualitativa nominal policotómica	Violencia (física, psicológica, emocional, negligencia) intrafamiliar Consumo problemático de sustancias intrafamiliar Otros problemas de salud mental intrafamiliares Ausencia de progenitores (abandono por parte de los progenitores/progenitor privado de la libertad/progenitor con restricción de acercamiento/progenitor cursando internación prolongada) No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Motivo de consulta	Situación que motivó al paciente a la consulta	Cualitativa dicotómica	Autolesión Pensamiento de autolesión	Historia clínica
Tipo de autolesión	Clasificación del tipo de autolesión provocado, detectado a través de la anamnesis y/o examen físico	Cualitativa nominal policotómica	Corte Golpe Ingesta de medicamentos/tóxicos Intento de ahorcamiento Salto de altura Otras lesiones en piel	Historia clínica
Nuevo episodio de autolesión durante la internación	Registro de haber cursado nuevo episodio de autolesión durante la estadía hospitalaria	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica
Motivo referido por el paciente que lo llevó a autolesionarse o tener ideas sobre hacerlo, relatado por el mismo durante la entrevista mantenida con profesional de la salud	Registro en la historia clínica de qué fue lo que motivó al paciente a autolesionarse o a tener ideas de hacerlo. Se agrupó por repetición de los motivos	Cualitativa nominal abierta, con categorización por repetición	Angustia/Tristeza/Depresión Discusión/Pelea/Conflicto Desconocimiento del motivo Diversos motivos no agrupables	Historia clínica
Presencia de ideación de muerte	Pensamientos recurrentes o persistentes acerca de la propia muerte o el deseo de no existir	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica
Presencia de ideación delirante	Ideas o creencias falsas, infundadas y rígidas, que el sujeto sostiene con total convicción a pesar de pruebas en contra o de que resulten ilógicas	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica
Presencia de fenómenos senso-perceptivos	Trastornos de la percepción en los que el sujeto experimenta cambios cuantitativos o cualitativos en su forma de percibir los estímulos sensoriales	Cualitativa nominal dicotómica, con campo abierto de especificación en caso afirmativo	Sí (detallar cuáles) No	Historia clínica

Presencia de excitación psicomotriz	Actividad motora excesiva asociada con una sensación subjetiva de tensión interna	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica
Presencia de heteroagresividad	Conducta violenta o agresiva dirigida hacia otras personas u objetos externos	Cualitativa dicotómica	Sí No	Historia clínica
Tipo de internación	Determina si es la primera vez que se interna en la sala o si es un reingreso	Cualitativa dicotómica	Ingreso hospitalario Reingreso hospitalario	Historia clínica
Duración de internación en días	Cantidad de días de estadía hospitalaria	Cuantitativa discreta	Días de internación	Historia clínica
Interconsultas realizadas con especialistas	Clasificación de los distintos servicios interconsultados durante la hospitalización	Cualitativa nominal policotómica	Equipo Interdisciplinario Cardiología Toxicología Neurología Odontología Ginecología Traumatología Oftalmología Endocrinología Nutrición Nefrología Infectología Otorrinolaringología Oncología Cirugía maxilofacial	Historia clínica
Tipo de acompañantes durante la internación	Persona que cumple rol de acompañante durante la internación	Cualitativa nominal policotómica	Madre Padre Acompañantes personalizados Otros	Historia clínica
Cantidad de acompañantes por internación	Número de personas que cumplieron el rol de acompañante durante la internación	Cualitativa nominal policotómica	1 2 ≥3	Historia clínica
Tratamiento instaurado al momento del alta	Tipo de tratamiento indicado al paciente previo al alta	Cualitativa nominal policotómica	Psicoterapéutico Psicofarmacológico Ambos	Historia clínica
Seguimiento al alta	Categorización del tipo de atención y continuidad de cuidado indicada al momento de la externación del paciente	Cualitativa nominal policotómica	Hospitalario Ambulatorio Ambos	Historia clínica

Organismos intervinientes	Entes que intervinieron durante la internación del paciente	Cualitativa nominal policotómica	A) Equipos territoriales: -Centro de salud -Centro cuidar -Escuela -Centro de día -Centro educativo terapéutico B) Profesionales de la salud del sector privado C) Sistema de protección de niños, niñas y adolescentes: -Servicio local de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes -Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia -Defensoría de niños, niñas y adolescentes D) Organismos pertenecientes al poder judicial -Ministerio público de la acusación -Juzgado de familia E) Otros organismos intervinientes -Órgano de revisión -Agencia de adicciones -Equipo socioeducativo	Historia clínica
Medida de protección	Herramienta jurídica que permite salvaguardar la integridad del niño, niña o adolescente	Cualitativa nominal policotómica	Medida de protección integral Medida de protección excepcional No cuenta con ninguna medida de protección tomada	Historia clínica
Diagnósticos presuntivos al ingreso	Diagnóstico presuntivo del cuadro realizado por personal de la salud al ingreso hospitalario	Cualitativa categórica nominal policotómica	Ingesta de medicamentos/tóxicos Intento de autolisis Excitación psicomotriz Heridas autoinfligidas Crisis de angustia Ideación de muerte Episodio de auto y heteroagresividad Crisis subjetiva Fenómenos sensorperceptivos	Historia clínica
Diagnósticos al alta	Diagnóstico asumido por personal de la salud luego del abordaje integral del paciente durante el total de la internación, utilizando el CIE10	Cualitativa categórica nominal policotómica	VER TABLAS ANEXOS N°4 Y N°5	Historia clínica
Gustos	Conjunto de aficiones o preferencias en distintas áreas mencionadas por el paciente	Cualitativa nominal policotómica	Sí, área artística Sí, área musical Sí, lectura recreativa Sí, escribir No No hay registro en la historia clínica	Historia clínica

Participación en agrupación	Registro de pertenencia a grupo con intereses afines	Cualitativa nominal policotómica	Sí, deportiva Sí, religiosa Sí, musical Sí, ONG No No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Vínculos de amistad	Contar al menos con una persona considerada como amiga por el paciente	Cualitativa nominal policotómica	Sí No No hay registro en la historia clínica	Historia clínica
Proyectos a futuro	Toda expresión verbalizada por el paciente que implique un deseo, expectativa, intención o plan formulado en tiempo futuro	Cualitativa nominal policotómica	Sí, volver a la escuela Sí, recibir educación sexual integral Sí, volver a su casa Sí, festejar su cumpleaños Sí, ir a un campamento Sí, terminar un taller No No hay registro en la historia clínica	Historia clínica

Anexo N° 4. Tabla de primeros diagnósticos completa.

PRIMEROS DIAGNÓSTICOS			
Código	Descripción	Cantidad	%
F63.8	Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos	11	19,3
F41.9	Trastorno de ansiedad , no especificado	5	8,8
F29	Psicosis de origen no organico, no especificada	4	7,0
F43.2	Trastornos de adaptación	4	7,0
F41	Otros trastornos de ansiedad	3	5,3
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	3	5,3
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados	2	3,5
R45.1	Inquietud y agitación	2	3,5
X60	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesicos no narcoticos, antipireticos y antirreumaticos	2	3,5
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a drogas antiepileticas, sedantes, hipnoticas, antiparkinsonianas y psicotropicas, no clasificadas en otra parte	2	3,5
X70	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	2	3,5
Z91.8	Historia personal de otros factores de riesgo, no clasificados en otra parte	2	3,5
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína	1	1,8
F19.1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de multiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: uso nocivo	1	1,8
F22.9	Trastorno delirante persistente, no especificado	1	1,8
F23	Trastornos psicoticos agudos y transitorios	1	1,8
F28	Otros trastornos psicoticos de origen no orgánico	1	1,8
F32	Episodio depresivo	1	1,8
F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes	1	1,8
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	1	1,8
F71	Retraso mental moderado	1	1,8
F84.8	Otros trastornos generalizados del desarrollo	1	1,8
F91	Trastornos de la conducta	1	1,8
F98	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	1	1,8

T41	Envenenamiento por anestésicos y gases terapéuticos	1	1,8
X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados	1	1,8
Z61.4	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario	1	1,8
Z63.8	Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo	1	1,8
F06.4	Trastorno de ansiedad, orgánico	1	1,8

Anexo N° 5. Tabla de segundos y terceros diagnósticos completa.

SEGUNDOS y TERCEROS DIAGNÓSTICOS			
Código	Descripción	Cantidad	%
Z63.8	Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo	7	10,3
Z63.7	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar	5	7,4
F41	Otros trastornos de ansiedad	3	4,4
E66.0	Obesidad debida a exceso de calorías	2	2,9
F51	Trastornos no orgánicos del sueño	2	2,9
F60.3	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	2	2,9
F60.9	Trastorno de la personalidad, no especificado	2	2,9
F71	Retraso mental moderado	2	2,9
F98	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	2	2,9
J35.1	Hipertrofia de las amígdalas	2	2,9
Z91.5	Historia personal de lesion autoinfligida intencionalmente	2	2,9
E43	Desnutricion proteicocalorica severa no especificada	1	1,5
E83.2	Trastornos del metabolismo del zinc	1	1,5
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol	1	1,5
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos	1	1,5
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína	1	1,5
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de multiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	1	1,5
F19.1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de multiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: uso nocivo	1	1,5
F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con sintomas psicoticos	1	1,5
F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes	1	1,5
F41.9	Trastorno de ansiedad , no especificado	1	1,5
F43	Reaccion al estres grave y trastornos de adaptación	1	1,5
F63	Trastornos de los hábitos y de los impulsos	1	1,5
F63.8	Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos	1	1,5

F70	Retraso mental leve	1	1,5
F70.9	Retraso mental leve: deterioro del comportamiento de grado no especificado	1	1,5
F74.2	Retraso mental profundo: deterioro del comportamiento de grado no especificado	1	1,5
F75.4	Retraso mental profundo: deterioro del comportamiento de grado no especificado	1	1,5
F80	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	1	1,5
F81.9	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado	1	1,5
F91.1	Trastorno de la conducta insociable	1	1,5
F91.8	Otros trastornos de la conducta	1	1,5
R45	Síntomas y signos que involucran el estado emocional	1	1,5
R79.0	Nivel anormal de mineral en la sangre	1	1,5
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicótropas, no clasificadas en otra parte	1	1,5
X64.9	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados: lugar no especificado	1	1,5
X68	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas	1	1,5
Z55.9	Problema no especificado relacionado con la educación y la alfabetización	1	1,5
Z59.8	Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas	1	1,5
Z60	Problemas relacionados con el ambiente social	1	1,5
Z60.9	Problema no especificado relacionado con el ambiente social	1	1,5
Z61.6	Problemas relacionados con abuso físico del niño	1	1,5
Z62.81 0	Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño	1	1,5
Z63	Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	1	1,5
Z63.3	Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia	1	1,5
Z63.9	Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo	1	1,5
Z91.8	Historia personal de otros factores de riesgo, no clasificados en otra parte	1	1,5