



"JUGANDO A LAS ESCONDIDAS...ESPERANDO SER ENCONTRADO"

TRABAJO DE INVESTIGACION SOBRE LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD, ESPECIALISTAS EN ADOLESCENCIA Y REFERENTES COMUNITARIOS, ACERCA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ADOLESCENTES

Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer"

Trabajo inédito

Enero 2016-Agosto 2016

Categoría temática

Clínica Ampliada

Tipo de trabajo:

Investigación Cualitativa-Cuantitativa

CASSANO, PATRICIA B.*;	DNI 31.370.251	PONCE, HILDA V. ***;	DNI 32.946.120
CASTILLO, DANIEL S. *;	DNI 31.937.659	PROSPERI, CAMILA S. *;	DNI 32.009.473
CONTRERA, MARCELA A. *;	DNI 26.345.774	QUEVEDO, MARIÁngeLES *;	DNI 32.034.506
DUCA, MATÍAS A. *;	DNI 30.820.772	RAMIREZ, CELESTE G.*;	DNI 31.075.932
HAVLICEK, PATRICIA G.*;	DNI 13.137.754	RIOS, PAMELA C. **;	DNI 32.149.101
JENKINS, CLAUDIA A. *;	DNI 32.489.594	SACCHIERO, MARÍA S.; *	DNI 32.951.817
LEDESMA, AGUSTÍN *;	DNI 29.591.728	SVOBODA, MARÍA A.; *	DNI 31.789.281
OTAMENDI, FLORENCIA S.; *	DNI 28.802.873	VASSALLO, JESICA Y.;	DNI 33.516.260

* Médicos/as Residentes de Medicina General del Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer"

** Licenciada en Trabajo Social....

*** Licenciadas en Psicología....

Domicilio Institucional: Ruta Provincial Nº24, KM 23,5. General Rodríguez (C.P. 1748). Buenos Aires. Tel: (0237) 4050800, int. 165.

Contacto: Matías Duca, Av.Rivadavia 5531, Piso 6to.Depto. 17, CABA C.P. 1424, Bs.As

Tel: 011 15 31847046. E-mail: sir.druc@gmail.com



“JUGANDO A LAS ESCONDIDAS...ESPERANDO SER ENCONTRADO”: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD, ESPECIALISTAS EN ADOLESCENCIA Y REFERENTES COMUNITARIOS, ACERCA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ADOLESCENTES.

CASSANO, Patricia B; CASTILLO, Daniel S; CONTRERA, Marcela A; DUCA, Matías A; HAVLICEK, Patricia G; JENKINS, Claudia A; LEDESMA, Agustín; OTAMENDI, Florencia S; PONCE, Hilda V; PROSPERI, Camila S; QUEVEDO, Mariángeles; RAMIREZ, Celeste G; RIOS, Pamela C; SACCHIERO, María S; SVOBODA, María A; VASSALLO, Jesica Y.

Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”.

Ruta Provincial N° 24, KM 23,5, General Rodríguez, Buenos Aires. CP: 1748.

(0237) 4050800, interno 165

sir.druc@gmail.com

Trabajo de investigación con abordaje cuali-cuantitativo

Clínica Ampliada

El presente trabajo es el inicio de un proyecto a largo plazo en el cual abordamos la problemática de las Autolesiones No Suicidas en Adolescentes (ANS).

Conocer la percepción de los profesionales del equipo de salud, especialistas en adolescencia y referentes comunitarios sobre las ANS. Conocer la existencia de otras problemáticas y el concepto que tienen sobre los adolescentes los especialistas en adolescencia y referentes comunitarios.

Se utilizó una triangulación de métodos. Se realizaron encuestas a profesionales de la salud, entrevistas y grupo focal a referentes comunitarios y entrevistas a especialistas en adolescencia. Se realizó análisis temático y observación participante, al obtener las unidades de significación fueron analizadas con la hermenéutica-dialéctica.

Las ANS son consideradas un problema de salud relevante, no visibilizado como tal. Son detectadas principalmente en el ámbito hospitalario, no siendo el motivo de consulta en su mayoría. El modelo de comprensión de las ANS obtenido con el análisis fue mayormente el de “Regulación de los afectos”. Surgieron además unidades que escaparon a los modelos planteados denominadas como “A clasificar”. Otras problemáticas que se detectaron fueron Salud Sexual Integral, Discriminación y Problemas emocionales. Respecto al concepto del adolescente, se destacó el entenderlo como sujeto de derecho, la importancia de su relación con el adulto y la escucha activa. Se evidenció la falta de información para su detección y abordaje.

Concluimos que las ANS son un “síntoma” de una problemática de mayor complejidad que requiere ser abordada de manera integral, interdisciplinaria e intersectorial.

Palabras claves: AUTOLESIONES, ADOLESCENCIA, AUTOLESIONES NO SUICIDAS

SopORTE técnico: PROYECTOR Y PANTALLA

¿Qué les queda a los jóvenes?
¿Qué les queda por probar a los jóvenes
en este mundo de paciencia y asco?
No dejar que le maten el amor,
Recuperar el habla y la utopía,
Ser jóvenes sin prisa y con memoria,
Situarse en una historia que es la suya,
No convertirse en viejos prematuros.
¿Qué les queda por probar a los jóvenes
en este mundo de consumo y humo?
Tender manos que ayuden/abrir puertas
Entre el corazón propio y el ajeno/
Sobre todo les queda hacer futuro
A pesar de los ruines del pasado
Y los sabios granujas del presente.

Mario Benedetti





INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es el inicio de un proyecto a largo plazo en el cual abordaremos la problemática de **Autolesiones No Suicidas en Adolescentes (ANS)**. Cabe destacar, que la misma no abarca sólo la etapa adolescente pero hemos decidido delimitar nuestra investigación a esta etapa de la vida.

Creemos que, como ya se ha mencionado en otros trabajos realizados por la Residencia de Medicina General del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer (RMG HNBS), el adolescente se encuentra en una etapa de la vida en la cual su acceso al sistema de salud es dificultoso, por diferentes cuestiones que más adelante comentaremos.

Entendemos al adolescente como sujeto de derecho, y desarrollamos este trabajo prestando especial importancia a su mundo interno, a sus fortalezas y potencialidades.

Al profundizar sobre **ANS**, hemos hallado pocos datos respecto a nuestra población, y aquellos estudios que encontramos fueron realizados desde la perspectiva psicoanalítica.

Consideramos importante para abordar esta problemática, iniciar este proyecto analizando los conceptos sobre las **ANS** tanto de los profesionales del equipo de salud, como de los referentes comunitarios y de los especialistas en adolescencia, para luego poder generar herramientas que nos permitan profundizar en el tema y trabajar directamente con los adolescentes.

MARCO TEORICO

➤ Modelo Médico Hegemónico

E.L. Menéndez define al Modelo Médico Hegemónico –en adelante MMH- como *“El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”* (Menéndez, 1988).

En este modelo de tipo hipotético deductivo, los profesionales aprenden un abordaje de la salud orientado al tratamiento de enfermedad, dejando de lado el mundo subjetivo de las personas. Se espera del paciente una actitud pasiva. El MMH encasilla la



forma de asistencia, de abordaje e interpretación de la realidad, descontextualizando y aislando a los padecientes y su situación de salud-enfermedad.

Visibilizar situaciones antes ausentes o no visibilizadas, como **ANS**, traen consigo nuevos desafíos para los equipos de salud. Entre ellos, la necesidad de prescindir del concepto de un sistema asistencial organizado por la medicina profesional o biomedicina del MMH, definido y criticado por Menéndez (1988). Nos basamos en el hecho de que rasgos como el biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, propios del MMH, no alcanzan para resolver este tipo de problemas de salud.

Problemáticas tan complejas como las **ANS**, que requieren una visión integral, de comprensión exhaustiva de los contextos, realidades y subjetividades, son difícilmente detectadas y abordadas por personal de salud formado bajo los principios del MMH. Éste limita el entendimiento de patologías que exceden el accionar individual. Las mismas necesariamente requieren equipos formados y constituidos como tales, con modelos de atención centrados en las personas y sus realidades, incluyendo su historia y la de su comunidad, con amplia relación con los colectivos, con posibilidad de interpelar la realidad y adecuarla a la situación de salud-enfermedad de las personas.

En este contexto se evidencia la importancia del rol de los efectores, equipo de salud, docentes, y otros profesionales en el acompañamiento de los adolescentes en estas situaciones complejas, que implican un trasfondo psicológico y un ambiente social altamente influyentes, muchas veces determinantes. Existe la necesidad de una atención transformadora para acompañar, brindar espacios, aproximar a las personas usuarias al cumplimiento de sus derechos y que además permitan mayor satisfacción en la tarea diaria.

➤ **APS y Accesibilidad**

La Conferencia de Alma Ata (UNICEF-OMS, 1978) definió la **Atención Primaria de la Salud** como: la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, accesible universalmente a todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

En el marco de la Declaración del Milenio (ONU, 2000), se elaboró una estrategia para propiciar los cuidados básicos de salud para todos los ciudadanos. Considerando que



conflicto (Szulc, 2011). Consideramos a los adolescentes como un grupo poblacional heterogéneo, con diferencias según estrato socio-económico, género, lugar de residencia, subgrupos de edad, etc.

Siguiendo el análisis de Le Breton (2004) la ausencia de rituales socialmente establecidos que den lugar al paso de la niñez a la adultez, deja al sujeto en un estado de búsqueda, a través de sus propios medios, de sentido para la integración social. Es por ésto, sostiene el autor, que no resulta extraño pensar que las conductas arriesgadas que realizan los jóvenes tienen sentido al intentar encontrar una autoafirmación y reconocimiento social. *“Forman parte de ritos privados, solitarios, cuyos resultados suelen ser provisionales e insuficientes para significar la vida e integrarse a la comunidad”* (Adaszko, 2005).

➤ **Autolesiones No Suicidas**

Definimos las **ANS** como los comportamientos mediante los cuales un individuo provoca daño a su cuerpo intencionalmente con propósitos no socialmente aceptados (por lo que estaría excluido beber y comer en exceso, tattoos, piercings, etc.), y sin intención suicida (Whitlock, 2010). También se excluyen las acciones realizadas en estados de psicosis, delirio, intoxicación o que forman parte de algún síndrome (ej. Síndrome de Lesch-Nyhan), trastorno generalizado del desarrollo o retraso mental (American Psychiatric Association, 2014).

La autoagresión puede realizarse de numerosas formas, pero las más frecuentes son: cortar (cutting), escarbar o pinchar la piel, rascado de lesiones, escarificación, quemarse (burning), arrancar o tironear piel o pelo, provocarse moretones, insertar objetos por debajo de la piel y debajo de las uñas. Las lesiones se provocan en cualquier parte del cuerpo pero con mayor frecuencia en manos, muñecas, pared abdominal y muslos.

Desde el punto de vista de la Psiquiatría, en el DSM IV, las **ANS** no eran tomadas en cuenta como una entidad específica. Los únicos diagnósticos que mencionan la autolesión (automutilación) como un síntoma o criterio para su diagnóstico, son trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental y trastornos ficticios. Es decir, no se considera como un trastorno en sí mismo (Zetterqvist, 2015).

En el DSM V, este trastorno está incluido en la sección de “Modelos emergentes”, dentro del capítulo “Afecciones que necesitan más estudio” (American Psychiatric Association, 2014).



No están ampliamente estudiadas en nuestro país y no hemos hallado estadísticas sobre el tema. Algunos estudios en otros países mencionan que entre el 13 y el 29 % de los adolescentes y el 4% al 6% de los adultos refieren haberse autolesionado al menos una vez en su vida teniendo una edad de comienzo entre 10 y 15 años (Villarroel, Jerez et al 2013) y siendo el rango de mayor frecuencia entre 18-19 años (Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP, 2008).

No hay evidencia de si ocurre más en mujeres que en varones pero sí se sugiere que utilizan diferentes métodos y lo hacen por diferentes razones (Whitlock, 2010).

Los **factores de riesgo** dependen de las características personales de los adolescentes y de su entorno. Entre ellos, la poca capacidad de resolver problemas, ser impulsivos, la desesperanza, la ira, los trastornos psiquiátricos como depresión, trastorno de la conducta y alimentarios, el abuso de sustancias, pertenecer a familias de un solo progenitor o con problemas de convivencia, pertenecer a grupos sociales minoritarios como los homosexuales.

En contrapartida se identifican como **factores de protección**: tener autoconfianza, tener la capacidad de buscar ayuda y consejos en el momento que surgen dificultades, una familia continente, buena relación con compañeros de los diferentes ámbitos de su vida.

En diferentes estudios realizados, las causas que refieren los adolescentes como razón de estas conductas fueron: reacción frente al fracaso, reacción frente a sentimientos difíciles, control frente a tensión, forma de aliviar tensiones, manera de influir sobre los demás.

El cuerpo puede representar un lugar de expresión del sufrimiento psíquico o ser también un instrumento para comunicar ciertas necesidades y conflictos evolutivos. La autoagresión es una forma de sentir control sobre el propio cuerpo y la mente.

Citando a Manca (2011), *“la piel representa el elemento de separación, de límite entre el mundo interno y el mundo externo.”*

Los adolescentes no buscan morir, sino que se cree que la autoagresión se usa algunas veces como una forma de evitar el suicidio. Mediante la autolesión se busca llegar a situaciones límites para poner de manifiesto que algo está ocurriendo en su interior. En algunas situaciones pueden perder el control, sin necesariamente quererlo, terminando en un suicidio (Peterson, Freedenthal et al, 2008).

Evitar los elementos con los que se generan las autolesiones no sería la forma de

abandono".

5. **Modelo de los límites interpersonales:**

El sujeto que no ha desarrollado un sentido de identidad encuentra gran dificultad en separarse de objetos amados. El lesionarse la piel (límite entre lo interno y externo) tiene como objetivo distinguir entre estos dos mundos. "Para reafirmar mi identidad y autonomía".

6. **Modelo del castigo:**

La persona se autoagrede como una forma de autocontrol y autocastigo para mantener ciertas formas y comportamientos que la sociedad exige. "Para moldear comportamientos".

7. **Modelo de búsqueda de sensaciones:**

El autolesionarse genera ciertas sensaciones de placer o emoción intensa que hace que la persona se sienta en contacto con la vida. "Sensación de rush".

OBJETIVO GENERAL

Conocer qué percepción tienen los profesionales del equipo de salud, especialistas en adolescencia y referentes comunitarios sobre las **Autolesiones No Suicidas en Adolescentes**.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer el concepto que tienen sobre las **ANS**, el grado de visibilización de las mismas y desde qué modelo conceptual las entienden los profesionales del equipo de salud.

Conocer el concepto que tienen sobre los adolescentes, desde qué modelo conceptual entienden las **ANS** y la forma de abordaje de los especialistas en adolescencia.

Conocer el concepto que tienen sobre los adolescentes y las **ANS**, desde qué modelo conceptual las entienden y la forma de abordaje de los referentes comunitarios.

Reflexionar sobre la problemática junto a referentes comunitarios de postas de salud en las que trabaja la RMG HNBS.

Ampliar el conocimiento acerca de la problemática desde la visión de especialistas en adolescencia.



adherimos de **ANS**. En base a esta definición, se respondieron 14 preguntas, 11 de ellas cerradas, dentro de las cuales dos presentaron opciones de respuesta que incluyeron el grado de acuerdo según una escala de Likert, afirmando que las ANS en adolescentes son un problema de salud relevante y si están visibilizadas como problema de salud. Las demás preguntas cerradas fueron acerca de si tuvieron casos de **ANS**, número de casos según edad y sexo, si fueron o no motivo de consulta, el contexto (con múltiple opción de respuesta), la conducta tomada (con múltiple opción de respuesta), el registro en historia clínica, interconsultas relacionadas con **ANS**, conocimiento de intervenciones y profundización en el tema. Las preguntas abiertas fueron acerca del por qué de las respuestas previamente mencionadas con escala de Likert y la causa de las **ANS**.

Por su parte, el grupo que abordó a referentes comunitarios y especialistas en adolescencia utilizó dos herramientas de recolección de datos: grupo focal y entrevistas.

El grupo focal se conformó con referentes de la comunidad y parte del equipo de salud del Área Programática del HNBS. El mismo incluyó por un lado a una promotora de salud quien desempeña sus actividades en una posta de salud urbana, una directora de escuela primaria de zona rural y una docente y referente de un barrio urbano, y por el otro una médica y una licenciada en psicología quienes tuvieron el rol de observadoras-participantes tomando notas y realizando un análisis por escrito de lo conversado a posteriori. Cumplió función de moderadora, una licenciada en trabajo social a modo de facilitar la actividad. Para el mismo se realizó una guía semi-estructurada de preguntas (Anexo 2). El encuentro tuvo dos ejes principales: en el primero se reflexionó acerca del concepto de la adolescencia y las problemáticas visualizadas en ella. En el segundo se compartieron experiencias y miradas sobre las autolesiones con posterior reflexión grupal.

Las entrevistas se realizaron a referentes comunitarios y especialistas en adolescencia. Fueron entrevistados: una promotora barrial de salud sexual y reproductiva, el director de la organización social “Ruca Hueney”, una licenciada en psicología infantojuvenil del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, una médica hebiatra del Hospital Pedro de Elizalde, un médico generalista del equipo interdisciplinario del PAIA (Programa de Atención Integral de Adolescentes) del Hospital Mariano y Luciano de la Vega y una licenciada en psicología infanto-juvenil del HIGA Vicente López y Planes. Para las mismas se realizó una guía semi-estructurada de preguntas (Anexos 3 y 4).

Tanto las entrevistas como el grupo focal se registraron con grabador de voz de



Las categorías analíticas de las tres unidades de análisis fueron edad, lugar de trabajo, profesión (para los profesionales del equipo de salud), lugar de residencia (para los referentes comunitarios) y experiencia de trabajo con adolescentes (para los especialistas).

En el caso de la unidad de análisis Profesionales del equipo de salud, las categorías operacionales que generamos para conocer el concepto y grado de visibilización que estos tienen acerca de las **ANS** fueron: 1) Definición de autolesiones, con sus variables: a-coincide, b-coincide parcialmente o c-no coincide en relación a la definición a la que adherimos, a partir de un análisis fragmentado de las mismas. 2) Modelos de comprensión de las **ANS**, con sus variables: a-Modelo de la regulación de los afectos, b-Modelo de la disociación, c-Modelo de la conducta suicida alternativa, d-Modelo de la influencia interpersonal, e-Modelo de los límites personales, f-Modelo de castigo, g-Modelo de búsqueda de sensaciones, h-A clasificar, i-Inclasificable. Estas últimas variables fueron creadas a partir de la identificación de un conjunto de respuestas que no pudieron ser clasificadas en las opciones que habíamos preestablecido, utilizando el mismo criterio para las otras unidades de análisis. La variable “Inclasificable”, englobó las frases carentes de significado e interpretación mientras que la variable “A clasificar” abarcó las frases que consideramos, tenían gran valor pero dentro de los modelos planteados en el marco teórico nos fue imposible encontrarles una variable y las consideramos como superadoras en lo que respecta a **ANS**. Dichas variables fueron utilizadas en las demás unidades de análisis con el mismo fundamento. 3) Problemática, con sus variables: a-Fragmentada o b-Integrada, si la misma era visualizada como un problema individual del adolescente o además consideraba el contexto del individuo. 4) Fundamento de la visibilización/no visibilización de la problemática.

Además, obtuvimos categorías operacionales cuantitativas con sus respectivas variables: 1) **ANS** en adolescentes como problema de salud: a-Totalmente en desacuerdo, b-En desacuerdo, c-Indiferente, d-De acuerdo, e-Totalmente de acuerdo. 2) Visibilización de **ANS** en adolescentes como problema de salud: a-Totalmente en desacuerdo, b-En desacuerdo, c-Indiferente, d-De acuerdo, e-Totalmente de acuerdo. 3) Casos de **ANS** en adolescentes en su práctica: a-Sí, b-No. 4) Motivo de consulta: a-Sí, b-No. 5) Contexto: a-Consultorio externo, b-Guardia, c-Sala de internación, d-Unidad sanitaria, e-Otros. 6) Conducta: a-Seguimiento, b-Derivación, c-Ninguna, d-Otros. 7) Registro en historia clínica: a-

respecto a la pregunta “¿Le han interconsultado casos de autolesiones no suicidas?”, manifestaron mayoritariamente (69,5 %) no haber recibido interconsultas sobre el tema (Gráfico 2).

¿Encontró en su práctica casos de autolesiones no suicidas?

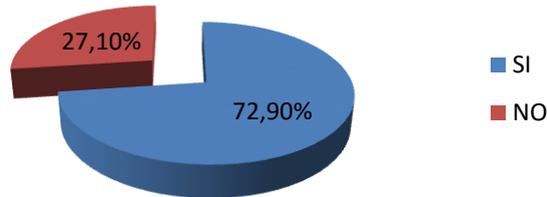


Gráfico 1: Distribución de encuestados según la pregunta “¿Encontró en su práctica casos de autolesiones no suicidas?” – n: 59 - SI: 43; NO: 16 – HNBS. General Rodríguez. 2016

¿Le han interconsultado casos de autolesiones no suicidas?

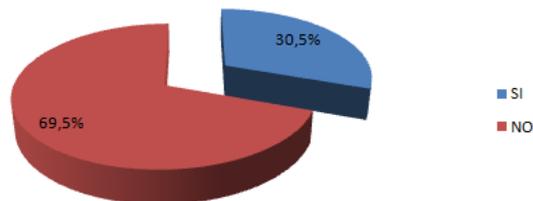


Gráfico 2: Distribución de encuestados según la pregunta “¿Le han interconsultado casos de autolesiones no suicidas?” n: 59 SI: 18; NO: 41 – HNBS. General Rodríguez. 2016

Respecto a la pregunta “¿Conoce algún tipo de intervención?”, dos tercios de los encuestados (66,1%) se manifestaron afirmativamente (Gráfico 3); mientras que respecto a la pregunta “¿Ha profundizado su conocimiento sobre autolesiones no suicidas en alguna oportunidad?”, la mayoría (78,0 %) no lo ha hecho. (Gráfico 4)

¿Conoce algún tipo de intervención?

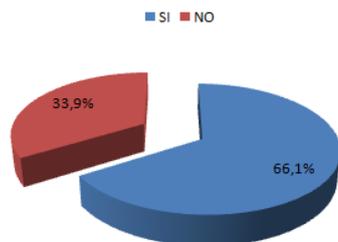


Gráfico 3: Distribución de encuestados según la pregunta “¿Conoce algún tipo de intervención?” n: 59 SI: 39 NO: 20 – HNBS. General Rodríguez.2016

¿Ha profundizado su conocimiento sobre ANS?

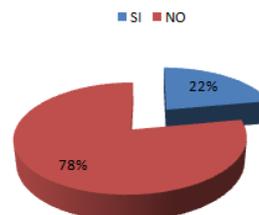


Gráfico 4: Distribución de encuestados según la pregunta “¿Ha profundizado su conocimiento sobre autolesiones no suicidas en alguna oportunidad?” n: 59 SI: 13 NO: 46 – HNBS. General Rodríguez.2016

Las siguientes preguntas estaban dirigidas a los profesionales que contestaron *afirmativamente* a la pregunta referida a si encontró casos en su práctica (n = 43).

Al preguntar acerca de si los casos que tuvieron fueron el motivo de consulta, poco más de la mitad (51,2%) expresó que dicha problemática no lo fue. (Gráfico 5).

¿Fue el motivo de consulta?



Gráfico 5: Distribución de encuestados según la pregunta “¿Fue el motivo de consulta?”: n = 43 SI: 21; NO: 22 – HNBS. General Rodríguez. 2016

Los casos de **ANS** fueron detectados en su mayoría en *consultorios externos* (38,6%) y *guardias* (30,0%) (Tabla 3). Resaltamos el hecho de que cada profesional podía colocar más de una respuesta, por haber conocido casos en distintos ámbitos.

Tabla 3: Distribución y frecuencia de encuestados según respuesta a la pregunta ¿En qué contexto tomó contacto con estos casos? HNBS. General Rodríguez. 2016

n = 70	N	%
CONSULTORIOS EXTERNOS/PRIVADOS	29	41,4
GUARDIA	21	30,0
SALA DE INTERNACIÓN	10	14,3
UNIDAD SANITARIA	6	8,6
OTROS*	3	4,3
NO CONTESTA	1	1,4

*Prácticas Universitarias-Domicilio-Escuela

Referente a la pregunta acerca de la conducta luego de la atención de estas situaciones, la conducta *Seguimiento* (46,6%) y la conducta *Derivación* (44,8%) fueron las más frecuentemente asumidas (Tabla 4).

Tabla 4: Distribución y frecuencia de encuestados según respuesta a la pregunta “Luego de la atención inicial de estas situaciones ¿Cuál fue su conducta al respecto?” HNBS. General Rodríguez. 2016

n = 58	N	%
SEGUIMIENTO	27	46,6



DERIVACIÓN	26	44,8
NINGUNO	1	1,7
OTROS*	3	5,2
NO CONTESTA	1	1,7

*Articulación con psicólogos/psiquiatras/especialistas adolescencia

El registro en la Historia Clínica fue realizado por una amplia mayoría de los encuestados (86,0%). (Gráfico 6)

¿Registró el caso en la Historia Clínica?

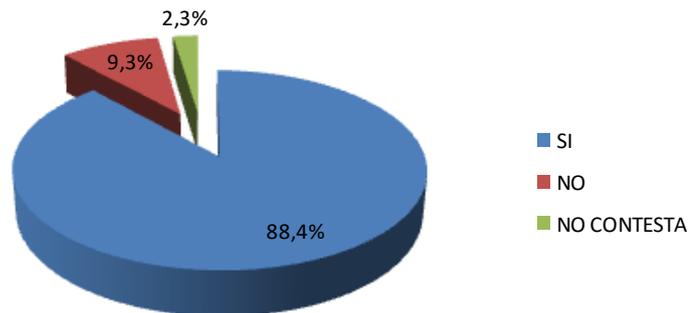


Gráfico 6: Distribución de encuestados según la pregunta “¿Registró el caso en la Historia Clínica?” n: 43 SI: 38; NO: 4; NO CONTESTA: 1 – HNBS. General Rodríguez. 2016

Tuvimos la intención de investigar acerca de la prevalencia de casos respecto a edad y sexo. Nos encontramos con la limitación de que la mayoría de los profesionales (65,1%) no pudo cuantificar en forma precisa los casos abordados (“No recuerdo”).

Resultados cualitativos

Para el análisis del discurso, hicimos una lectura global de las respuestas, buscando conocer la percepción de los profesionales del equipo de salud sobre **ANS**. Es decir que no analizamos cada una de las respuestas por separado, sino que todas las respuestas de cada profesional conformaron una unidad (aun cuando fueran internamente incoherentes) para el análisis. De esta forma, utilizando las categorías descritas en el apartado metodológico, estudiamos el discurso de cada uno de los encuestados buscando las “unidades de significación” (Anexo 6). Y obtuvimos los siguientes resultados:

Respecto a la definición de autolesiones, la totalidad de los encuestados *coinciden parcialmente* con la definición a la que adherimos. Observamos que más de las tres cuartas partes de los encuestados no introdujo el término “suicida/no suicida” dentro de su definición, no pudiendo determinar si lo consideraban o no. En similar proporción, tampoco tuvieron en cuenta en la definición la inclusión/exclusión de “trastornos psiquiátricos”. Al



analizar si las autolesiones eran “intencionales”, casi la totalidad coincidió. La franca mayoría no introdujo en la definición si estas actitudes eran “socialmente aceptadas”. Además, observamos que gran parte de las respuestas que no coincidieron con la definición a la que adherimos, mencionaron además otras entidades como bulimia, anorexia y falta de cuidado.

En cuanto a los modelos de comprensión de **ANS**, debemos resaltar que la mayoría de las respuestas aplicaron a más de uno simultáneamente. Prevalcieron en forma casi equivalente las respuestas que no se adaptaron a los modelos preestablecidos en el marco teórico (*A clasificar*) y el *Modelo de regulación de los afectos*. Ejemplos de las primeras fueron: “*Trastorno en la esfera psicosocial (hogar, colegio, grupo de pertenencia)*”, “*...formar parte de grupos*”, “*...imitación de conductas*”. Y, ejemplos del *Modelo de regulación de los afectos*, fueron: “*...es una forma de expresar, a través de autoagresiones en el cuerpo, aquello que no puede expresar en palabra*”, “*incapacidad de enfrentar/manejar situaciones. Sentimientos o sensación de frustración*”. Por último, aproximadamente un tercio de los encuestados hicieron referencia al *Modelo de influencia interpersonal*. Frases representativas de éste fueron: “*son llamados de atención de esos adolescentes*”, “*...con intención de generar alguna respuesta u objetivo, llamado de atención o propósito sobre el entorno...*”.

Es importante destacar, que todos los modelos fueron nombrados por lo menos en tres ocasiones, exceptuando el *Modelo de la conducta suicida alternativa* que no fue nombrado.

Tabla 5: Unidades de significación del discurso de 59 trabajadores de la salud con respecto a los modelos de interpretación sobre causas de autolesiones. HNBS. General Rodríguez, Buenos Aires. 2016

MODELOS	N	%
Regulación de los afectos	30	28
Disociación	3	2,8
Conducta suicida alternativa	0	0
Influencia interpersonal	16	15,4
Límites interpersonales	3	2,8
Castigo	6	5,7
Búsqueda de sensaciones	6	5,7
SUBTOTAL	64	61,5
A clasificar	29	27,9
Inclasificable	11	10,6
TOTAL*	104	100



**El total y el subtotal, son distintos del número de encuestados (59) porque algunos de los discursos tuvieron más de una unidad de significación respecto al modelo de interpretación sobre causas de ANS.*

Para evidenciar si las **ANS** eran una problemática propia del adolescente (*fragmentada*) o compartida dentro de un contexto social (*integrada*), observamos que no se reflejaron diferencias significativas entre ambos grupos. Frases alusivas a *problemática fragmentada* fueron: *"...temas no resueltos inconscientes", "generalmente se considera que los adolescentes toman estas conductas como forma de rebeldía y se desestima la existencia de una situación real que desestabiliza al paciente"*. Ejemplos de frases que hicieron referencia a visión *integrada* fueron: *"...falta de contención del sistema de salud", "problemas emocionales (tramitación de emociones), problemas contextuales y ambientales y en la mayoría de las veces la causa se encuentra en problemas familiares y falta de apoyo social."*

Respecto al fundamento de la visibilización/no visibilización de la problemática, observamos que quienes no lo visibilizaron, interpretaron como causa preponderante el no considerarlas como un problema de salud y en segundo lugar la falta de herramientas de pesquisa. Hicieron referencia a esto frases tales como: *"porque creo que aún no se le da la importancia adecuada y se habla poco en el ámbito pediátrico", "no se toman en cuenta como patología"*.

En contrapartida, entre quienes lo visibilizaron como un problema de salud, no hubo prevalencia significativa de una causa sobre otra, siendo éstas: ser un motivo de consulta, generar mayor riesgo de situaciones posteriores, ser un problema psicológico/psiquiátrico. Ejemplos de frases alusivas fueron: *"...al poner en riesgo la salud implica que médicos y personal de salud debemos estar prevenidos y poder actuar en consecuencia", "porque si la consulta es por dicho motivo o si de la consulta se desprende dicho problema, requiere de la intervención ya que se manifiesta como un problema que provoca una lesión y con ella un fenómeno psicológico"*.

ENTREVISTAS Y GRUPO FOCAL A REFERENTES COMUNITARIOS

Los resultados mencionados en este apartado corresponden a los datos obtenidos a partir de los referentes comunitarios que trabajan con adolescentes, a quienes conocimos en las postas de salud donde la RMG HNBS se desempeña.

Queremos destacar que el análisis del grupo focal, se realizó mediante dos métodos diferentes (análisis temático y observación participante); los que fueron mencionados en el



apartado metodológico correspondiente.(Anexos 7 y 8 respectivamente)

Respecto al análisis temático y sus unidades de significación, una de las primeras categorías analizadas fue el reconocimiento de distintas problemáticas en adolescentes, además de las ya mencionadas **ANS** por parte de los referentes comunitarios, en la cual se reflejó repetidamente, la variable *Salud sexual integral*. Como frases representativas se mencionaron: *“el conflicto de pareja, la elección de pareja”, “la ignorancia de lo que son las relaciones sexuales”*. Surgieron además otras variables tales como *Discriminación*, representadas con las siguientes frases: *“desde la estigmatización está muy marcado”, “tema de inclusión, cuesta mucho la inclusión, no solo por los chicos sino por los mismos profesores. Porque son del campo ¿tienen que ser tarados?”*. Y *Problemas emocionales*, con frases como: *“la falta de seguridad en sí mismo”* y *“hay un punto que es nodal, que determina el resto, la autoestima. El no abrazo, la no estimulación, el no cariño, tiene que ver con esta situación de pibes que no tienen autoestima”*. En menor medida se mencionó el *Consumo problemático de sustancias*.

En segunda instancia nos propusimos analizar la visión del referente sobre el adolescente. Se evidenciaron dos concepciones de esta etapa. Algunas frases hicieron mención a un aspecto individual del adolescente relacionado con su etapa evolutiva, otorgando como características la rebeldía, el sufrimiento, el dolor y la falta de conciencia del peligro; dando prevalencia a una actitud desafiante en cuanto a los límites y peligro, experimentando mayor libertad y al mismo tiempo buscando grupos de pertenencia en la construcción de identidad. Los referentes comunitarios, expresaron que la adolescencia es una etapa donde se “adolece”, en la cual el adolescente transita con dolor y sufrimiento pero también con muchos desafíos, sin miedos ni conciencia del peligro. Intentando ser libres, enfrentar los límites, encontrargrupos a los cuales poder pertenecer. Y al mismo tiempo buscar referentes, poniendo como pilar fundamental al adulto.

Por otra parte, nos encontramos con frases que hicieron referencia al aspecto sociocultural del adolescente, calificándolo como un sujeto de derecho, generador de cambios, potenciando el empoderamiento del mismo e involucrando al adulto en su crecimiento.

Un dato importante a destacar es que los cambios orgánicos fueron mínimamente tenidos en cuenta por las diferentes personas entrevistadas, a diferencia del aspecto sociocultural, el cual fue mencionado por la mayoría, sosteniendo que la adolescencia es una



etapa en donde se construye la identidad y que su forma de transcurrir depende del ámbito social en el que se está inmerso junto a los vínculos establecidos.

En cuanto a algunas frases respecto a los adolescentes, se mencionaron: *"como uno los trate o como uno los tenga en cuenta es como ellos reaccionan"*, *"continuamente desafían a todo"*, *"ellos sienten que no encajan"*.

Respecto a la definición de autolesiones, observamos que la mayoría de los entrevistados coincidió parcialmente con la definición a la cual adherimos, englobando dentro de la misma: bulimia, anorexia, embarazo adolescente y suicidio. Sus frases fueron: *"bulimia y anorexia, psicológicamente es una autolesión, para mi es lo más preocupante"*, *"quedar embarazada a los 14 años es una autolesión"*, *"son cuando son graves graves, no sé, me colgué, me quise suicidar"*.

En cuanto a los modelos de comprensión de ANS, registramos que la mayoría de las frases no correspondieron a su definición, siendo muchas de ellas carentes de significado a la hora de su interpretación. Por lo tanto, no tuvieron correlación con los modelos de comprensión de las mismas; quedando así englobadas en la variable *Inclasificable*. Algunas frases representativas fueron: *"físicas, el corte superficial, es algo nuevo"*; *"está el nene que se pellizca y el que se golpea"*; *"físicas o psicológicas"*; *"lo emocional"*; *"dolor"*.

Otra gran parte de las frases fueron categorizadas como *A clasificar*, ya que consideramos que tenían gran valor, pero dentro de los modelos planteados en el marco teórico nos fue imposible encontrarles una variable y las consideramos como superadoras en lo que respecta a **ANS**. Algunas frases representativas fueron: *"no es un problema exclusivo del adolescente, el problema es del adulto, no lo pudieron contener en la casa, ni en la escuela"*, *"es como que está de moda"*, *"lo que sí es cierto es que es muy contagioso"*.

El *Modelo de regulación de los afectos* también fue considerado de manera preponderante. Ejemplos de frases fueron: *"no saben cómo resolver; y como respuesta a una exclusión, es la forma que tendría el adolescente de expresarse"*, *"angustia-corte-alivio, angustia-corte-alivio, corte, corte, corte"*.

En menor medida, surgieron los *Modelos de influencia interpersonal* y de *búsqueda de sensaciones*. No se encontraron respuestas en relación al *Modelo de conducta suicida alternativa* y al *Modelo disociativo*. (Gráfico 7)



Modelos de comprensión de las ANS

- Regulación de los afectos
- Castigo
- A clasificar
- Influencia interpersonal
- Búsqueda de sensaciones
- Inclasificable

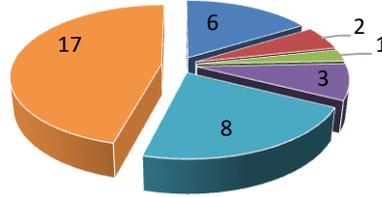


Grafico 7: Distribución y frecuencia de las unidades de significación de Referentes comunitarios respecto a los modelos de interpretación sobre causas de ANS. n: 37 HNBS. General Rodríguez. 2016

Por el desconocimiento en la problemática, los referentes afirmaron que es dificultosa tanto su visibilización como su subordaje. Manifestaron que los padres no detectan como un problema la situación. Como frases representativas podemos mencionar: *"nos damos cuenta los maestros porque los padres lo toman como algo cíclico o normal"*, *"a veces el papá no se percata, los papás no podemos ser objetivos con nuestros hijos"*.

Lo que más se destacó es que a los adolescentes hay que tratarlos como adultos, con honestidad, seriedad y respeto; mostrarles que existe otro camino, no sólo desde lo discursivo, sino en el plano concreto de la realidad. Consideraron fundamental el abordaje familiar como eje principal, así como también el camino del trabajo como parte del "compartir tareas" y asumir responsabilidades. Frases sobresalientes al respecto fueron: *"...no el trabajo asalariado, el empleo, sino el trabajo que implica compartir la casa, la limpieza, la cocina, el educarse"*, *"el no tener conocimiento si es una dificultad"*.

Por último, encontramos un gran número de respuestas en torno a las ANS que mencionaban la importancia de la intervención del adulto en la construcción de la adolescencia. Frente a esto, creamos la categoría empírica *Rol del adulto respecto a su relación con el adolescente*. Además, los referentes mencionaron su responsabilidad en la forma disgregada de vincularse con los adolescentes que se evidencia actualmente, como causa de ANS.

Dentro de las frases que hacen mención a lo expuesto anteriormente se encuentran: *"es el reflejo de aquello que siembra la sociedad en que vivimos"*; *"muchos adultos no se dan cuenta del lugar de referentes, las cosas que le dice un grande, el*



adolescente las toma muy en serio"; "hay que ser muy transparente, el adolescente tiene el poder de hacer una radiografía del adulto".

ENTREVISTAS A ESPECIALISTAS

Comentaremos a continuación los resultados obtenidos en las entrevistas a Especialistas en adolescencia, a partir del análisis temático de las mismas. (Anexo 9)

Los entrevistados plantearon que las problemáticas comienzan en la niñez, siendo este el momento de construcción del psiquismo. En caso existan fallas durante la misma, esto repercutiría en la adolescencia, la autoestima, la capacidad de afrontamiento de los cambios y la resolución de los conflictos. *"Al crecer empiezan a entender que existe la muerte, que existen las pérdidas y que todo no queda siempre igual."* *"Nosotros vemos muchos casos de abuso sexual y cuando empieza la pubertad aparece el trastorno alimentario y muchas veces también los cortes acompañan, con posibilidad sean más profundos, peligrosos, que aparezca la idea de muerte e incluso el suicidio."*

Las problemáticas visualizadas por los entrevistados se podrían dividir en un enfoque sociocultural y un enfoque individual. Respecto al enfoque sociocultural se mencionaron: el conflicto social y familiar, lo vincular, y la violencia naturalizada. Mientras que, haciendo referencia al enfoque individual, hicieron alusión a consultas por síntomas, somatizaciones, falta de cuidado en la sexualidad, siendo esta no por desinformación sino por omnipotencia y por no pensar a largo plazo.

Los entrevistados concordaron que los problemas y motivos de consulta planteados por los padres e instituciones como escuelas o programas sociales no coinciden con los reconocidos por los adolescentes. El adolescente sabe que hay un sufrimiento, lo niega y espera que los adultos lo registren. Esto se evidenció en la siguiente frase: **"el adolescente necesita ser encontrado y decirle al adulto yo estoy jugando a las escondidas y esperando que vos me busques y encuentres."**

A la vez mencionaron a los siguientes como problemas que visualizan los adolescentes: apto físico, situaciones de abandono, conflictos emocionales, cuestiones conversivas, embarazos no deseados o problemas con el método anticonceptivo, cuestiones puntuales de enfermedades (infecciones, asma, piel, dientes).

Respecto a la visión del especialista sobre los adolescentes, opinaron que es una etapa que se la suele relacionar con la edad cronológica, pero que muchas de las



características de ésta se mantienen más allá de la edad. Se los considera como los difíciles de la sociedad, un problema, los que queman, los complicados, los que no encajan, evidenciándose incluso dentro de la estructura hospitalaria y la división entre clínica médica y pediatría respecto de la atención a este grupo.

Los especialistas consideraron a la adolescencia como una etapa de crisis, crecimiento, construcción de identidad, diferenciación niño-adulto, búsqueda de un espacio y grupo de pertenencia, sensación de soledad e inmortalidad, rebeldía y cambios corporales. Algunas frases referidas a esto fueron: “¿Quién soy yo a diferencia de mis padres? ¿Quién soy yo en cuanto a lo vocacional? ¿Quién soy yo en cuanto a lo amoroso?”, “ir medio a los golpes, como pueden, imponiéndose”, “son muy influenciables”.

Refiriéndose a las ANS, destacaron como factor importante el tener en cuenta el sesgo por especialidad/escenario laboral de los entrevistados y las dificultades en el acceso a las consultas tanto intrínsecas como extrínsecas. Sin embargo, resaltaron que las ANS no son motivo de consulta inicial. Prevalcen en mujeres por tener conductas autoagresivas, a diferencia de los varones con conductas hetero-agresivas. Algunos de los entrevistados agregaron como autolesión la exposición a un riesgo sabiendo que existe, como tener relaciones sin protección o emborracharse, los trastornos alimentarios como la anorexia, bulimia y los vómitos provocados.

Entre las respuestas de los entrevistados percibimos que respecto a los modelos de comprensión de ANS, se encontraron como predominantes los *Modelos deregulación de los afectos* y *el de influencia interpersonal*, seguido del *Modelo de disociación* y *el de la conducta suicida alternativa*. Además, se encontraron en menor medida, frases sin relación con los modelos propuestos por el marco teórico, quedando como *A clasificar*. (Gráfico 8)

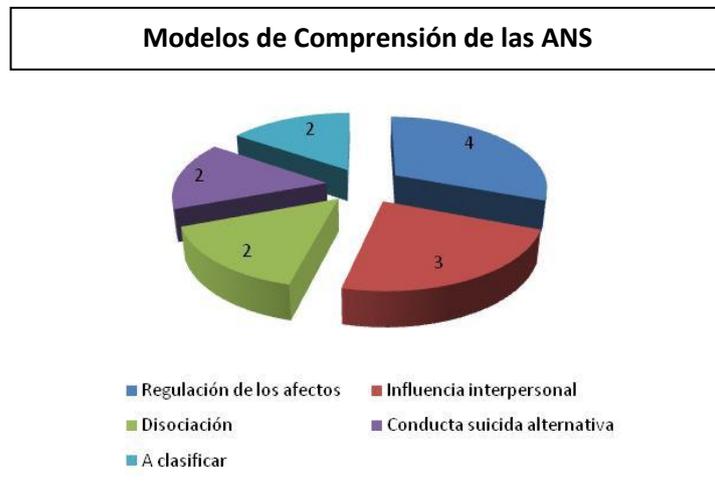


Gráfico 8: Distribución y frecuencia de las unidades de significación de Especialistas respecto a los modelos de interpretación sobre causas de ANS. n: 13 HNBS. General Rodríguez. 2016



Citando algunas frases representativas encontramos:

En el *Modelo de regulación de los afectos*: *“es un modo de expresión de un malestar que muchas veces no se sabe cuál es, pero que hace que el adolescente no pueda soportar las transformaciones que está viviendo”, “frente al querer pegarle al padre quien le pega a la madre, pero no poder, se cortan.”*

En el *Modelo de influencia interpersonal*: *“juego de las escondidas”, “convoca al ambiente a que reaccione”, “intento de llamado de atención a padres o pares”.*

En el *Modelo de disociación*: *“manera de saber que existe”, “necesidad de sentirse vivos”.*

En el *Modelo de conducta suicida alternativa*: *“como para desaparecer”.* Frente al comentario y pregunta "hemos leído que el descargar la angustia es una manera de prevenir un suicidio, ¿esto es así?", un entrevistado respondió que sí.

Dentro de la variable *A clasificar* incluimos: *“Cuando están expuestos mucho tiempo a una situación de hostilidad y de malestar, se enganchan con el estado depresivo y de angustia”, “los que se cortan con un corte superficial y que cuando enseguida interviene el adulto y le dice que ‘ésto no lo podés hacer’, enseguida bajan y se cuidan y no lo hacen más.”*

Respecto del abordaje, todos los especialistas concordaron en que se debe realizar a partir de una consulta integral e interdisciplinaria, sin dejar de lado el enfoque intersectorial. Tomarse el tiempo necesario para realizar la consulta, otorgar privacidad, donde circule la palabra, evaluando el lenguaje verbal y no verbal que la persona puede expresar. Realizar un examen físico completo, en la primera consulta salvo excepciones, evaluando la actitud frente al mismo. Resaltaron que los adolescentes a veces *“usan muñequeras”, “se tapan”.*

Los especialistas consideraron que al adolescente hay que ir a buscarlo. Buscarlo en sus espacios de encuentro. Generar consultorías del adolescente. Es necesario generar estrategias de encuentro para fortalecer el vínculo y la confianza. Ofrecer *“espacios diferenciales”, “abiertos”, “con opciones de horarios del turno”, “dedicarles tiempo”, “a solas”.* Un espacio en el cual *“en lugar de marcar sobre la piel, circule la palabra y se pueda expresar lo que no se pudo decir previamente.”* E incluso ser intermediario o compañía en la charla de ciertos temas con la familia.

En el abordaje del adolescente, al detectar las **ANS**, sugirieron trabajar en visualizar las consecuencias de los actos, con un enfoque de reducción de daños, acompañando, *“sin bajar línea”.* Construir condiciones ambientales favorables, incluyendo el concepto de



autocuidado, empoderando al adolescente. *“Porque hay que construir condiciones ambientales que no están inicialmente, para que el adolescente se sienta cuidado y aprenda a autocuidarse, porque no se puede autocuidar porque no fue cuidado.”*

Dentro de las características del abordaje correcto de la problemática sugirieron *“trabajar en las escuelas con talleres de promoción de la salud”, “incluir a los adolescentes desde otro lugar como el deporte, la música”*; con el objetivo de construir condiciones ambientales que no están. Trabajar además desde la parte psicológica con la familia por ejemplo con grupo de padres.

Destacaron como dificultades: los prejuicios, la falta de tiempo, la falta de trabajo en equipo, la falta de articulación de los equipos, la falta de tiempo y ganas de los padres por no visibilizarlo como un problema de ellos. Además mencionan que *“no hay capacitación”* y que la *“formación es cuadrada”, que “se trabaja sin cambiar nada de lo establecido, la autoridad, la hegemonía, la cultura del miedo, del trabajo a la defensiva, la verticalidad”*. Consideraron que hay desconocimiento del marco legal (Ley 26.061 *“Ley nacional de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”*).

Los entrevistados coincidieron en la importancia de la detección de las ANS. Puede no surgir la problemática en una primera consulta, por lo que es necesario trabajar el vínculo y la confianza con el tiempo, *“citarlo más seguido”, “no apabullarlo en la primera consulta a menos de riesgo de muerte inminente”, “no desestimar el motivo de consulta inicial, aunque no sea la autolesión”, “no etiquetarlos como los que se autolesionan.”*

Además comentaron: *“los padres muchas veces no se dan cuenta, a veces se da cuenta alguien de la escuela, o unas compañeras, o la mamá de una amiga (...) o llegan por otra cosa a la consulta y lo detecta el pediatra de adolescentes”*. Es por esto, que en algunas situaciones, se decide la internación del adolescente con el objeto de profundizar en la situación, de que los padres tomen conciencia de la gravedad a la que puede llegar el accionar de sus hijos, teniendo en cuenta que la internación es una situación hostil para el adolescente, se busca que sea una oportunidad de trabajo con la familia.

Resaltaron la importancia de tener en cuenta que *“en las escuelas, a veces hace más ruido el chico que se puede alborotar, porque alborota una clase, que el silencioso. Y quizás el silencioso tenga necesidad de decir algo distinto, que el que está gritando, o rebelándose, propio por ahí de la edad.”*



Por último, queremos destacar una frase: *“los verdaderos agentes de salud mental de nuestra sociedad, no son los psicólogos. A los psicólogos nos llegan los casos que ya tienen algún daño, ya tienen síntomas. Los verdaderos agentes de salud mental son los pediatras, los docentes y los profesores de los talleres, clubes, actividades que hacen los niños y adolescentes. Estos están en contacto con ellos y tienen que tener elementos para detectar.”*

DISCUSIÓN:

LIMITACIONES:

Respecto al marco teórico propuesto sobre **ANS**, nos encontramos con escasa bibliografía referente a la problemática desde un enfoque multidimensional. Consideramos que éste sería el más apropiado a la hora de analizar las respuestas obtenidas tanto en las encuestas como en el grupo focal y entrevistas realizadas.

Se quiso indagar acerca de la prevalencia de los casos según edad y sexo en las encuestas. Nos encontramos que aquellos encuestados que tuvieron casos de **ANS**, presentaron sesgo de memoria al no recordarlos con precisión.

En cuanto a las entrevistas realizadas a los especialistas en adolescencia, manifestaron el sesgo de especialidad y la imposibilidad de objetivar acerca de la relevancia de la problemática, ya que los casos que ellos reciben, en su mayoría, son producto de interconsultas o derivación. Sin embargo, consideramos imprescindible la visión de los mismos acerca de esta problemática.

ANS COMO PROBLEMA DE SALUD RELEVANTE

Los encuestados afirmaron que las **ANS** son un problema de salud relevante. Hay discrepancia respecto a la visibilización de la problemática. Consideramos que pudieron haber existido dificultades en el concepto de la palabra “visibilización”.

Gran parte de los encuestados manifestó haber tenido casos de **ANS** y los han registrado en la historia clínica. Sin embargo nos resultó llamativo el hecho de que la mayoría afirmó que no ha incursionado en el tema. A partir de esto, nos surge el interrogante de las causas de dicha falta.

DETECCIÓN Y ABORDAJE DE ANS

En cuanto a la detección de casos, las **ANS** no suelen ser un motivo de consulta en sí mismo. Sin embargo, pueden ser detectadas indirectamente, a través de un motivo de consulta oculto; siendo éstas un síntoma de otra problemática más compleja.

Según las encuestas prevaleció que, cuando las **ANS** son motivo de consulta, el primer contacto se realiza principalmente en el ámbito hospitalario. Consideramos que surgirían desde los adultos y no desde los adolescentes.

Creemos que al momento de abordar la problemática adolescente, es de vital importancia que el profesional tenga una visión integral dentro de su práctica diaria, generando espacios amigables a la hora de la consulta.

Coincidimos con los especialistas en adolescencia en considerar que los verdaderos agentes de detección de las problemáticas son aquellas personas que están en contacto constante con los adolescentes, como los docentes.

Resaltamos la importancia de incluir en el abordaje a la escuela y la familia, sin dejar de lado a los adolescentes. Es fundamental trabajar con padres y docentes en espacios de información, prevención y promoción de la salud, siendo relevante el papel del primer nivel de atención en esta tarea. Es necesario generar redes formales que contribuyan al abordaje interdisciplinario e intersectorial de la problemática.

A partir de lo anteriormente expuesto, concluimos en primer lugar, que las **ANS** no son una enfermedad en sí misma, sino la “punta del iceberg”, un “síntoma” de una problemática de mayor complejidad que debe ser abordada de manera integral, interdisciplinaria e intersectorialmente.

En segundo lugar y entendiendo a esta problemática tan compleja, consideramos fundamental participar en instancias de capacitación tanto para profesionales del equipo de salud como para aquellos actores sociales que aborden a los adolescentes de manera cotidiana.

Por lo tanto, sin una adecuada formación no hay detección posible. Sin detección, no hay un abordaje integral. Sin un abordaje, no habría una respuesta acorde a la magnitud del problema.

Para finalizar, queremos destacar la coincidencia entre profesionales del equipo de salud, referentes comunitarios y especialistas en adolescencia, en la visión del adolescente como ser pensante, sujeto de derecho, con autonomía progresiva y generador de cambios.



De la misma manera, creemos que es necesario considerar al contexto en el cual está inmerso, remarcando el lugar que ocupan los adultos en la vida del adolescente.

PROPUESTAS:

Generar espacios de capacitación para los profesionales de la salud, referentes y todo actor social que esté en contacto con el adolescente, para profundizar y trabajar las inquietudes que despierta la problemática.

Potenciar el rol del profesional de la salud desde una visión integral y fomentar el desarrollo de nuevas formas de intervención desde la promoción y prevención de la salud.

Generar dispositivos para la implementación de espacios amigables y contribuir a la consolidación de los ya constituidos.

Trabajar en terreno en conjunto con los adolescentes, fomentando el autocuidado.

Contribuir en la generación de redes con actores sociales e instituciones en contacto con los adolescentes para optimizar el abordaje de sus problemáticas.

Generar un instrumento que facilite el registro y abordaje de las **ANS**.

Compartir este trabajo en otros espacios, con el objetivo de debatir sobre las problemáticas de los adolescentes.

BIBLIOGRAFIA:

1. Adaszko, A (2005). "Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo". En Gogna M. (CEDES-UNICEF) Embarazo y maternidad en la adolescencia (p. 33-65) Buenos Aires.
2. Amegeiras S, Baliña T, Bruni M, Noguera M, et al. (2013) "Saludan a los que Fuman: deconstruyendomodelos" Evaluación de un proyecto de promoción de la salud relacionado al consumo problemático de sustancias. Trabajo presentado en el XXVIII Congreso Argentino de Medicina General y Equipo de Salud. San Luis. 2013.
3. American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
4. Ayala R, Bruni M, Cassano P, et al. (2014) "Saludo en comunidad": Sistematización de una experiencia de abordaje comunitario dentro de un proyecto de promoción de la salud relacionado al consumo problemático de sustancias. Trabajo presentado en el XXIX Congreso Argentino de Medicina General Y Equipo de Salud. La Pampa. Noviembre 2014.
5. Bruni M, Záppoli L, Noguera M, et al. (2012) "Fuman y Saludan": un estudio del discurso de las y los docentes entorno al consumo problemático de sustancias. Trabajo presentado en el XXVII Congreso Argentino de Medicina General y Equipo de Salud. Tucumán 2012.
6. Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration* (1973). Cambridge: Harvard University Press
7. Flores R, Contreras, Hernandez, et al (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental* 2013, vol 36, Nro 5.
8. Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, Baptista Lucio - *Metodología de la Investigación – 5ta Edición*, 2010, México
9. Kitzinger, J. (1995). Education and debate *Qualitative Research: Introducing focus groups*. *Sociology of Health*, 311,299-302.
10. Klonsky ED, & Strony Brook University, D.d. (2010). Funciones de las lesiones autoinfligidas en adultos jóvenes que se cortan: clasificación de las evidencias para la regulación del afecto. *Psiquiatria biológica-vol 17-nro 2- abril-junio 2010*, 63-70.
11. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1501-8.
12. Le Breton, D. (2004) "The Anthropology of Adolescent Risk-taking Behaviors", en *Body & Society*, vol. 10, No 1, (págs. 1-15).
13. Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la Adolescencia ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Psicoanálisis - Vol. XXXIII - Nº 1*, 77-88.

14. Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.
15. OMS. Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/. [Fecha de acceso 15 de septiembre de 2016].
16. ONU (2000). "Declaración del milenio de las Naciones Unidas". Cumbre del milenio. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/54/PDF/N0055954.pdf?OpenElement>. [Fecha de acceso 15 de septiembre de 2016].
17. Peterson, J., Freedenthal, S., Sheldon, C., & Andersen, R. (2008). Nonsuicidal Self injury in Adolescents. *Psychiatry (Edgemont)* 2008;5(11) , 20-26.
18. Powell, R. y Single, H. (1996). Focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 499-509.
19. Royal College of Psychiatrists (2004). Autolesiones voluntarias en gente joven. Obtenido de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/26-autolesiones%20voluntarias%20en%20gente%20joven.pdf>
20. Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP. (2008). Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP: Autolesiones. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>.
21. Souza Minayo MC (2009): La artesanía de la investigación cualitativa. 1º ed. Buenos Aires. Lugar editorial.
22. Stolkiner A. et al. EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen XIV / Año 2006
23. Szulc, A (2011) "Esas no son cosas de chicos: Disputas en torno a la niñez mapuche en el Neuquén, Argentina". En Jociles M. I., Franzé A. , Poveda D. (Catarata) Etnografías de la infancia y de la adolescencia (p.79-109) Buenos Aires.
24. UNICEF-OMS (1978). "Declaración de Alma Ata"; Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata; URSS.
25. Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev Chil Neuro-Psiquiatrica* - 51 (1), 38-45.
26. Whitlock, J. (2010). What is self-injury? [Fact sheet] Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults. Obtenido de www.selfinjury.bctr.cornell.edu/factsheet_aboutsi.asp.
27. Williams, R (1997) *Marxismo y literatura*, Barcelona: ediciones Península.

28.Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9-31.

ANEXO 1

Encuesta a Profesionales de Salud



Hospital Nacional
Dr. Baldomero Sommer

ENCUESTA SOBRE AUTOLESIONES EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JOVENES, Y LA POSIBILIDAD DE INTERVENCIÓN DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD.

La presente encuesta se enmarca en un trabajo de investigación, con el objeto de aproximarnos a la comprensión y visibilización de las Autolesiones No Suicidas en Niños, Adolescentes y Jóvenes, y la posibilidad de intervención desde los equipos de salud.

Definimos como Autolesión No Suicida:
Comportamientos mediante los cuales un individuo provoca daño a su cuerpo intencionalmente con propósitos no socialmente aceptados, (por lo que estaría excluido beber y comer en exceso, tatuajes, piercings, etc), y sin intención suicida.
Ejemplo de ello sería cortarse (cutting), escarbar o pinchar la piel, rasgado de lesiones, escarificación, quemarse (burning), arrancar o tironear piel o pelo, provocarse moretones, insertar objetos por debajo de la piel y debajo de las uñas.
La conducta no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación ni se debe a ningún otro trastorno mental o médico (por ejemplo, trastornos psicóticos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, Síndrome de Lesch-Nyhan).

AGRADECEREMOS CONTESTAR LA SIGUIENTE ENCUESTA

A) LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ADOLESCENTES SON UN PROBLEMA DE SALUD RELEVANTE

Totamente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo

✓ ¿Por qué? _____

B) LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ADOLESCENTES ESTAN VISIBILIZADAS COMO UN PROBLEMA DE SALUD.

Totamente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo

✓ ¿Por qué? _____



Hospital Nacional
Dr. Baldomero Sommer

ENCUESTA SOBRE AUTOLESIONES EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JOVENES (PERSONAL DE SALUD)

CONSENTIMIENTO INFORMADO:
La presente encuesta es anónima. Su participación es totalmente voluntaria, pudiendo aceptar o rechazar el presente documento. El uso de los datos para fines científicos no le significará ningún tipo de retribución económica. Los datos obtenidos serán analizados estadísticamente y pueden ser presentados en reuniones y publicaciones científicas respetando el anonimato de los participantes.
Si tiene alguna consulta, puede acercarse al Área Programática del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer o comunicarse con: residencia.sommer@gmail.com.

Acepta: SI NO

EDAD:

PROFESIÓN:

LUGARES DE TRABAJO:

◆ ¿QUÉ ENTIENDE POR AUTOLESIONES?

I) ¿LE HAN INTERCONSULTADO CASOS DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS?

SI NO

J) ¿CUAL CONSIDERA UD. QUE ES LA CAUSA DE ESTOS COMPORTAMIENTOS?

K) ¿CONOCE ALGUN TIPO DE INTERVENCION?

SI NO

L) ¿HA PROFUNDIZADO UD. SU CONOCIMIENTO SOBRE AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ALGUNA OPORTUNIDAD?

SI NO

Agradecemos su colaboración con la presente encuesta

Residencia de Medicina General
Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer
Julio-Agosto 2016

C) ¿ENCUENTRO EN SU PRACTICA CASOS DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS?

SI NO

SI LA RESPUESTA AL PUNTO ANTERIOR FUE POSITIVA, CONTESTE PUNTOS D) - E) - F) G) H)

DE LO CONTRARIO, PASAR A PUNTO I)

D) DE ACUERDO A SU EXPERIENCIA, POR FAVOR INDIQUE NUMERO DE CASOS SEGUN EDAD Y SEXO

No Recuerdo

≤ 11 años: Número de Casos: F₁..... M₁.....

12-18 años: Número de Casos: F₂..... M₂.....

≥ 19 años: Número de Casos: F₃..... M₃.....

E) ¿FUE EL " MOTIVO DE CONSULTA"?

SI Cantidad de Casos: NO Cantidad de Casos:

F) ¿EN QUE CONTEXTO? (Puede marcar más de una opción)

- 1. CONSULTORIO EXTERNO
- 2. GUARDIA
- 3. SALA DE INTERNACION
- 4. UNIDAD SANITARIA
- 5. OTROS

¿Cuáles?

G) LUEGO DE LA ATENCION INICIAL DE ESTAS SITUACIONES ¿CUAL FUE SU CONDUCTA AL RESPECTO?

- 1. SEGUIMIENTO
- 2. DERIVACION
- 3. NINGUNA
- 4. OTROS

¿Cuáles?

H) ¿REGISTRÓ EL CASO EN LA HISTORIA CLINICA?

SI NO

ANEXO 2

Guía a grupos focales

Fecha:

Datos personales del participante:

Nombre y apellido (opcional):

Edad:

Lugar de residencia:

Lugar donde desempeña su trabajo:

Actividades que realiza:

Eje 1: Adolescencia

- 1- ¿Cómo definiría a los adolescentes? Qué concepto tiene acerca de los adolescentes?
- 2- ¿Qué trabajo realiza con los adolescentes?
- 3- ¿Qué problemáticas piensa que tienen los adolescentes? ¿Cree que éstas son visualizadas por ellos como problemáticas?

Eje 2: Autolesiones

- 4- ¿Qué entiende por autolesiones?
- 5- ¿Considera que es una problemática que puede darse en la adolescencia? ¿Por qué? ¿A qué cree que se debe?
- 6- ¿Cree que es una enfermedad? ¿Por qué?
- 7- ¿Alguna vez detectó casos? ¿De qué manera? Si detecto alguna caso, ¿Cómo fue su abordaje?
- 8- ¿Desde su práctica, ¿qué oportunidades y dificultades pudo visualizar?(respecto al abordaje de la problemática)
- 9- ¿Considera necesario abordar otros aspectos relevantes que no hemos mencionado?

ANEXO 3

Guía de Entrevistas a referentes

Fecha:

Lugar:

Datos personales del entrevistado

Nombre y Apellido (opcional):

Edad:

Lugar de residencia:

Lugar donde desempeña su trabajo:

Eje 1: Adolescencia

- 1- ¿Cómo definiría a los adolescentes? ¿Qué concepto tiene acerca de los adolescentes?
- 2- ¿Qué trabajo realiza con los adolescentes?
- 3- ¿Qué problemáticas piensa que tienen los adolescentes? ¿Cree que éstas son visualizadas por ellos como problemáticas?

Eje 2: Autolesiones

- 4- ¿Qué entiende por autolesiones?
- 5- ¿Considera que es una problemática que puede darse en la adolescencia? ¿Por qué? ¿A qué cree que se debe?
- 6- ¿Cree que es una enfermedad? ¿Por qué?
- 7- ¿Alguna vez detectó casos? ¿De qué manera? Si detecto alguna caso, ¿cómo fue su abordaje?
- 8- ¿Desde su práctica ¿Qué oportunidades y dificultades pudo visualizar? *(esto con respecto al abordaje de la problemática)*
- 9- ¿Considera necesario abordar otros aspectos relevantes que no hemos mencionado?

ANEXO 4

Guía de entrevistas a Especialistas en Adolescencia

Nombre y Apellido:

Institución donde desempeña su trabajo:

Experiencias de trabajo con adolescentes (marco, lugar y tiempo):

Eje 1: Adolescentes

- 1- ¿Cómo definiría a los adolescentes?
- 2- ¿Qué problemáticas visualiza en los adolescentes?
- 3- ¿cree que ellos (los adolescentes) las visualizan como tal?
-si no las visualizan como tal ¿Cuáles cree que visualizan ellos?

Eje 2: Autolesiones

- 1- ¿Qué entiende por autolesiones?
- 2- ¿Lo considera un problema de salud?
- 3- ¿Cuáles piensa que son las causas?
- 4- ¿Tuvo casos? (¿recuerda algún caso en particular?)
-¿Cómo llegaron a usted? ¿Cómo los abordó?
-¿Cómo las abordaría idealmente?
- 5- *Los medios dicen que hay alarma en las escuelas por casos de cutting* ¿Qué opina?
-¿Considera que hay aumento de casos? ¿A qué se debe?
- 6- *Nosotros creemos que aún hay más casos de autolesiones de las que llegan a la consulta,*
- ¿Está de acuerdo con esto? ¿Por qué?
- 7- Las autolesiones ¿Son consideradas en la evaluación integral del adolescente? ¿Ud. utiliza algún instrumento/estrategia para detectarlas?
- 8- En su experiencia ¿Cree necesaria la detección y abordaje de las autolesiones en el primer nivel de atención? Sugerencias

Eje 3: Investigación

- 9- ¿Cómo considera que sería adecuado investigar acerca de autolesiones directamente con adolescentes?
- 10- ¿Nos sugiere una bibliografía para profundizar en el tema de autolesiones?
- 11- Para finalizar: ¿Cómo influyó su formación/experiencia en su visión actual?
- 12- ¿Tiene alguna sugerencia para quienes trabajamos en el primer nivel de atención para el abordaje de adolescentes?
- 13- Si quiere aportar otras ideas de investigación, preguntar cuáles

ANEXO 5

OPERACIONALIZACION DE LAS CATEGORIAS Y VARIABLES. NIVEL DE ANCLAJE: AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES

UINIDAD DE ANALISIS: PROFESIONALES DE LA SALUD – Herramienta de recolección: Encuesta	
CATEGORIAS ANALITICAS	EDAD PROFESION LUGAR/ES DE TRABAJO
CATEGORIAS OPERACIONALES CUALITATIVAS	DEFINICION DE AUTOLESIONES COINCIDE COINCIDE PARCIALMENTE NO COINCIDE
	MODELOS DE COMPRESION MODELO DE LA REGULACION DE LOS AFECTOS MODELO DE DISOCIACION MODELO DE CONDUCTA SUICIDA ALTERNATIVA MODELO DE LA INFLUENCIA INTERPERSONAL MODELO DE LOS LIMITES PERSONALES MODELO DE CASTIGO MODELO DE BUSQUEDA DE SENSACIONES A CLASIFICAR INCLASIFICABLE
	PROBLEMÁTICA FRAGMENTADA INTEGRADA
	FUNDAMENTO DE LA VISIBILIZACION/NO VISIBILIZACION DE LA PROBLEMÁTICA
CATEGORIAS OPERACIONALES CUANTITATIVAS	ANS EN ADOLESCENTES COMO PROBLEMA DE SALUD TOTALMENTE EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDIFERENTE DE ACUERDO TOTALMENTE DE ACUERDO
	VISIBILIZACION DE ANS EN ADOLESCENTES COMO PROBLEMA DE SALUD TOTALMENTE EN DESACUERDO EN DESACUERDO INDIFERENTE DE ACUERDO TOTALMENTE DE ACUERDO
	CASOS DE ANS EN ADOLESCENTES EN SU PRACTICA SI NO
	MOTIVO DE CONSULTA SI NO
	CONTEXTO CONSULTORIO EXTERNO GUARDIA SALA DE INTERNACION UNIDAD SANITARIA OTROS
	CONDUCTA SEGUIMIENTO DERIVACION NINGUNA OTROS
	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA SI NO
	INTERCONSULTAS SI NO
	CONOCIMIENTO DE INTERVENCIONES SI NO
	CONOCIMIENTO EN ANS SI NO

UNIDAD DE ANALISIS: REFERENTES COMUNITARIOS- Herramienta de recolección: entrevistas y grupo focal		
CATEGORIAS ANALITICAS	EDAD LUGAR DE TRABAJO LUGAR DE RESIDENCIA	
CATEGORIAS OPERACIONALES	OTRAS PROBLEMATICAS	PROBLEMAS ENTORNO A LA SALUD SEXUAL INTEGRAL PROBLEMAS EMOCIONALES CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS DISCRIMINACION OTROS
	VISION DEL REFERENTE SOBRE EL ADOLESCENTE	
	DEFINICION DE AUTOLESIONES	COINCIDE COINCIDE PARCIALMENTE NO COINCIDE
	MODELOS DE COMPRESION DE ANS	MODELO DE LA REGULACION DE LOS AFECTOS MODELO DE DISOCIACION MODELO DE CONDUCTA SUICIDA ALTERNATIVA MODELO DE LA INFLUENCIA INTERPERSONAL MODELO DE LOS LIMITES PERSONALES MODELO DE CASTIGO MODELO DE BUSQUEDA DE SENSACIONES A CLASIFICAR INCLASIFICABLE
	VISIBILIZACION Y ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA	
CATEGORIA EMPIRICA	ROL DE LOS ADULTOS RESPECTO A SU RELACION CON LOS ADOLESCENTES	

UNIDAD DE ANALISIS: ESPECIALISTAS- Herramienta de recolección: entrevistas		
CATEGORIAS ANALITICAS	EDAD	
	LUGAR DE TRABAJO	
	EXPERIENCIA DE TRABAJO CON ADOLESCENTES	
CATEGORIAS OPERACIONALES	OTRAS PROBLEMATICAS	
	VISION DEL ESPECIALISTA SOBRE EL ADOLESCENTE	
	MODELOS DE COMPRESION DE ANS	MODELO DE LA REGULACION DE LOS AFECTOS MODELO DE DISOCIACION MODELO DE CONDUCTA SUICIDA ALTERNATIVA MODELO DE LA INFLUENCIA INTERPERSONAL MODELO DE LOS LIMITES PERSONALES MODELO DE CASTIGO MODELO DE BUSQUEDA DE SENSACIONES A CLASIFICAR
	ABORDAJE DE ANS EN ADOLESCENTES	
	DETECCION DE ANS	

ANEXO 6

Encuestas a Profesionales de la Salud: Resultados cualitativos

• ¿QUÉ ENTIENDE POR AUTOLESIONES?

- ✓ Daño físico ante un problema con uno mismo, social, familiar, etc.
- ✓ Autoagresión. Realizarse de forma intencional heridas en el cuerpo
- ✓ Son las lesiones que se provoca a sí mismo una persona
- ✓ Son heridas infringidas hacia sí mismo
- ✓ Lesiones producidas por uno mismo física y psíquicamente contra si autodestruyéndose
- ✓ Lesiones auto provocadas(golpes, cortes, etc.)provocadas con intención d dañarse, suicidarse, por placer (patologíapsiquiátrica); lesiones autoinmunes
- ✓ Son lesiones que la persona se provoca a si mismo de manera consciente del acto con diferentes fines
- ✓ Son lesiones generadas por la propia persona (cortes, quemaduras, golpes) que pueden ser letales o no
- ✓ Son lesiones que se provoca a si misma una persona en forma consciente o inconsciente pudiendo ser las mismas generadas por propia voluntad o inducidas por otras personas
- ✓ Autolesiones son aquellas lesiones que son auto inducidas por el paciente de manera voluntaria y con un fin
- ✓ Daño auto infligido con intencionalidad de ocasionarlo, independientemente del modo y de presencia o no de intencióntanártica
- ✓ Son lesiones infligidas al propio cuerpo, puede ser con fin auto lítico o no
- ✓ Son lesiones que se produce la propia persona a si mismo
- ✓ Entiendo que son lesiones auto provocadas, sea con el fin que sean, siempre para provocarse alguna sensación en uno mismo
- ✓ Son aquellas que se infringe el propio paciente. Sean ellas lesiones cortantes en muñecas (vulgarmente conocido como corte de venas), ingesta de drogas (marihuana, cocaína, etc.), accidentes de tránsito (uso de alcohol), ahorcamiento (para avisar situación de abuso), intoxicación por monóxido por no tomar medidas de precaución
- ✓ Lesiones auto provocadas por una persona
- ✓ Lesiones auto provocadas
- ✓ Tienen que ver con lesiones auto producidas en el cuerpo, no necesariamente con una finalidad suicida. Son autoagresiones
- ✓ Son lesiones auto infligidas generalmente asociadas a patologíapsiquiátrica o como expresión de protesta o llamado de atención
- ✓ Lesiones que puede infringirse voluntariamente uno a si mismo
- ✓ Son lesiones que se autoinfringe el paciente, sin intención de autoeliminación que puede generar placer, como actitud compulsiva para descargar angustia o estrés. Es uno de los criterios diagnóstico del trastorno límite de la personalidad
- ✓ Es todo daño auto infringido (ocasionado a si mismo)
- ✓ Daño físicoauto infligido por el mismo paciente
- ✓ Lesiones físicas o psíquicasauto infligidas
- ✓ Heridas producidas por uno mismo, voluntarias o involuntarias
- ✓ Aquellas realizadas sobre el cuerpo con intención de generar alguna respuesta u objetivo, llamado de atención o propósito sobre el entorno
- ✓ Aquellas que un individuo realiza sobre su propio cuerpo
- ✓ Autolesiones conscientes: daños provocados por el mismo adolescente en casos de autoagresión ante situación de estrés o angustia. Autolesiones inconscientes: alcohol, cigarrillo, drogas, relaciones sexuales sin cuidado
- ✓ Lesiones que la propia persona puede realizarse. Que incluya a su propio cuerpo con algún agente externo o toma de sustancias

- ✓ A mi entender incluye todo daño ya sea a través de heridas cortantes, golpes o la falta de cumplimiento de tratamiento. con el propósito de descargar frustración, emociones, autosatisfacción o producir sentimientos de culpa en el otro
- ✓ Conductas de agresión infringidas hacia uno mismo
- ✓ Lesiones generadas contra el propio cuerpo o psiquis de una persona
- ✓ Autoagresión, pedido de ayuda urgente, falta de autoestima. Signo de depresión, riesgo de suicidio
- ✓ Formas de aplicar expresiones emocionales sobre el cuerpo o la salud mental de un/a individuo. No solo como lesiones físicas sino también como conductas autodestructivas en distintos aspectos de la persona. En general están vinculadas a cierta dificultad de expresar algunas emociones
- ✓ Lesiones auto provocadas intencionalmente
- ✓ Injurias que una persona se aplica sobre sí misma, las mismas pueden ser físicas o psíquicas. Pueden ser producto de abuso de sustancias o por alucinaciones, o por alguna situación de alto impacto emocional
- ✓ Lesiones provocadas por uno mismo
- ✓ Son lesiones q se provocan los niños y adolescentes sobre su cuerpo, sin la intención de suicidarse. Pueden hacerlo para liberarse de un dolor emocional, por rebeldía hacia sus padres o autoridad. También forman parte de trastornos neurológicos
- ✓ Son aquellas que se produce el paciente sobre su cuerpo expresando su disconformidad con el, con baja autoestima y con cargas de culpa. Para llamar la atención de su entorno y de manera indirecta solicitando ayuda
- ✓ Lesiones realizadas por el propio individuo hacia su persona
- ✓ Lesiones que se infringen a su propio cuerpo. Es muy raro el diagnóstico de autolesión. Habrá casos seguramente pero lo habitual es que la lesión se la produzca un tercero. Ejemplo de autolesión rasguño por uñas largas, tec. por roching que no es advertido por sus padres (pero ya está involucrado el otro). autolesión vs maltrato, me inclino por maltrato
- ✓ Lesiones auto provocadas por el paciente
- ✓ Las autolesiones pueden considerarse agresiones físicas dirigidas a uno mismo, por no poder destacar emociones que generan alto nivel de malestar
- ✓ Lesiones auto provocadas (cortes, golpes, quemaduras), por la incapacidad de manejar emociones no deseadas
- ✓ Lesiones producidas por uno mismo para diversos fines, ej. llamado de atención/ trastorno del ánimo, etc.
- ✓ Acciones de las personas hacia sí mismas, para generarse dolor o daño ya sea físico o psíquico. También podrá ser generar dolor físico para amedrentar algún dolor espiritual o psicológico
- ✓ Cualquier tipo de daño ya sea físico o psicológico que una persona se hace a si mismo
- ✓ Daño corporal producido por la misma persona
- ✓ Lesiones que se provoca una persona a sí misma
- ✓ Lesiones realizadas por el propio paciente para auto agredirse
- ✓ Lesiones producidas por el mismo paciente
- ✓ Lesiones producidas por uno mismo. Generalmente asociadas a trastornos psicológicos/psiquiátricos
- ✓ Lesión ocasionada de manera intencional que realiza una persona contra su propio cuerpo (auto)
- ✓ Lesiones auto infligidas
- ✓ Son todas aquellas conductas de autoflagelación que causan daño a uno mismo como lesiones de cortes
- ✓ Toda aquella lesión infringida por la misma persona hacia sí misma
- ✓ Daño provocado a uno mismo
- ✓ Heridas contusiones, palabras, escritos auto realizadas y auto referenciadas por la persona en detrimento de su persona en área psicofísica
- ✓ Entiendo por autolesiones aquellas conductas agresivas que pueda tener la persona consigo misma, ya sean físicas (cortes, golpes, tatuajes) o aquellas relacionadas con las adicciones

- **¿POR QUÉ ES UN PROBLEMA DE SALUD RELEVANTE?**

- ✓ Cada vez más casos- Se perdió la familia y la sociedad está cada vez más violenta
- ✓ No contesta
- ✓ Son llamados de atención de esos adolescentes. Hay que indagar que le está sucediendo en su vida, su hogar, en la escuela.
- ✓ Son indicio de un problema de salud físico/mental relevante que puede finalizar en un suicidio y porque esta autoagresión puede tener su origen en situaciones familiares de grupo conflictivos.
- ✓ Por las lesiones que se provocan contra su cuerpo y el entorno que lo contiene o no
- ✓ Desconozco la frecuencia y las estadísticas, pero lo considero relevante como causante problema de salud físico o mental
- ✓ Es una problemática muy frecuente en el contexto de la consulta
- ✓ Si, generalmente a un trastorno de personalidad de fondo, o la copia de conductas en adolescentes, suele ser un indicador a ver y/o tratar
- ✓ En nuestro medio no son estrictamente un problema de salud prioritario
- ✓ Las autolesiones no suicidas suelen tener otro trasfondo de base (problemas familiares, depresión), además debido a la impulsividad que se da en adolescentes por más que las intenciones no sean suicidas pueden derivar en ello
- ✓ Por la frecuencia con la que se constatan
- ✓ Si bien trabajo con población adulta, una consulta o practica muy frecuente en adultos jóvenes, rango menor 18 años, asociado a trastorno border de personalidad es la práctica de autolesiones
- ✓ Es un problema de salud ya que detrás de la autolesión suelen existir patologías psicológicas que detonan esa conducta
- ✓ Porque es una situación común que se observa en la consulta
- ✓ Se observan con frecuencia y son dañinas para el adolescente
- ✓ Entiendo que cualquier conducta de este tipo que represente un daño a la salud es relevante para investigar
- ✓ Porque se relacionan con trastornos psicológicos
- ✓ Porque considero importante que los adolescentes puedan expresar de forma saludable (a través de la palabra) aquello que piensan, sienten etc. y no hacerlo a través del pasaje al acto
- ✓ Ya que si bien en mi experiencia no son las patologías más frecuentes, afecta a un grupo que es muy vulnerable
- ✓ Pienso que encubren ciertos sentimientos tal vez de angustia, autoagresión
- ✓ Porque no solo el hecho en si es doloroso, sino que suceden por motivos psíquicos, y se acompañan de otras conductas de riesgo
- ✓ Porque ponen en riesgo la integridad física de las personas, alteran o dificultan las relaciones con sus familiares y pares y con la sociedad y porque generan una demanda (poco satisfecha) en el sistema de salud
- ✓ Porque más allá de su frecuencia en comparación con otras patologías merece adecuada atención y tratamiento/seguimiento
- ✓ Quizás sea la puerta de entrada a alguna otra patología o consecuencia posterior
- ✓ Porque lo son
- ✓ Porque si bien no tienen intención de daño, puede ser igualmente generado y ser de riesgo para la vida
- ✓ Supongo por ser no incluyente, con un marco profesional poco continente
- ✓ Cada vez más se observan este tipo de situaciones en adolescentes tanto a nivel público como privado
- ✓ Porque ha aumentado su número de consultas
- ✓ Muchas veces pasan desapercibidas en la evaluación física del paciente
- ✓ Las conductas auto lesivas indican la existencia de una situación de estrés del paciente que conlleva un conflicto en la esfera emocional del paciente el cual al no poder verbalizar (por incapacidad o bajo amenaza) externaliza a través de las lesiones
- ✓ Por aumento de las consultas, porque se conocen mas

- ✓ No estoy de acuerdo que la autolesión no es un suicidio
- ✓ Porque pueden hablarme del contexto y de la dificultad que tiene un adolescente de superar problemáticas o crisis vitales
- ✓ Porque es algo prevalente y es un síntoma de alarma
- ✓ Debido a factores externos (cada vez más frecuentes) los niños y adolescentes que sufren este tipo de autolesiones, en general lo hacen para llamar la atención (de que algo está pasando)
- ✓ Es frecuente ver durante las consultas adolescentes que presentan estas conductas sobre todo cutting. No vienen a la consulta por esto sino que se evidencia a lo largo de la charla
- ✓ Porque son en evidencia un trastorno de salud psicofísico
- ✓ Es el comienzo muchas veces de expresar "necesito ayuda" y muchas veces antecede al suicidio
- ✓ Porque implican un riesgo para la salud del adolescente y de su entorno
- ✓ En los casos por internación por autolesiones no suicidas el diagnóstico de ingreso es intoxicación
- ✓ Porque remarca la necesidad de intervención, ver que pasa con dicho adolescente con sus pares y familiares
- ✓ Porque puede usarse de manera sistemática debido al alivio o placer que produce de manera inmediata dicha conducta
- ✓ Por la necesidad de intervención multidisciplinaria
- ✓ Pueden provocar consecuencias
- ✓ Por el daño que pueden provocar y porque en mi opinión debe haber algo que no ande bien
- ✓ Porque pueden representar una manera en calidad de vida y además muchas veces no es evidente y requiere de un examen y un interrogatorio exhaustivo
- ✓ Creo q no es un problema infrecuente, si infra diagnosticado y al que no se le da la importancia q se merece
- ✓ Vivimos en un país donde cada vez se da menos atención a los adolescentes, problemas sociales, bullying, económicos, agresión
- ✓ El médico de cabecera tiene que estar atento a esos llamados de atención
- ✓ Porque el adolescente está manifestando que le pasa algo, está pidiendo ayuda
- ✓ Si deberían serlo? Seguramente. La atención a adolescentes no es la más frecuente y en "comparación" hay quizás problemas más relevantes
- ✓ No contesta
- ✓ Porque no veo este tipo de lesiones con frecuencia
- ✓ Dependiendo si el adolescente sufre alguna patología base (retraso mental)
- ✓ Más allá del fin de la autolesión es innatural el q uno mismo se auto flagele
- ✓ No permite el desarrollo saludable del adolescente
- ✓ Porque La PERSONA tiene derecho a realizar con su cuerpo lo que quiere independientemente de la sociedad mientras no afecte directamente a los otros
- ✓ Más allá de que no es frecuente que se hable de ello, si son frecuentes entre los jóvenes, y quienes trabajan con jóvenes si hablan a menudo de ello.

- **¿POR QUÉ CONSIDERA QUE ESTÁN VISIBILIZADAS O NO VISIBILIZADAS?**

- ✓ No están visibilizadas porque son pocos los lugares que ante la presencia de una autolesión se trate interdisciplinariamente al paciente. En muchos lugares falta el equipo de salud
- ✓ Cuando son detectadas o son motivo de consulta si lo son, pero creo falta pensarlas, tenerlo en cuenta, pesquisarlo cuando se trabaje/atiende adolescentes
- ✓ No se interrogan, no se abordan, no se sabe que hacer
- ✓ Al menos en nuestro medio diario son de relevancia e implica una investigación del equipo de salud al respecto
- ✓ No está visto como una problemática de salud dentro de las distintas especialidades medicas, se resta importancia

- ✓ Considero que no son conductas normales y que podrán obedecer a patologías psiquiátricas. Pueden además construir puerta de entrada a infecciones, generar pérdida de extremidades etc.
- ✓ No creo que este visibilizada completamente como una problemática de salud
- ✓ Por lo previamente dicho puede ser una manifestación, problema en la vida actual, poca tolerancia a la frustración y es necesario ver por que
- ✓ Debido a que forma parte de la problemática del adolescente que debe ser contenido, seguido
- ✓ Quizás porque en cierta medida se toma como parte de la personalidad de los adolescentes o "modas"
- ✓ Porque no siempre llegan a la consulta ya sea porque los responsables del adolescente no se enteran o porque minimizan la situación
- ✓ No creo que sea considerado por el resto del personal de salud como un problema de salud ya que si no es por un caso extremo los adolescentes que se autolesionan no dan aviso ni a sus padres
- ✓ No se suele indagar acerca de las mismas (por ignorancia o indiferencia por parte del profesional)
- ✓ Porque lamentablemente para muchos miembros del sistema de salud no corresponde a un problema
- ✓ La salud en general no está jerarquizada en los adolescentes (etapa crítica), es un grupo etario que se ocupa la pediatría y muy escasamente la clínica de adultos y salud pública
- ✓ Sin tener experiencia con población adolescente entiendo que no es una consulta o motivo de consulta prevalente o frecuente, eso me hace pensar que en primer nivel no surge como problema de salud, lo que no significa que no exista como tal
- ✓ Sub diagnóstico
- ✓ Son visibilizadas como un problema de salud cuando la frecuencia aumenta y surge la preocupación por esta temática, pero desaparece con el pasar del tiempo, y más si la frecuencia disminuye
- ✓ Ya que no conozco muchos grupos profesionales que se ocupen de esto
- ✓ Son partes de la consulta, por ejemplo dermatológicas
- ✓ Porque no se sabe cómo abordarla
- ✓ Porque no son correctamente valoradas y en consecuencia atendidas como tal en el sistema de salud (subvaloradas/subdiagnosticadas y subtratadas)
- ✓ Porque tomo a la salud como un todo biopsicosocial, denotando las mismas un desequilibrio en las 3 áreas
- ✓ Creo que generalmente son subestimadas por la mayoría de los profesionales

- ✓ Porque creo q aun no se le da la importancia adecuada y se habla poco en el ámbito pediátrico
- ✓ Deberían contemplarse como un serio problema de salud para comenzar a tomar las acciones pertinentes desde las distintas especialidades
- ✓ Depende cada profesional, centro de atención y disponibilidad de equipo de psicología infantojuvenil es la relevancia que se le puede dar al tema
- ✓ No se toman en cuenta como patología
- ✓ Dentro de la practica medica los adolescentes son un grupo difícil de valorar
- ✓ Generalmente se considera que los adolescentes toman estas conductas como forma de rebeldía y se desestima la existencia de una situación real que desestabiliza al paciente
- ✓ Al poner en riesgo la salud implica que médicos y personal de salud debemos estar prevenidos y poder actuar en consecuencia
- ✓ Problema de salud gravísimo
- ✓ Porque generalmente se les quita importancia a las lesiones únicas o a las conductas autodestructivas pero que no amenazan la vida
- ✓ Por lo anteriormente dicho
- ✓ A largo plazo pueden volverse suicidas
- ✓ No están visibilizadas, muchas veces los profesionales de salud lo pasan por alto
- ✓ No contesta
- ✓ Problema psiquiátrico
- ✓ Porque en muchos casos no son tenidos en cuenta o minimizadas
- ✓ Es parte de una problemática individual, y así son encaradas por el sistema de salud

- ✓ Porque si la consulta es por dicho motivo o si de la consulta se desprende dicho problema requiere de la intervención ya que se manifiesta como un problema que provoca una lesión y con ella un fenómenopsicológico
- ✓ Muchas veces no son consideradas como un problema de salud sino como una conducta para llamar la atención que va a desaparecer de manera espontanea
- ✓ No contesta
- ✓ El sistema de salud no logra detectar dichas lesiones
- ✓ Por el hecho de generar daño
- ✓ No hay ningún tipo de información al alcance de profesionales y pacientes que encare esta problemática
- ✓ No se buscan de manera activa ni hay promoción de su búsqueda
- ✓ Todavía no es un problema que se ha enfocado
- ✓ Porque obedece a la salud mental de nuestra población adolescente
- ✓ Porque además del llamado de atención pueden ser el inicio de mayores riesgos por lo cual pueden estar involucrados
- ✓ No contesta
- ✓ No contesta
- ✓ Por lo mismo
- ✓ Trastorno psiquiátrico y de personalidad
- ✓ Toda aquella lesión hacia sí misma es indistinta si es con un fin u otro. Engloba una problemática del tipo psicológica que debe ser detectada a tiempo para poder prevenir futuras autolesiones
- ✓ Hay escasos dispositivos de abordaje integral para el adolescente que permita un trabajo interdisciplinario, desconocimiento de problema de salud en adolescentes
- ✓ Casi nadie lo visualiza
- ✓ Porque no se realizan ejercicios preventivos frecuentemente ni se habla de ello ni en el ámbito convencional ni en los congresos o eventos científicos de clínica medica por ejemplo.
- ✓
 - **¿CUÁL CONSIDERA UD. QUE ES LA CAUSA DE ESTOS COMPORTAMIENTOS?**
 - ✓ El modo de vida de hoy en día
 - ✓ Baja autoestima. Incapacidad de enfrentar manejar situaciones. Sentimientos o sensación de frustración. Autoexigencia, problemas psicológicos emocionales.
 - ✓ Presiones sociales, no saber cómo manejar emociones o dificultades o adversidades, no tener el apoyo de algún profesional o el acompañamiento de su red social
 - ✓ Variado 1 derivado de situaciones conflictivas violencia 2 del grupo de referencia (amigos) 3 conflictos internos puros, creo que de tipo por ej. psicosis porque el resto de trastornos psiquiátricos generalmente tienen un episodio gatillo. Depresión en adolescencia (otra muestra que esta subvalorado).
 - ✓ Depresión/querer pertenecer a un grupo determinado/llamar la atención/ no saber resolver alguna situación
 - ✓ Desconozco totalmente
 - ✓ Creo que la causa del comportamiento es multifactorial, interviniendo la falta de capacidad del adolescente de resolver problemáticas habituales, la falta de acompañamiento familiar, la falta de intervención o de información respecto a la problemática
 - ✓ Problemas de personalidad, poca tolerancia ala frustración, tipo de familia y vínculos que tiene (si hay violencia, agresividad, registro del otro)
 - ✓ Varias: autoagresión, llamado de atención, desequilibrios emocionales, imitación de conductas
 - ✓ El adolescente pasa por algunos cambios que suelen ser normales para la edad, a menudo se sienten aislados, no aceptados por sus pares o familia. Además la falta de limites por parte de los padres llevan al adolescente a tener baja capacidad de frustración
 - ✓ Considero que se da en el contexto de paciente con personalidad poco flexible y baja tolerancia a la frustración, ej. trastorno borderline de la personalidad y/o comorbilidad con adicción

- ✓ En el caso de estar asociados a trastornos border de la personalidad el fin de las autolesiones según refieren los pacientes es para sentirse que están vivos y refieren cierta sensación de alivio, en otros casos como forma de sentirse sujetos o porque presentan padecimiento psíquico
- ✓ En general son trastornos de índole psicológicos que no han sido debidamente tratados y que se manifiestan como autolesiones
- ✓ Depende en cada caso en los que he visto, situaciones de tristeza o sentimiento vacío
- ✓ Falta de educación en prevención, prevención en invierno de intoxicación por monóxido, prevención de accidentes en la vía pública
- ✓ Causas culturales, sociales, de grupo de pertenencia, también habría que pensar en algunos trastornos conductuales
- ✓ No contesta
- ✓ Considero que es una forma de expresar, a través de autoagresiones en el cuerpo, aquello que no puede expresar en palabra
- ✓ Como llamado de atención, como expresión de estado anímico depresivo
- ✓ Angustia, temas no resueltos inconscientes
- ✓ Disfunción familiar, sufrimiento existencial, bullying, etc. Vulnerabilidad y medios de comunicación, música
- ✓ Existen muchas causas que pueden llevar a un adolescente a autolesionarse. Por ej.: falta de comunicación y contención familiar, relaciones amorosas conflictivas, dificultades para alcanzar objetivos laborales y económicos esperados, dificultades para insertarse en una sociedad de consumo, prejuicios tanto de autoestima, etc. sin mencionar adicciones
- ✓ Trastornos en la esfera psicosocial (hogar, colegio, grupos de pertenencia)
- ✓ No contesta
- ✓ Estrés
- ✓ Edad, según pertenencia de grupo, problemas psicosociales
- ✓ Múltiples, familiares, sociales, económicos
- ✓ Moda, falta de información, falta de atención, prevención primaria
- ✓ Causa secundaria problemas familiares (abuso, separación de padres)
- ✓ Una forma de expresarse, frustraciones personales, llamado de atención
- ✓ Probablemente una situación de angustia
- ✓ Relación con crisis social, económicas
- ✓ Considero que es un signo de depresión, de falta de autoestima
- ✓ Dificultad para expresar emociones, dificultades o problemáticas alguna con otra persona. También pueden vincularse con problemas de autoestima o problemas vinculares/familiares
- ✓ Causa psicológica/psiquiátrica. Angustia ansiedad depresión
- ✓ Situaciones sociales de impacto emocional alto (infidelidad, despido de un trabajo)
- ✓ Trastornos psicológicos, depresión
- ✓ Trastornos emocionales, ansiedad, rebeldía ante los padres o una autoridad
- ✓ Baja autoestima, culpa, castigos, llamar la atención
- ✓ En gran mayoría problemas en el ámbito familiar
- ✓ Vulnerabilidad individual y falta de contención del sistema de salud
- ✓ Psicoemocionales, trastorno de conducta, problemas en relacionarse
- ✓ Problemas emocionales (tramitación de emociones), problemas contextuales y ambientales y en la mayoría de las veces la causa se encuentra en problemas familiares y falta de apoyo social
- ✓ Problemas emocionales no manejados. La auto provocación de lesiones libera las tensiones, provoca alivio momentáneo al transformar dichas emociones en agresión contra ellos mismos
- ✓ Considero la presión social tanto de padres, amigos y otros actores sociales que pesan sobre los jóvenes siendo estos últimos los más vulnerables
- ✓ Probar la tolerancia al dolor para tapar otros dolores
- ✓ Problemáticas, hay un trastorno psicológico en el individuo que predispone este tipo de conductas
- ✓ Llamar la atención, sentirse culpable

- ✓ Problemas psicológicos, sociales, agresiones, familiares
- ✓ En general es el resultado de trastornos psicológicos; familias disfuncionales
- ✓ Llamar la atención de su familia
- ✓ Llamar la atención de los padres? De sus pares? Formar parte de grupos
- ✓ Es multicausal, en ocasiones puede estar ligado al autocastigo, sentimientos de culpa, vergüenza que genera la autolesión y puede ser un medio para expresar y o visibilizar una situación que al no tener herramientas psíquicas para sobrellevarlas se lastiman
- ✓ Llamado de atención
- ✓ Psicológicas o psiquiátricas
- ✓ Trastornos en la personalidad
- ✓ Estrés emocional, trastorno de la conducta alimentaria, aislamiento (conducta antisocial)
- ✓ Multicausal identidad personal, familiar, problemas vinculares, sentido de vida
- ✓ No contesta

ANEXO 7

REFERENTES: COMENTARIOS TEXTUALES DE LOS ENTREVISTADOS SEGÚN CATEGORÍAS DE ANALISIS

OTRAS PROBLEMATICAS (REFERENTES)
<p>PROBLEMAS ENTORNO A LA SALUD SEXUAL INTEGRAL</p> <p>"Conflicto de pareja"</p> <p>"Elección de pareja"</p> <p>"Machismo, me parece que antes había más igualdad entre el hombre y la mujer, son pocos los chicos que ven a la chica como una compañera, como alguien para charlar"</p> <p>"No tienen un valor de ellas mismas, no se respetan"</p> <p>"La ignorancia de lo que son las relaciones sexuales"</p> <p>"Creo que el 99,9 % son todos embarazos de 13-14 años"</p> <p>"Son chicas que a los 12-13 años ya tienen familiar y se repiten las generaciones"</p> <p>"Hoy estoy con vos y mañana estoy con vos, me da lo mismo"</p>
<p>PROBLEMAS EMOCIONALES:</p> <p>"No tienen autoestima, el no abrazo, la no estimulación, el no cariño, tienen que ver con esta situación de pibes que no tienen autoestima"</p> <p>"Maltrato"</p> <p>"Violencias, forma de vincularse"</p> <p>"Creo que el entorno también lo ayuda a tener más problemas"</p> <p>"La falta de seguridad en sí mismo"</p> <p>"Problemática familiar (descuido a los hijos, falta de cariño, buscan contención, violencia y consumo)"</p>
<p>CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS</p> <p>"Tribus urbanas, en sectores de drogas y mucha violencia, al no tener donde pararse se terminan parando en el lugar que ya conocen que es el fondo, en esos lugares ellos son alguien"</p> <p>"Falopa"</p> <p>"Consumo de drogas, alcohol y tecnologías"</p> <p>"Consumo"</p> <p>"Adicciones"</p>
<p>DISCRIMINACION</p> <p>"Estigmatización"</p> <p>"Tema de inclusión, cuesta mucho la inclusión, no solo por los chicos sino por los mismos profesores. ¿Porque son del campo tienen que ser tarados?"</p> <p>"Discriminación total"</p> <p>"Desde la estigmatización está muy marcado"</p>
<p>OTROS</p> <p>"El bombardeo mediático nos dice que los héroes es el policía macho con una pistola grande, el auto impresionante con una mina terrible"</p> <p>"El no futuro"</p> <p>"Chicos que roban"</p> <p>"Malas conductas, muchas que vienen también por la familia"</p>

VISION SOBRE EL ADOLESCENTE (REFERENTES)

"Chicos que están en su mundo"

"Una etapa para descubrís cosas nuevas, entran en otras cosas y buscan como mas libertad"

"Quieren ser solo ellos"

"Están solamente ahí"

"Que adolece"

"Tiene dolores por todos lados y los expresa"

"Como que cuando uno está pasando esa etapa lo vive como un desafío"

"Le das valor después"

"Necesitan algo y van a la escuela como lugar de referencia"

"Es buscar el vínculo, q alguien se preocupen"

"Eso es lo que uno busca, que tengan sentido de pertenencia"

"Vive muy el hoy"

"Nosotros teníamos otro proyecto, ellos viven el hoy"

"Muchos adultos no se dan cuenta del lugar de referentes, las cosas que le dice un grande, el adolescente las toma muy en serio"

"Me parece un ser pensante al que hay que escuchar y tratar de hablar en forma clara y honesta"

"Hay que ser muy transparente, el adolescente tiene el poder de hacer una radiografía del adulto"

"Como uno los trate o como uno los tenga en cuenta es como ellos reaccionan"

"Es que no le tienen miedo a nada"

"Continuamente desafían a todos"

"La hora no dura una hora, son 2 horas, tienen otros tiempos, nosotros nos criamos de otra forma"

"No tienen idea, noción del peligro, pero no sé si es que nosotros somos los que transmitimos el miedo"

"Ellos están viviendo este tiempo y hay conductas, costumbre o cosas que ellos conocen más q nosotros"

"Tenemos que escucharlos, darles un lugar"

"Yo lo que veo es que hay mucho q aprender de ellos"

"Si vos les hablas de forma honesta y sincera los tipos entienden"

"Un adolescente mirarlo con cara rara implica ya lastimarlo, ¿cómo lo recompones?"

"Igual no te dan bolilla se lo digas como se lo digas"

"Ellos sienten que no encajan"

"No creo que tengan mucho poder de decisión"

"Es el terreno más fértil para sembrar"

"Es la etapa para poder sembrar lo que queremos construir como sociedad"

"Es el reflejo de aquello que siembra la sociedad en que vivimos"

"Características propias de la edad, desarrollo hormonal, la etapa en que vamos construyendo el amor, las características físicas pero que además tiene desarrollo de lo social, que está determinado por el medio en que intervenís, vivís y transitas."

"Capacidad de ver que era posible transformar la vida"

"Los pibes de hace 15 años, no tienen nada que ver con los de ahora"

DEFINICION DE ANS QUE COINCIDE PARCIALMENTE (REFERENTES)

"Violencia física hacia la persona, hacia la misma persona"

"Sacar todo lo que les pasa por algún lado"

"Se hacen mal ellos , mas mal todavía"

"Son el daño que se hacen ellos, pueden ser una lesión positiva o negativa. Si es positiva no se toma como una lesión, quizás te marque de una manera distinta, y no te des cuenta en este momento pero después vos sabes q en X momento surge"

"Es lastimarte, porque se te cruzo por la cabeza. ¿Por qué? No sé, no puedo explicarlo"

" Es simplemente un llamado de atención"

"Es como que está de moda"

"Tiene que haber una situación que te lleva a hacer una cosa así"

"Siempre tiene que llamar la atención"

"Tiene que ver con las construcciones sociales"

"Sigue a la moda"

"Son cuando son graves graves, no sé, me colgué, me quise suicidar"

"No es un problema exclusivo del adolescentes, el problema es del adulto, no lo pudieron contener en la casa, ni en la escuela"

" Los pibes se agarraban del cogote y esperaban a quedarse morados hasta que se desmayaban"

"Me parecía un jueguito que no sabemos las consecuencias"

"Dolor"

"Todo está enmarcado en lo social"

"Esta el nene que se pellizca y el que se golpea"

"No creo que sea algo físico, es algo que quiere solucionar emocionalmente"

"No saben cómo resolver y como respuesta a una exclusión, es la forma que tendría el adolescente de expresarse"

"Es social, no individual"

"Para mi es q no se quieren lo suficiente para cuidarse"

"Falta de autoestima"

"Implica sufrir"

"Lo emocional"

"La discriminación"

"El adolescente no tiene atención de la familia"

"Físicas o psicológicas"

"Psicológicas en las que se autoboicotean sus estrategias de crecimiento, cuestiones más profundas, no creen ser merecedores de ciertas vidas."

"Físicas, el corte superficial, es algo nuevo"

"Lo asocio con cuestiones de encierro, o con pibes que reclaman cosas."

"En un momento estuvo muy asociado a lo cultural de la tumba, "estuve preso, me la aguantó", pero esto es otra cosa, cuando nos dimos cuenta que aparecía tapado

los conocedores dicen que no es para llamar la atención, sino para aliviar el dolor psicológico"

"Lo que sí es cierto es que es muy contagioso"

"No se corta el que quiere, sino el que puede"

"La sensación de alivio del dolor puede ser adictiva, como la morfina u otra sustancia"

"Angustia-corte-alivio, angustia-corte-alivio, corte, corte, corte"

"A modo de pequeño patrón: pibas muy ciclotímicas, en etapas depresivas, con un gran conflicto vincular familiar"

MODELOS DE COMPENSON DE LAS ANS (REFERENTES)	
MODELO DE LA REGULACION DE LOS AFECTOS	<p>"Sacar todo lo que les pasa por algún lado"</p> <p>"No saben cómo resolver y como respuesta a una exclusión, es la forma que tendría el adolescente de expresarse"</p> <p>"No creo que sea algo físico, es algo que quiere solucionar emocionalmente"</p> <p>"Los conoedores dicen que no es para llamar la atención, sino para aliviar el dolor psicológico"</p> <p>"Angustia-corte-alivio, angustia-corte-alivio, corte, corte, corte"</p> <p>"A modo de pequeño patrón: pibas muy ciclotímicas, en etapas depresivas, con un gran confli</p>
MODELO DE DISOCIACION	
MODELO DE CONDUCTA SUICIDA ALTERNATIVA	
MODELO DE LA INFLUENCIA INTERPERSONAL	<p>" Es simplemente un llamado de atención"</p> <p>"Siempre tiene que llamar la atención"</p>
MODELO DE LOS LIMITES PERSONALES	
MODELO DE CASTIGO	<p>"Psicológicas en las que se autoboicotean sus estrategias de crecimiento, cuestiones más profundas, no creen ser merecedores de ciertas vidas."</p>
MODELO DE BUSQUEDA DE SENSACIONES	<p>"La sensación de alivio del dolor puede ser adictiva, como la morfina u otra sustancia"</p> <p>"Los pibes se agarraban del cogote y esperaban a quedarse morados hasta que se desmayaba"</p> <p>"Me parecía un jueguito que no sabemos las consecuencias"</p>
A CLASIFICAR	<p>"Es como que está de moda"</p> <p>"Tiene que ver con las construcciones sociales"</p> <p>"Sigue a la moda"</p> <p>"No es un problema exclusivo del adolescentes, el problema es del adulto, no lo pudieron contener en la casa, ni en la escuela"</p> <p>"Todo está enmarcado en lo social"</p> <p>"Es social, no individual"</p> <p>"El adolescente no tiene atención de la familia"</p> <p>"Lo que sí es cierto es que es muy contagioso"</p>
INCLASIFICABLE	<p>"Son el daño que se hacen ellos, pueden ser una lesión positiva o negativa. Si es positiva no se toma como una lesión, quizás te marque de una manera distinta, y no te des cuenta en este momento pero después vos sabes que en "X" momento surge"</p> <p>"Es lastimarte, porque se te cruzo por la cabeza. ¿Porqué? No sé, no puedo explicarlo"</p> <p>"Tiene que haber una situación que te lleva a hacer una cosa así"</p> <p>"Dolor"</p> <p>"Esta el nene que se pellizca y el que se golpea"</p> <p>"Para mi es que no se quieren lo suficiente para cuidarse"</p> <p>"Falta de autoestima"</p> <p>"Implica sufrir"</p> <p>"Lo emocional"</p> <p>"La discriminación"</p> <p>"Físicas o psicológicas"</p> <p>"Físicas, el corte superficial, es algo nuevo"</p> <p>"Lo asocio con cuestiones de encierro, o con pibes que reclaman cosas."</p> <p>"En un momento estuvo muy asociado a lo cultural de la tumba, "estuve preso, me la aguantó", pero esto es cuenta que aparecía tapado"</p> <p>"No se corta el que quiere, sino el que puede"</p>

	<p>"Violencia física hacia la persona, hacia la misma persona"</p> <p>"Se hacen mal ellos , mas mal todavía"</p> <p>"Falta de autoestima"</p>
--	---

ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA (REFERENTES)

"Los papas necesitamos también que nos enseñen, necesitamos de alguien paralelo que nos contenga, dialogar nos fortalece en ese aspecto"

"Lastimarse, yo lo veo como un motivo de consulta"

"Yo creo que pasa por fortalecer a la familia"

"Fortificarlo al chico para poder reaccionar frente al mundo que puede llegar a hacer muy cruel"

"Todo depende del entorno"

"Uno los tiene que preparar a los chicos, es un trabajo arduo, afuera nadie nos acompaña" (docente)

"A mi gustaría saber si es una cosa para preocuparse o decir lo dejas pasar"

"Yo tengo una legislación que me obliga a enfrentar a los padres, pero la parte que me tiene que acompañar se lava las manos"

"Si vos te metes en una situación así, por ahí se te tiran los padres encima"

"Yo le diría a los padres, consulta un psicólogo o un médico"

"El no tener conocimiento si es una dificultad"

"El que tiene que manejar la situación con su hijo es el padre, la familia"

"El problema es cuando la familia no se preocupa"

"La familia no tiene como, no tiene herramientas"

"La familiar no se da cuenta, niega la situación"

"Cursos de este tema para padres y docentes"

"Que estos espacios se puedan repetir"

"El problema lo tienen los adultos, es la palabra autorizada"

"A veces no se para donde ir"

"Conteniéndolos, no sé, hablándoles"

"A los chicos si les hablas, escuchan"

"Casi siempre lo manejamos nosotros. Nunca nos pasó decir bueno, no podemos más"

"Hablarlo"

"Asumir que no estás en condiciones de abordarlo y saber dónde contactar, o plantear quién puede esto, yo puedo"

"Hace falta la mayor de las honestidades porque sino haces mierda al pibe
abordamos desde otros lugares, más profundos, más complejos que no tenían que ver con el corte, al abordar
angustia, los cortes no desaparecían pero se espaciaron"

"No hay una persona igual a otra, día a día hay que plantearse estrategias de abordaje"

ROL DE LOS ADULTOS RESPECTO A SU RELACION CON LOS ADOLESCENTES (REFERENTES)

"Es la etapa para poder sembrar lo que queremos construir como sociedad"

"Es el reflejo de aquello que siembra la sociedad en que vivimos"

"Necesitan algo y van a la escuela como lugar de referencia"

"Es buscar el vínculo, que alguien se preocupen"

"Muchos adultos no se dan cuenta del lugar de referentes, las cosas que le dice un grande, el adolescente las toma muy en serio"

"Hay que ser muy transparente, el adolescente tiene el poder de hacer una radiografía del adulto"

"Como uno los trate o como uno los tenga en cuenta es como ellos reaccionan"

"Tenemos que escucharlos, darles un lugar"

"Yo lo que veo es que hay mucho q aprender de ellos"

"Un adolescente mirarlo con cara rara implica ya lastimarlo, ¿cómo lo recompones?"

"Si vos les hablas de forma honesta y sincera los tipos entienden"

ANEXO 8

REFERENTES: GRUPO FOCAL

➤ OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

CATEGORIAS OPERACIONALES	REFERENTE	EXTRACTOS TEXTUALES DE LA DISCUSION DEL GRUPO FOCAL
LUGAR DE RESIDENCIA	R N°1	B° AGUA DE ORO, GENERAL RODRIGUEZ
	T N°2	B° LA POSTA, GENERAL RODRIGUEZ
	M N°3	B° PLOMER, GENERAL LAS HERAS
TRABAJO	R	PROMOTORA DE SALUD
	T	DOCENTE Y REFERENTE COMUNITARIA.
	M	DIRECTIVO DE ESCUELA
RECONOCIMIENTO DE DISTINTAS PROBLEMÁTICAS EN ADOLESCENTES	R	<p>“UNO COMO MAMÁ LO QUE PRETENDE ES QUE SU HIJO (...) SEA LIBRE Y ÉL DECIDA. (...) YO CREO QUE SI LOS CHICOS ESTAN SEGUROS DE SÍ MISMOS, LO QUE DICEN LOS DEMAS, QUE SEAN DEL CAMPO, QUE SEAN DE ACA, NO VAN A SENTIR ESA COSA.”</p> <p>“LOS ADOLESCENTES NO SE DAN CUENTA QUE HAY UN PROBLEMA. (...) UNA SI LO SUFRE.”</p> <p>“ELLOS NO LO VEN, LO VEMOS NOSOTROS NADA MAS COMO ADULTOS (...) SALVO ALGUNOS QUE SI.”</p>
	T	<p>“EL CONFLICTO DE PAREJA, LA ELECCION DE PAREJA ES UNA DE LAS COSAS ME PARECE MAS PROBLEMATICAS.”</p> <p>“ME PARECE QUE HA INVOLUCIONADO. ME DA ESA IMPRESIÓN. HAY MUCHO MACHISMO. ME PARECE QUE ANTES HABIA MAS IGUALDAD ENTRE EL HOMBRE Y LA MUJER, EN ALGUNOS ASPECTOS, EN LA EPOCA ADOLESCENTE”.</p> <p>“SON POCOS LOS CHICOS QUE VEN A LA CHICA COMO UNA COMPAÑERA, COMO ALGUIEN PARA CHARLAR DE DIFERENTES TEMAS. NO, NO VEN ESO. HAY QUE APRETARLA. A VER QUE LOGRAN. CUANTOS BESOS.”</p> <p>“LA IGNORANCIA SOBRE - LO QUE HABLAMOS EN EL CURSO DE CONSEJERIA – DE LO QUE SON LAS RELACIONES SEXUALES. POR EJEMPLO, EN ESTA PELICULA TENER SEXO ORAL NO ERA TENER REACCIONES SEXUALES.”</p> <p>“LOS PADRES DEBEN ENSEÑAR. SI LOS PADRES TIENEN 19 AÑOS...”</p> <p>“TAMBIEN TIENE QUE VER CON LA EPOCA. PORQUE LAS RELACIONES MONOGAMICAS ES COMO QUE FUERON PASANDO DE MODA. (...) PERO SON PUNTOS DE VISTA DE COSTUMBRES SOCIALES.”</p> <p>“ME PARECE QUE EL QUERERSE NO TIENE QUE VER COMO EL TIEMPO NI CON LA EDAD. POR ESO A MI NO ME IMPORTA DEMASIADO SI ESTAN CON UNA, MIENTRAS SEA UNA RELACION SINCERA.”</p> <p>“DISCRIMINACION TOTAL.”</p> <p>“LA PROBLEMÁTICA ES QUE NO PUEDEN TENER UNA NOVIA, UNA AMIGOVIA, PORQUE A LA MUJER NO HAY QUIEN LAS ENTIENDA (...) PORQUE EL NO ESTA DE ACUERDO NI CON SUS PROPIOS PARES DE COMO TRATAN A LAS CHICAS.”</p> <p>“ES MUY SENSIBLE, TODO LE DUELE, TODO LO PONE MAL. Y TIENE GANAS DE MORIRSE.”</p> <p>EN RELACION A LA VISUALIZACION DE LOS PROBLEMAS “YO CREO QUE, VA A MI ME PARECE QUE SI.”</p> <p>“SE SIENTEN QUE NO ENCAJAN, ES COMO DIFERENTE.”</p> <p>“SE SIENTE TRAICIONADO, CON ALGUNA NOVIECITA, EL SUFRE POR TODO.”</p> <p>“DE PRONTO EL PROBLEMA LO VEMOS NOSOTROS, O LO PODEMOS VER.”</p>
	M	<p>“HAY UNA RUPTURA BASTANTE IMPORTANTE ENTRE LOS CHICOS DEL CAMPO Y LA CIUDAD (...) A LOS CHICOS LES CUESTA MUCHO LA INCLUSION Y SIEMPRE QUEDAN COMO...NO SOLO POR LOS CHICOS EH! LOS GRANDES Y LOS MISMOS PROFESORES.”</p> <p>“YA VIENEN ESTIGMATIZADOS, ¿ME ENTIENDEN? TERRIBLE CHICOS (...). TOMAN EL TRANSPORTE ESCOLAR PARA UNA ESCUELA SECUNDARIA (...). CON EL SOLO HECHO DE QUE SE BAJEN LOS DEL CAMPO YA TIENEN UN ESTIGMA.</p> <p>“ESE MIEDO, CON LA MIRADA DEL OTRO. (...) ¿CÓMO SON LAS PERSONALIDADES DE CADA UNO?, ¿CÓMO PUEDE DESARROLLARSE DE UNA MANERA O DE OTRA?</p> <p>“YO CREO QUE YA, LA PARTE DE LAS RELACIONES SE VA MUY AL LIMITE (...) CHICOS QUE YA SE PASAN DE LA RAYA, SE VAN A LOS EMBARAZOS. CREO QUE EL 99.9% SON TODOS EMBARAZOS DE 13-14 AÑOS (...) TODAS DE CHIQUITAS QUEDAN EMBARAZADAS.”</p> <p>“OTRA COSA QUE VEO TAMBIEN. (...) ES ESO HOY ESTOY CON VOS Y MAÑANA ESTOY CON VOS. ME DA LO MISMO. (...) COMO QUE NO VALE NADA.”</p> <p>“PARA MI NO LO VEN COMO UN PROBLEMA.”</p> <p>“ESTO DEL EMBARAZO, YO TE DIGO QUE LO CHARLO MUCHO CON LAS CHICAS. (...) PERO LO CHARLO CON LOS VARONES TAMBIEN.”</p>

VISIONS SOBRE EL ADOLESCENTE	R	<p>"Y...ES UN ADOLESCENTE, ADOLECE."</p> <p>"ES LA MEJOR ÉPOCA DE LA VIDA DE CUALQUIER SER HUMANO, LO QUE PASA ES QUE UNO LO TOMA COMO ÉPOCA DE DESASTRES."</p> <p>"ÉPOCA DE LIBERTADES, POCA CONCIENCIA, REBELDIA."</p> <p>"COMO UNO LOS TRATE O COMO UNO LOS TENGA EN CUENTA, ES COMO ELLOS REACCIONEN."</p> <p>"IGUAL NO TE DAN BOLILLA, SE LO DIGAS, COMO SE LO DIGAS."</p> <p>"NO LE TIENEN MIEDO A NADA. (...) NOSOTROS LE TRANSMITIMOS."</p>
	T	<p>"VIVEN MUY EL HOY. DE PRONTO COMO SOY MAS GRANDE, MI ADOLESCENCIA NO TIENE NADA QUE VER, MUCHO, CASI NADA CON LA ADOLESCENCIA DE HOY. NOSOTROS TENIAMOS OTRO PROYECTO, QUERIAMOS CAMBIAR EL MUNDO. ELLOS VIVEN EL HOY. SON DE PRONTO MUY DIFERENTES LAS MIRADAS, NO DIGO QUE ESTE MAL, (...)</p> <p>"JOVENES, PROYECTOS, CRISIS GENERACIONAL"</p> <p>"HAY CONDUCTAS, COSTUMBRES O COSAS QUE ELLOS CONOCEN MAS QUE NOSOTROS (...) ELLOS SABEN COMO COMPORTARSE EN LA CALLE Y A NOSOTROS NOS DA UN POCO DE MIEDITO "</p> <p>"LAS COSAS QUE LE DICE UN GRANDE LAS TOMAN MUY ENSERIO. DIGO, ME PARECE UN SER PENSANTE, AL QUE HAY QUE ESCUCHAR Y HABLAR EN FORMA CLARA Y HONESTA. BUSCAR QUE ELLOS LA RESPETEN."</p>
	M	<p>"ADOLECE. TIENE DOLORES POR TODOS LADOS Y LOS EXPRESA."</p> <p>"REBELDE."</p> <p>"MUY INSEGURA."</p> <p>"COMO QUE CUANDO UNO ESTA PASANDO ESA ETAPA LO VIVE COMO UN DESAFIO Y NO DISFRUTA DE LA ETAPA EN SI, LE DAS VALOR DESPUES."</p> <p>"ETAPA DE LA VIDA DONDE SE DESCUBREN EMOCIONES, VINCULOS, ETC."</p> <p>"HAY QUE SER MUY TRANSPARENTE CON EL ADOLESCENTE. EL ADOLESCENTE TIENE EL PODER DE HACER UNA RADIOGRAFIA EL ADULTO."</p> <p>"TENEMOS QUE ESCUCHARLOS, POR ESO TENEMOS QUE TAMBIEN DARLES UN LUGAR. YO, LO QUE VEO ES QUE HAY MUCHO QUE APRENDER DE ELLOS."</p> <p>"ESTAN ACOSTUMBRADOS A OTRO TRATO. NO SON UNA COSA."</p> <p>"NO TIENEN IDEA, NOCION DEL PELIGRO. NOSOTROS SOMOS LOS QUE TRASMITIMOS MIEDOS."</p>
DEFINICION Y MODELO DE COMPRESION DE LAS ANS	R	<p>"NO SE QUIEREN LOS SUFICIENTE, COMO PARA CUIDARSE." (INCLASIFICABLE)</p> <p>"FALTA DE AUTOESTIMA" (INCLASIFICABLE)</p> <p>"PARA MÍ LA AUTOLESIÓN, ES ESTO DE LASTIMARSE (...) YO CUANDO ERA CHICA ME MORDIA (...) CHICOS QUE SE MUERDEN O CHUPAN PARA DEJARSE MARCADO, NO SE PORQUE" (INCLASIFICABLE)</p> <p>"PARA MI UNA AUTOLESION ES LASTIMARTE, PORQUE SE TE CRUZÓ POR LA CABEZA, NO PUEDO EXPLICARLO" (INCLASIFICABLE)</p> <p>"SIGUEN LA MANADA EN LA MODA" (A CLASIFICAR)</p> <p>"POR MAS QUE LO HAGAN LOS ADOLESCENTES, EL PROBLEMA ES DE LA FAMILIA (...) DESDE QUE NO LO SUPISTE CONTENER (...) DEL ADULTO, NO DE LA FAMILIA" (A CLASIFICAR)</p> <p>"ESO TAMBIÉN ES UNA AUTOLESIÓN, EMBARAZARTE A LOS CATORCE AÑOS" (INCLASIFICABLE)</p> <p>"LOS PIBES SE AGARRABAN DEL COGOTE Y ESPERABAN A QUESARSE MORADOS HASTA QUE SE DESMAYABAN"(BUSQUEDA DE SENSACIONES)</p>
	T	<p>"COMO QUE ESTÁ DE MODA (...) ASÍ COMO UNOS SE TATÚAN, OTROS SE LASTIMAN" (A CLASIFICAR)</p> <p>"Y DOLOR, PARA MÍ DOLOR" (INCLASIFICABLE)</p> <p>"LESIÓN LEVE NO ES (...) ES SOLO UN LLAMADO DE ATENCIÓN" (INFLUENCIA INTERPERSONAL)</p> <p>"TIENE QUE PASAR POR UNA DETERMINADA SITUACIÓN, TIENEN QUE HABER UNA SITUACION QUE TE LLEVE A HACER UNA COSA ASÍ" (INCLASIFICABLE)</p> <p>"YO CREO QUE TIENE QUE VER CON LAS CONSTRUCCIONES SOCIALES" (A CLASIFICAR)</p>
	M	<p>"EL DAÑO QUE SE HACEN ELLOS. POR AHÍ, PUEDE SER UNA LESION POSITIVA O NEGATIVA. SI ES POSITIVA, NO SE TOMA COMO UNA AUTOLESION (...) A VECES TE PUEDE MARCAR, POSITIVAMENTE O NEGATIVAMENTE, ALGO Y QUEDA (...) LUEGO CON LOS AÑOS (...) PORQUE NOS PASA PSICOLOGICAMENTE QUE, CON LOS AÑOS, NOS SURGE ESA LESION." (NCLASIFICABLE)</p> <p>"QUIZAS SE PUEDE INCREMENTAR UN POCO MÁS EN LA ADOLESCENCIA (...) ES UN MOMENTO EN EL QUE EL ADOLESCENTE SIEMPRE QUIERE LLAMAR LA ATENCIÓN AL MEDIO (...) PERO QUE LA AUTOLESION SE DA SIEMPRE, SE DA SIEMPRE, LOS CHICOS CHIQUITOS TAMBIEN SE AUTOLESIONAN Y LOS ABUELOS TAMBIÉN" (INFLUENCIA INTERPERSONAL)</p> <p>"ES ALGO MUY FUERTE, TODO ESTÁ ENMARCADO EN LO SOCIAL (...) DESDE EL MOMENTO QUE EL PAPÁ, LO MANDAN A LA ESCUELA PARA QUE COMAN, NO TIENE LA ATENCIÓN" (A CLASIFICAR)</p> <p>"ES UNA ENFERMEDAD SOCIAL (...) ESTÁ EL QUE SE PELLIZCA, EL QUE SE GOLPEA (...) NO SE SI ES UNA ENFERMEDAD EN SÍ MISMA PERO SÍ NECESITA UN TRATAMIENTO Y TIENE QUE HABER UNA EXPLICACIÓN. YA SEA FÍSICA O EMOCIONAL A ESE SÍNTOMA" (INCLASIFICABLE)</p> <p>"YO CREO QUE LAS AUTOLESIONES EN EL ADOLESCENTE TIENEN UNA RESPUESTA EMOCIONAL, NO CREO QUE SEA ALGO FÍSICO DEL CHICO, HAY ALGO QUE QUIERE SOLUCIONAR EMOCIONALMENTE" (REGULACION DE LOS AFECTOS)</p> <p>"SI BUENO EMOCIONAL, SOCIAL (...) NO SABEN COMO RESOLVER ALGO, COMO RESPUESTA A UNA EXCLUSIÓN. ES LA FORMA QUE TENDRÁ EL ADOLESCENTE DE EXPRESARSE" (REGULACION DE LOS AFECTOS)</p> <p>"ES SOCIAL, NO INDIVIDUAL" (A CLASIFICAR)</p> <p>"IMPLICA SUFRIR (...) TIENE QUE VER CON LA AUTOESTIMA DE CADA PERSONA" (NCLASIFICABLE)</p> <p>"PODER EXPRESAR QUIZÁS EN ALGO FÍSICO LO EMOCIONAL" (INCLASIFICABLE)</p> <p>"EL ADOLESCENTE NO TIENE ATENCION DE LA FAMILIA" (A CLASIFICAR)</p>

VISION SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE ANS	R	<p>"EL CORTE ES ALGO QUE TE DEJA COSAS EN LA VIDA (...) QUE PARA MÁS ADELANTE TE VA A SEGUIR DESTRUYENDO"</p> <p>"A UNA AMIGA MÍA QUE ES DIRECTORA EN UNA ESCUELA SE LE SUICIDÓ UNO DE LOS CHICOS, Y EL RESTO, TRES O CUATRO, ASÍ EN CADENA, QUISIERON HACER LO MISMO"</p> <p>" CORTAR NO SÉ (...) NO CREO QUE SEA TAMPOCO UN PROBLEMA EXCLUSIVO DE LOS ADOLESCENTES"</p> <p>"LOS PIBES SE AGARRABAN DEL COGOTE ASÍ Y ESPERABAN HASTA QUEDARSE MORADOS, HASTA QUE SE DESMAYABAN (...) ENTRA EN AUTOLESIÓN"</p>
	T	<p>"Y SE VE"</p> <p>"SI HAY ALGO DIFERENTE, YA TE ESTÁN DISCRIMINANDO"</p> <p>"UNA COSA ES EMBARAZARTE (...) LASTIMARTE, NO SE, PARA MÍ ES OTRA COSA"</p> <p>"CAPAZ ES COMO UNA CUESTION DE AUTOESTIMA, DE YO PUEDO, PORQUE SI VOS PUDISTE, PORQUE YO NO. ¿SOY CAGÓN?"</p> <p>ES UNA PROBLEMÁTICA (...) NO SE PORQUE ALGUIEN PUEDE LLEGAR A LASTIMARSE SIN EL INTERÉS DE MATARSE"</p>
	M	<p>"SIGUEN LA MANADA"</p> <p>"LA AUTOLESIÓN NO SE SI ES UNA ENFERMEDAD EN SÍ MISMA, SÍ CREO QUE ES ALGO PARA TRATAR"</p>
ABORDAJE DE LAS ANS	R	"YO CREO QUE HAY QUE INTENTAR PONERLE A LOS CHICOS SU AUTOESTIMA LO MAS ALTO POSIBLE"
	T	"PARA MI ES MOTIVO DE CONSULTA, NO HAY QUE DAJARLO PASAR"
	M	"EN VEZ DE IR AL CHOQUE, PREGUNTAR (...) PREGUNTARNOS A NOSOTROS MISMOS ¿QUÉ LE ESTA PASANDO?"
ROL DEL ADULTO RESPECTO SU RELACION CON ADOLESCENTES	R	"PARA MI EN TODO PRIMERO, HAY QUE EDUCAR A LOS PADRES (...) LA FALTA DE APOYO DE LOS PAPÁS ES MUY IMPORTANTE."
	T	"CREO QUE MUCHOS ADULTOS NO SE DAN CUENTA DE ESTE LUGAR DE REFERENTES, A VECES SE DICEN COSAS QUE PARA UN ADOLESCENTE PUEDE SER UNA TRAGEDIA. EL ADULTO A VECES NO SE DA CUENTA DE ESE PODER."
	M	"QUIZAS YO DESDE MI LUGAR, ES MAS FACIL TRANSMITIRLE ESO A LOS NIÑOS, (...) NOS TOMAN MAS EN SERIO (...) ESCUCHAN MUCHO LA EXPERIENCIA DE OTRO Y POR AHÍ LA TOMAN MAS PROPIA. (...) NO ME TRATAN DE VOS COMO A UNO MAS, AHÍ ES CUANDO VOS TE DAS CUENTA QUE ELLOS TE TOMAN UN POQUITO EN SERIO. VEO QUE LOS CHICOS BUSCAN MUCHO REFUGIO EN LA ESCUELA (...) ES BUSCAR EL VINCULO, QUE ALGUIEN SE PREOCUPE, QUIZÁS ESO Y UNO LE VA INCULCANDO CUIDENSE, EMPIECEN A VALORAR."

ANEXO 9

ESPECIALISTAS: COMENTARIOS TEXTUALES DE LOS ENTREVISTADOS SEGÚN CATEGORÍAS DE ANALISIS

OTRAS PROBLEMATICAS (ESPECIALISTAS)

Es muy importante entender los problemas que pasan en la adolescencia, no como algo que empieza en la adolescencia, sino que empieza atrás, en los primeros años de construcción de ese edificio que sería el yo del chico, digamos. Si ese yo no estuvo bien construido, cuando llega a la adolescencia, puede digamos, empezar eh. A derrumbar o a tener una serie de síntomas y de problemáticas.

Incomprensión

Nos encontramos con una adolescente que tuvo fallas tempranas que no permitieron armar un autoestima y un yo más o menos firme, frente a esos cambios, por ahí, le pueden resultar tan insoportables que hace un trastorno alimentario

Incorporar, incluir, escribir en su psiquismo esos nuevos cambios corporales

Desidealizar a los padres de la infancia

También hay varones que se cortan, hay varones con trastornos alimentarios, pero hay más proporción de varones que hacen trastornos de conducta, y hacen hétero-agresiones, agresiones hacia fuera. Las mujeres son más de auto-agresiones, se soportan también agresiones.

Nosotros vemos muchos casos de así y cuando empieza la pubertad aparece el trastorno alimentario y muchas veces también los cortes van junto, aquí los cortes empiezan a ser más profundos y peligrosos y luego aparecen las ideas de muerte, de suicidio

Macro: conflicto social y familiar, vincular. Violencia naturalizada

Micro: consultas por síntomas, somatizar. Falta de cuidado en la sexualidad. La falta de autocuidado. No por falta de información, por omnipotencia. No piensan a largo plazo, característico de su psiquis. Género.

Ambos tienen desencadenantes, generalmente familiares o entorno cercano

VISION SOBRE EL ADOLESCENTE (ESPECIALISTAS)

La adolescencia es una tumultuosa etapa de la vida en la que tiene que haber, tiene que pasar algo muy fuerte, algo así como una especie de escándalo grande, donde todo se mueve de lugar. Y, ¿por qué? Porque es como que es un momento de la vida donde lo infantil tiene que de a poco ser, digamos, eh.. Reemplazado por otro momento donde el, digamos, el que antes era un niño, va a hacer todo un trabajo psíquico y social para poder separarse de los padres de la infancia, construir su propia identidad, o sea "quién soy yo (a diferencia de mis padres, o de los adultos que me criaron)", y "quién soy yo, en relación a lo vocacional y en relación también a lo amoroso, eh.. En relación a, bueno, cuál es mi orientación sexual, cómo es mi identidad sexual, eh. Cómo son mis vínculos con los otros, si?

Por otro lado, también, digamos, es eh.. Un momento en el que el adolescente va a tener que apropiarse de esos cambios corporales muy importantes, bruscos

Es como que se pueden diferenciar de los padres. Y pueden separarse mentalmente en la medida en que se sienten que tienen una pertenencia a otro grupo, o a un grupo de amigos, o a un grupo escolar, o de digamos, o bueno un club

Empiezan a manejar dinero, y que son muy influenciables

Es como si la diferencia tuviera que marcarse en una conducta.

Adolescente como problema. Adolescente que quema, quien se hace cargo.

Persona. Proceso. Diferenciarse. Ser parte. No sufrimiento por se.

Sub clasificación de adolescencia por edades/características en tres momentos

Se opone a la vulnerabilidad

Proyecto de vida (en etapa tardía y en el mejor de los casos)

Como una crisis, un momento o una etapa evolutiva, un momento de cambio, un momento de cambio de piel. Dentro de los adolescentes la esfera psíquica hay que tenerla muy en cuenta, porque se está conformando la personalidad, la idea de una madurez, de un duelo de un cuerpo y recibir otro, un duelo de los padres.

Tiene que ver con la edad cronológica, entonces, hasta 19 años tomamos. Pero lo cierto es que tenés muchas características del adolescente, pasados los 20 años, también. Esto de estar en una situación de crisis o esto del crecimiento y mucha soledad se ve también

La sensación de que muchas veces son los difíciles de la sociedad, los complicados. No encajan. Fíjate que, dentro de la estructura del hospital, vos tenés pediatría, y no entran, y tenés sala para adultos, y no entran tampoco. Entonces cuando hay un adolescente, es casi tener un problema. Esa es por ahí la definición de hoy, la sensación de crisis, acompañada de la sensación de soledad que tienen. Estar en búsqueda de ese espacio y nosotros como adultos tampoco les podemos terminar de dar ese espacio. Es como si fuesen casi inmortales. Pareciera que no les va a pasar nada a ellos.

Ir medio a los golpes, como pueden, imponiéndose.

Rebeldes

La estructura psíquica está en construcción. En ese momento está como un poquito más definiéndose.

MODELOS DE COMPRENSION DE LAS ANS (ESPECIALISTAS)	
MODELO DE LA REGULACION DE LOS AFECTOS	<p>El cortarse hoy es un modo de expresión de un malestar que muchas veces no se sabe cuál es pero hace que el adolescente no pueda soportar las transformaciones que está viviendo. El dolor corporal se pone en el foco y queda en el fondo el dolor psíquico.</p> <p>Porque se sintieron mal, por angustia, no sabía que hacer, para descargarse. Bronca como desencadenante además de la angustia, frente al querer pegarle al padre quien le pega a la madre, pero no poder, se cortan.</p> <p>Sentir que pueden canalizar toda la bronca que tienen a través del sufrimiento, del dolor que experimentan y de la sangre que ven.</p> <p>Muchas veces tiene que ver con alguna cuestión muy particular que sufrieron en sus vidas y que fue algo puntual y que les quedó como una cicatriz en relación a eso.</p> <p>Algunos lo nombran como estados de ira, y ante la imposibilidad de descargarse, aparecen cortes en la piel.</p>
MODELO DE DISOCIACION	<p>Manera de saber que existe.</p> <p>Necesidad de sentirse vivos.</p>
MODELO DE CONDUCTA SUICIDA ALTERNATIVA	<p>Asiente que al autolesionarse evita el suicidio.</p> <p>“Quiero como desaparecer”.</p>
MODELO DE LA INFLUENCIA INTERPERSONAL	<p>Es como si alguien juega a las escondidas y espera que lo busquen y nadie lo hace y se tiene que quedar para siempre escondido porque en realidad no hay nadie que esté pensando en él, es muy fuerte, yo creo que algo de eso siente un adolescente cuando se corta, o deja de comer, es como que está convocando al ambiente a ver si reacciona, si registra, si lo tiene o no lo tiene presente y confirmar que no esta es cada vez más doloroso.</p> <p>Intento de llamado de atención o como un alerta para sus padres o para sus pares en función de que necesitan ayuda o que necesitan una atención diferencial.</p> <p>Es un llamado de atención y un pedido de ayuda.</p> <p>Si pensamos en lo visible. Cortes o marcas en la piel. Pero si lo pensamos desde lo psicológico, es el llamado a otro, a la presencia de un otro.</p>
MODELO DE LOS LIMITES PERSONALES	
MODELO DE CASTIGO	
MODELO DE BUSQUEDA DE SENSACIONES	
A CLASIFICAR	<p>Los que se cortan con un corte superficial y que cuando enseguida interviene el adulto y le dice que “esto no lo puedes hacer”, enseguida bajan y se cuidan y no lo hacen más.</p> <p>Cuando están expuestos mucho tiempo a una situación de hostilidad y de malestar, se enganchan con el estado depresivo y de angustia.</p>
INCLASIFICABLE	

ABORDAJE DE ANS EN ADOLESCENTES (ESPECIALISTAS)

Muchas veces hay que decidir la internación para aunque sea cuidarla, hacer un shock en la familia y que se den cuenta de la gravedad de a donde llegaron y que el chico pueda empezar a ser cuidado de otra manera.

Muy importante, super importante. Ya la detección me parece desde la infancia, que el trabajo interdisciplinario de los pediatras con los psicólogos para poder entender.

Los verdaderos agentes de salud mental de nuestra sociedad, no son los psicólogos. A los psicólogos nos llegan los casos que ya tienen algún daño, ya tienen síntomas. Los verdaderos agentes de salud mental son los pediatras y los docentes y los profesores de los talleres, clubes, actividades que hacen los niños y adolescentes. Que están en contacto con ellos y que tienen que tener elementos para detectar. Mirarlo, revisarlo, y estar advertida de que esto pasa y tener en cuenta que muchas veces va a haber negación, o que va a haber. "BUENO No es importante"

Muchas veces los chicos y los adolescentes no lo cuentan y menos en una primera entrevista, que hay que darle un tiempo a la confianza, y que muchas veces el relato de cosas traumáticas, sobre todo el abuso, no aparece como un relato verbal, sino que puede aparecer porque de golpe se larga a llorar, o porque no se deja revisar, porque no se deja mirar los genitales, no se deja tocar, porque tiene una gran inhibición para desvestirse.

Es muy importante trabajar desde la parte psicológica con la familia, porque hay que construir condiciones ambientales que no están, digamos, para que el adolescente se sienta cuidado y aprenda a autocuidarse, porque no se puede autocuidar porque no fue cuidado.

Trabajar en equipos interdisciplinarios

Terrible, prejuicios, falta de tiempo. Admitir que la internación al menos para los adolescentes es un ambiente hostil.

Información /consejería /acompañamiento /longitudinalidad como algo necesario.

"nos formamos un poco en psicología, pero no lo somos."

Trabajar en visualizar las consecuencias de los actos. Reducción de daños. "no haces conexión de riesgo, de acto-consecuencia" "si sabes que esto es un problema, porque te seguís exponiendo?"

Autolesión hallazgo del examen físico. Muñequeras.

"¿qué te está pasando para que te lastimes así?"

Trabajo en equipo con mejores y peores funcionamientos.

Ideal en equipo, no es frecuente. Ver red de contención. Trabajar con la escuela.

Citarlo más seguido. No apabullarlo en la primera consulta a menos de riesgo de muerte inminente. No desestimar el motivo de consulta inicial, aunque no sea la autolesión.

La mayoría de los quilombos son con la familia conocer por donde se mueve el adolescente

Examen físico en la primera consulta salvo excepción.

Con el adolescente a solas

Ofrecerse de intermediario o compañía en la charla de ciertos temas

Escuela. Pesquisa cuando hay vínculo. Espacio de escucha

Uno lo que tiene que hacer es acompañar. Uno no baja línea. Buscar la manera se replantee lo que sucede, porque si, porque no. Me ayudo mucho a hacerlo con todo el mundo, y en la vida misma. No juzgar al otro, correrse del lugar de formación hegemónica. Ser herramienta para el otro.

Espacios diferenciales, abiertos, opciones de turno, mínimo 30 minutos, dedicarles tiempo, a solas. La mayoría no van a ir a consultar, ir a donde están.

Herramienta clap-oms y headsss

No hay capacitación-Formación cuadrada

Marco Legal.

Empoderamiento.

Trabajo sin cambiar nada de lo establecido, la autoridad, la hegemonía, la cultura del miedo, del trabajo a la defensiva, la verticalidad.

La esfera psíquica hay que tenerla muy en cuenta

Espacio disponible sin turno

Autolesión como indicador de riesgo que hay que atender

Ir más profundo, de fijarme como estuvieron emocionalmente en ese momento, como están con su familia, con su entorno, si se sienten contenidos, si tienen bronca

Idealmente sería el abordaje familiar, institucional e individual, a través de psicoterapia sobretodo.

Muchas veces el abordaje necesita que los padres intercedan y ahí se complica, por tiempos y por ganas de los padres y por no poder visibilizar el problema como un problema de ellos

Factor de riesgo, como un signo de alarma, donde hay que pesquisar otras cuestiones contextuales

En la revisión clínica yo al adolescente le pido que se saque la remera

Investigar con los adolescentes para tener la pata del protagonista

Para trabajar el tema también en la esfera individual, en la consulta cada uno cuando le toca una situación de estas y a nivel grupal, yo lo haría sobre todo a nivel educativo, a nivel de talleres de promoción de la salud.

Empatía. Vínculo de confianza con el adolescente, de que se siente que puede tener un espacio disponible. Esta cuestión de la facilitación y de la accesibilidad me parece también que es algo muy importante, porque los adolescentes no suelen consultar regularmente y cuando vienen a la consulta tienen que, a mi criterio, ser escuchados de alguna manera, aunque sea para decirles "bueno, venite el martes" pero

que tenemos que poder abrir nuestra agenda a la posibilidad de que ellos tengan un espacio de contención, facilitando la accesibilidad.
Espacio para que circule la palabra
Trabajo con la palabra. Generar el vínculo. Que quiera quedarse en el espacio y uno querer recibirlo. En lugar de marcar sobre la piel, poder poner en palabras aquello que no pudiste decir.
Otro modelo de atención posible
Yo creo que primero hay que hacer un trabajo individual, para que no se identifiquen con el signo de la autolesión y aparezca el sujeto detrás de ella
Conociendo la historia y notando por ahí algún comportamiento distinto.
Sería darle el espacio para que se pueda abrir y escucharlo.
En las escuelas, a veces hace más ruido el chico que se puede alborotar, porque alborota una clase, que el silencioso. Y quizás el silencioso tenga necesidad de decir algo distinto, que el que está gritando, o rebelándose, propio por ahí de la edad.
Con los adultos, por ahí en como poder escuchar. O como darles el espacio a los adolescentes. U otras actividades. Yo no insistiría tanto en ese punto, sino en abrir otras cuestiones que tengan que ver con la vida. Esto de, ¿por qué te encerrás en esto? Si yo insisto en algo, como que refuerzo esto. Es como lo que les decía hoy del grupo de "los autolesionados". Entonces vos te etiquetás de alguna forma.
Incluirlos desde otro lugar: el deporte, grupos de pares desde la música, hay espacios abiertos ahora. Hay ahora lugares donde se pueden encontrar, y quizás ahí sí estaría bueno estar atentos. Para que puedan decir, a quien se puedan acercar.
Consultoría de adolescente o un espacio de adolescencia, no estaría mal. Ahí salen los temas... ellos tienen los temas que interesan, más que nosotros.

DETECCION DE ANS (ESPECIALISTAS)

Los padres muchas veces no se dan cuenta, a veces se da cuenta alguien de la escuela, o unas compañeras, o la mamá de una amiga que se lo comenta a la mamá y la mamá no se había dado cuenta del adolescente o llegan por otra cosa a la consulta y lo detecta el pediatra de adolescentes.
Hay más casos de los que se detectan en las consultas. Sí, yo pienso que sí, hay más casos, hay como un sub registro de casos.
Es muy importante que esto esté en la cabeza de los docentes, en la cabeza de los médicos, pediatras o que trabajan con adolescentes para poder entender como aparece esto en la consulta y poder detectarlo
A mí me parece que eso se puede hacer pero hay que ser muy cautos porque por ejemplo nosotros hicimos una investigación para el congreso de adolescencia que es la semana que viene, y cuando preguntamos por autolesiones en una encuesta escrita y anónima, muchos eso no lo contestan, entonces tenemos pocas respuestas, y de esas pocas respuestas tenemos un resultado que no debe corresponderse con la realidad. Pero bueno nosotros lo hicimos en una encuesta por escrito y anónima. Pero bueno hay que tal vez ampliarla mucho, hacer un gran número para que te arroje.
No es motivo de consulta
Se ve mucho más en adolescentes
Subregistro, más dificultades en el acceso, sesgo por especialidad
No hay estadística, pero se ve bastante
La mayoría del cutting, rascarse, arrancarse el pelo, golpearse la cabeza
También se me ocurre dentro de las autolesiones todas las relacionadas con trastornos alimentarios: anorexia, bulimia, vómitos provocados.

