



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

“ESTAR AL LÍMITE”: DIFICULTADES EN EL VÍNCULO MATERNO Y AUTOLESIONES EN UN ADOLESCENTE

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MASTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ANA CECILIA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

TUTOR PRINCIPAL:

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MTRA. ROSALINDA LOZADA GARCÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO Y GÓMEZ MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CUIDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., DICIEMBRE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Facultad de Psicología

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

A cada una de mis profesoras y supervisoras

A mi tutora, la Mtra. Asunción Valenzuela

A mi revisora, la Mtra. Rocío Nuricumbo

A la Dra. Emilia Lucio

A mis compañeras

A cada uno de los niños y niñas, así como a sus familias

¡GRACIAS!

Sin alguno, este sueño no habría podido ser cumplido...

Dedico este logro a Dios, a mi familia, en especial a mis papás, a mi esposo, a Sofi y cada una de las personas que creyeron en mí y me apoyaron, los amo.

Contenido

Agradecimientos	1
Resumen	4
Introducción	5
Capítulo 1. Adolescencia	
Perspectiva histórica.....	8
Definición.....	8
Desarrollo físico.....	11
Desarrollo cognitivo.....	13
Desarrollo social.....	14
Desarrollo emocional.....	15
Factores de riesgo.....	18
El papel de los padres.....	23
Identidad.....	27
Perspectiva psicodinámica.....	30
Capítulo 2. El vínculo que une al niño con su madre: Apego	
Reseña histórica.....	36
Desarrollo del apego.....	39
Diferentes organizaciones del apego.....	40
Desarrollo de la seguridad.....	43
Papel de las figuras de apego en el desarrollo de los niños.....	44
El apego y la representación del cuerpo.....	50
El papel de la sociedad.....	58

Apego y psicopatología.....	59
-----------------------------	----

Capítulo 3. Autolesiones

Definición.....	61
Epidemiología.....	63
Modelos teóricos de las autolesiones.....	65
Diferencia entre autolesiones y riesgo suicida	79
Intervención en autolesiones.....	83
Importancia del trabajo con los padres.....	90

Capítulo 4. Método

Justificación y planteamiento del problema.....	92
Pregunta de investigación.....	93
Objetivo General.....	93
Tipo de estudio.....	93
Variables.....	93
Hipótesis clínicas.....	94

Presentación de caso clínico.....	95
--	-----------

Discusión y conclusiones.....	121
--------------------------------------	------------

Limitaciones.....	138
--------------------------	------------

Referencias.....	139
-------------------------	------------

Resumen

El comportamiento autolesivo de los adolescentes es un problema actual y de suma importancia en cuestión de salud. El presente trabajo describe el estudio de caso de un proceso psicoterapéutico llevado a cabo con un adolescente de 12 años que presentaba autolesiones y con su madre, mismos que acudieron a solicitar el servicio a uno de los Centros de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la UNAM en el cual se planteó como objetivo el abordaje de tal conducta entendido desde del vínculo, destacando la importancia que tiene la figura materna el proceso de desarrollo y funcionamiento de la personalidad. Cabe mencionar que dicho caso fue abordado a manera de práctica supervisada en Cámara de Gesell en la modalidad coterapia. En los primeros capítulos se describen, derivado de una búsqueda de información, los principales conceptos en relación la etapa de la adolescencia, enseguida se aborda la importancia del vínculo, con énfasis en el que se establece con la madre, así como también de sus dificultades, y en tercer lugar se presenta una revisión teórica actual en torno a las autolesiones. Posteriormente se hace la presentación del caso antes mencionado así como una breve descripción y análisis del proceso de intervención llevado a cabo con el menor y las sesiones alternadas con su madre; finalmente se planten la discusión y las principales conclusiones que surgen del análisis de la información y los resultados obtenidos, además de las limitaciones y sugerencias del trabajo.

Introducción

La autolesión consiste en una conducta por medio de la cual el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado. Además, se realiza con esperanzas de aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, para resolver una dificultad interpersonal, o para inducir un estado de sentimientos positivos (American Psychiatric Association, 2014), cabe destacar que tal dolor emocional no ha podido ser manejado de otra forma por quien lo realiza (Santos, 2011), y tiene componentes tanto biológicos, como sociales y psicológicos (Nader & Boheme, 2003), mismos que se pueden asociar con la etapa de la adolescencia al caracterizarse por los cambios en el individuo precisamente en las esferas física, cognitiva, emocional y social (Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

Anteriormente se consideraba que la autolesión era un problema de poca frecuencia, y fue a partir del año 2003 (Nader & Boheme) que algunos clínicos empezaron a observar en su práctica un incremento de esta conducta, misma que puede adoptar múltiples formas de presentación, lo que dio pie a realizar revisiones al respecto debido al poco conocimiento que hasta ese momento se tenía sobre el tema, esto con la finalidad de conocer mejor el fenómeno, delimitarlo y poder reflexionar sobre el mismo.

Los comportamientos autolesivos son un fenómeno en aumento a nivel mundial (González, Vasco y Nieto, 2016). En lo que respecta a la Ciudad de México, en 2017 se realizó un estudio en el cual se encontró que de un muestra de 564 estudiantes universitarios, el 57.8% reportó al menos una ocasión de autolesión, con una edad de inicio para el 74.1% de entre 11 y 17 años, siendo los síntomas depresivos, en primer lugar, así como la ansiedad, la impulsividad, la autoeficacia y la regulación emocional los factores más relevantes para entender la conducta de autolesión (Castro, Benjet, Juárez, Jurado, Lucio & Valencia). En otro estudio con adolescentes mexicanos, se ha reportado una frecuencia de autolesiones de 17.1%

(Mayer, Morales, Victoria, & Ulloa.; 2016), el asunto es de tal magnitud que actualmente las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas internacionales han propuesto incluir las conductas autolesivas no suicidas como una categoría independiente.

Cabe mencionar que las dos principales herramientas de las que se tiene registro para hacer frente a la conducta de autolesión son la farmacoterapia y la psicoterapia (Nader & Boheme, 2003). Mollà y colaboradores realizaron un metaanálisis en el año 2015, en el cual se documentaron las principales intervenciones que han demostrado mayor efectividad, estas son las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC), Terapias basadas en mentalización y Terapia multifamiliar, tratamiento con los cuales se observan disminuciones significativas de las autolesiones. Si bien, la intervención basada en un modelo cognitivo-conductual se dirige principalmente a un cambio en el pensamiento suicida y negativo, así como también en los déficits de resolución de problemas mediante el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales para enfrentar situaciones que provocan autolesiones, y se puede centrar en la identificación y modificación de mecanismos que mantienen las autolesiones. (Stanley, Fineran & Brodsky, 2014), Conterio y Lader en 1998 (tomado de Whitlock & Selekman, 2014) plantearon y utilizaron un modelo de tratamiento multifacético integrador que incorpora principios psicodinámicos y estrategias cognitivo-conductuales en el trabajo individual y grupal para las conductas autolesivas, dicho programa tiene un componente destinado a ayudar al paciente a entenderse mejor a sí mismo, al mismo tiempo que también un componente de estrategias de afrontamiento, en el que se aprenden modos más saludables de relacionarse y resolver problemas. Por lo tanto, cabe destacar la importancia de considerar la necesidad de un abordaje multidimensional en el que se considere por paciente, los diferentes factores que puedan explicar la problemática que presente, ya sea en la esfera personal o contextual.

Por lo anterior, atendiendo a la necesidad mencionada previamente y considerando observando un incremento en la demanda de atención en los Centros de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la UNAM para esta

problemática, se analiza en el presente trabajo el proceso de intervención psicoterapéutico con un adolescente con reporte de autolesiones desde un enfoque integrativo que parte de una comprensión multidimensional del caso en la cual se incluye la perspectiva psicodinámica, y en el cual se emplearon técnicas tanto psicodinámicas como cognitivo conductuales, además de la intervención con la madre básicamente mediante el recurso de la psicoeducación.

Se pueden considerar, entre los resultados obtenidos, que destaca el reporte de la desaparición de la conducta autolesiva, y en el cual es preciso poner especial atención a la dinámica del proceso de vinculación primaria deficiente y con ello a la promoción de una vinculación materna más sólida, sensible y cálida y sólida, en función del manejo y la prevención de la conducta autolesiva. Aunque también resulta preciso destacar el trabajo de vinculación llevado a cabo por las terapeutas en un escenario de empatía, escucha asertiva, modelamiento de conductas adaptativas, identificación de alternativas de solución a diferentes situaciones y planteamiento de distintos escenarios para la toma de decisiones, así como el trabajo en función de la solución de conflictos.

De manera general, los tres primeros capítulos conforman el marco teórico del trabajo, en el capítulo uno se revisan los principales conceptos en relación con la etapa de la adolescencia; en el capítulo dos se aborda el vínculo, con énfasis en el que se establece con la madre, así como también sus dificultades, y en el capítulo tres se llevó a cabo una revisión teórica actual en torno a las autolesiones. En el capítulo cuatro se hace la presentación de la metodología, así como de la presentación del caso clínico y la descripción y análisis del proceso de intervención llevado a cabo con el menor y las sesiones alternadas con su madre; finalmente se planten la discusión y las principales conclusiones que surgen del análisis de la información y los resultados obtenidos, además de las limitaciones y sugerencias del trabajo.

Capítulo 1. Adolescencia

Perspectiva histórica

A lo largo de la historia, el período de la vida que comienza con la pubertad y continúa durante la adolescencia se ha sido visto frecuentemente como problemático (Coleman & Hagell, 2007). Por ejemplo en la Antigua Grecia (siglo IV a.C.), tanto Platón como Aristóteles hicieron comentarios sobre la naturaleza de la juventud, según Platón, el razonamiento no es una característica propia de los niños, sino que aparece durante la adolescencia; por su parte, Aristóteles llegó a argumentar que el aspecto más importante de la adolescencia era la capacidad de elección y que esta autodeterminación se convierte en un sello distintivo durante la madurez, al mismo tiempo destacó también el egocentrismo de los adolescentes comentando que éstos creen que lo saben todo y además están bastante convencidos de ello (Santrock, 2003). Y es así como en los libros se citan personajes como Platón o Shakespeare que, desde hace siglos, veían a la adolescencia como en una etapa difícil (Coleman & Hagell, 2007).

La Edad Media fue una etapa que se caracterizó por considerar a los niños y adolescentes como adultos en miniatura, fue en el siglo XVIII que el filósofo francés Jean-Jacques Rousseau ofreció una visión más esperanzadora de la adolescencia al reestablecer la creencia de que ser un niño o adolescente no es lo mismo que ser un adulto, y es en el siglo XX que se empezó a estudiar científicamente éste periodo, hasta llegar a la construcción del concepto denominado actualmente como adolescencia. Entre 1980 y 1920, diversos psicólogos, reformadores urbanos educadores, trabajadores y orientadores juveniles empezaron a dar forma al concepto de adolescencia, al hacer notar características tales como la pasividad y vulnerabilidad (Santrock, 2003).

Los historiadores consideran a G. Stanley Hall como el padre del estudio científico de la adolescencia, pues es quien señala una relación entre la pasividad característica de los jóvenes y una gran confusión interior. Hall creía que el desarrollo

está controlado por factores fisiológicos genéticamente determinados y que el ambiente desempeña un papel mínimo en el desarrollo, sobre todo durante los primeros años de vida, sin embargo, admitió que el ambiente permite explicar más cambios en el desarrollo durante la adolescencia que en periodos evolutivos previos, por lo tanto, creía que la herencia interactúa con influencias ambientales para determinar el desarrollo del individuo. Según Hall, la adolescencia es el periodo comprendido entre los 13 y 23 años que se caracteriza por la tempestad y el estrés, dominada por los conflictos y los cambios anímicos (Santrock, 2003).

En 1928, la antropóloga Margaret Mead realizó estudios con adolescentes en una isla situada en el Pacífico Sur y concluye que la naturaleza básica de la adolescencia no es biológica, como antes señaló Hall, sino más bien sociocultural y depende de la cultura permitir una transición suave y gradual entre la infancia y la etapa adulta asociada con escasas turbulencias. De acuerdo con lo anterior, se puede decir que la adolescencia tiene una base tanto biológica como también sociohistórica (Santrock, 2003).

Más recientemente, nociones que describen a la adolescencia como una “tormenta” o etapa de “estrés” tuvieron vigencia, y muchos de los primeros estudios científicos, particularmente los que tuvieron lugar en los años sesenta y setenta, trataron de establecer si este fenómeno era un hecho o una ficción. En general, la investigación empírica ha concluido que la mayoría de los adolescentes navegan en esta etapa de la vida con relativamente pocos traumas importantes, pero por supuesto, hay un grupo que experimenta serias dificultades, y estos jóvenes representan a la minoría, en lugar de ser la regla general en lo que respecta a la adolescencia (Coleman & Hagell, 2007).

Definición

El concepto de adolescencia comienza a utilizarse a partir de la década de 1920, y se da justo con el establecimiento de escuelas a nivel medio superior con el fin de satisfacer las necesidades de los países con una economía en crecimiento y

en razón de que más familias pudieran sostener una educación formal y prolongada para sus hijos (Keller en Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

Desde un punto de vista evolutivo se define a la adolescencia como una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos, y se establece entre los 11 y 20 años de edad (Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

Estos procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales se encuentran enlazados de una forma compleja, de modo que los procesos socioemocionales moldean los procesos cognitivos, los procesos cognitivos estimulan o restringen los procesos socioemocionales, y los procesos biológicos influyen sobre los procesos cognitivos y socioemocionales (Santrock, 2003).

Diversos autores han dividido a la adolescencia en etapas específicas, por ejemplo Bloss (2003) basándose en el psicoanálisis y en la teoría psicogenética estableció cinco etapas evolutivas para la adolescencia que son: preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia (propriadamente dicha), adolescencia tardía y postadolescencia.

Pero, independientemente de sus límites, se trata de una etapa distinta de la vida que va de la infancia a la edad adulta, y es el único período de desarrollo enmarcado por la complejidad y la rapidez del cambio, a diferencia de la primera infancia, en la cual el crecimiento es más obvio. Gran parte del desarrollo que se produce en la adolescencia ocurre dentro de los dominios aparentemente invisibles asociados a la madurez psicológica, social, moral, cognitiva, sexual y espiritual, en la cual la madurez plena no solo exige un desarrollo sólido en cada una de estas áreas, sino que requiere integración entre ellas (Whitlock & Selekman, 2014).

Cabe destacar, que para todos los individuos, la adolescencia es una etapa que requiere un ajuste considerable, y no debemos subestimar el grado de cambio

experimentado durante los últimos años. Una de las formas más útiles de entender la adolescencia es pensar en ella como una de las principales transiciones de la vida, caracterizada por un sentimiento de anticipación por lo que viene, una sensación de arrepentimiento por el escenario que se ha perdido, ansiedad por el futuro, un importante reajuste psicológico, así como también un grado de ambigüedad de estado durante la transición. Y además de estas características que son notables durante la adolescencia, la edad adulta llama, con sus libertades y oportunidades asociadas, por lo cual todo parece muy atractivo a la edad de 15 o 16 años, por otro lado, hay tristeza por la desaparición de la infancia y la pérdida de dependencia y seguridad asociada con ella, razones por las cuales los adolescentes pueden parecer tan contradictorios en su comportamiento, pues dentro de cada individuo adolescente hay tanto un niño como un adulto. Los jóvenes se preocupan por el futuro, tal vez más hoy que nunca, y los exámenes, los largos períodos de dependencia económica y la incertidumbre del mercado laboral contribuyen a esta ansiedad. Por lo tanto hay una serie de ajustes psicológicos importantes que deben ser negociados durante la adolescencia, y estos incluyen cambios en las relaciones con la familia, los amigos, el grupo de pares y el mundo (Coleman & Hagell, 2007).

Desarrollo físico

Para hablar del concepto de adolescencia, es importante considerar también la pubertad, periodo en el que se produce una maduración física rápida asociada a los cambios corporales y hormonales que tienen lugar durante la adolescencia temprana (Santrock, 2003).

La pubertad se refiere al período durante el cual un individuo se vuelve capaz de reproducirse sexualmente. Los cinco cambios físicos principales de la pubertad son: el crecimiento acelerado, el desarrollo de las características sexuales primarias, el crecimiento de las características sexuales secundarias, los cambios en la composición corporal y los cambios en los sistemas circulatorio y respiratorio (Steinberg, 1999).

En el caso de los varones, los cambios puberales se caracterizan por el incremento en el tamaño del pene y testículos, aparición de vello púbico liso, cambios menores en la voz, primera eyaculación, aparición de vello púbico rizado, inicio del máximo crecimiento, aparición de pelo en las axilas, cambios en la voz más detectables y crecimiento de la barba. Mientras que en el caso de las mujeres, primero aumentan de tamaño los pechos o crece el vello púbico, después aparece pelo en las axilas, conforme se van produciendo estos cambios también aumentan de estatura y se les ensanchan las caderas más que los hombros, la primera menstruación generalmente ocurre bastante tarde en el ciclo puberal. De lo anterior, se debe considerar que puede haber importantes variaciones individuales en el inicio y desarrollo de la pubertad, para las mujeres el intervalo de edad para la menarquía es todavía más amplio (Santrock, 2003).

El sistema endocrino juega un papel importante en el inicio de la pubertad. El hipotálamo, la glándula pituitaria y las gónadas funcionan como un circuito de retroalimentación. El hipotálamo libera sustancias que controlan la glándula pituitaria, y la glándula pituitaria libera hormonas que estimulan a las gónadas a liberar andrógenos y las gónadas continúan liberando andrógenos y estrógenos hasta que se alcanza el punto de ajuste apropiado y el hipotálamo cierra el ciclo de retroalimentación (Steinberg, 1999).

Con el inicio de la pubertad, el adolescente experimenta un brote de crecimiento similar al brote de crecimiento que acompaña a la infancia, junto con el crecimiento acelerado vienen diferentes tasas de crecimiento para diferentes partes del cuerpo, lo que se conoce como una asincronicidad en el crecimiento. Este crecimiento desigual puede llegar a conducir a sentimientos de incomodidad y torpeza. Ambos sexos ganan músculo y grasa, sin embargo, los hombres ganan proporcionalmente más músculo que grasa (3:1) en comparación con las mujeres que ganan proporcionalmente más grasa que los hombres (5:4) (Steinberg, 1999).

Hay una gran variación en el momento y el tiempo de inicio de la pubertad, por ejemplo, en los hombres, puede comenzar desde los 9 años y medio y hasta los 13

años y medio; mientras que en las mujeres tiende a comenzar antes con edades que van desde los 7 hasta los 13 años, dependiendo de las influencias genéticas y ambientales (Steinberg, 1999).

Desarrollo cognitivo

Los cambios en el desarrollo cognitivo tienen que ver con el desarrollo y el cambio en el pensamiento. Se han identificado cambios importantes en el pensamiento durante esta etapa: los adolescentes están mejor capacitados que los niños para pensar en lo posible, pensar en lo abstracto, pensar en términos multidimensionales y pensar en la naturaleza relativa de las cosas. Una capacidad cognitiva particularmente fascinante de la adolescencia es la capacidad de metacognición (pensar sobre el pensamiento), habilidad que hace posible que manejen mejor su pensamiento y les permite reflexionar para pensar y resolver problemas. Una nueva y poderosa forma de pensar que puede conducir al egocentrismo adolescente (Steinberg, 1999), que se refiere a un aumento de la conciencia sobre sí mismo y se refleja en su creencia de que los demás están interesados en su persona, así como también en la sensación de ser únicos (Santrock, 2003), dicho de otra manera, se refiere la audiencia imaginaria (creer que se es el centro de atención) y a los procesos de fábula personal (creer que la vida es única) (Steinberg, 1999).

Hay dos puntos de vista teóricos principales sobre el desarrollo cognitivo, la perspectiva piagetiana y la perspectiva de procesamiento de la información. Por un lado, la perspectiva piagetiana argumenta que el cambio cognitivo y el crecimiento avanzan a través de una serie de etapas, y que el pensamiento adolescente es cualitativamente diferente al pensamiento de los niños más pequeños, siendo la etapa correspondiente a la adolescencia la etapa operativa formal, en la cual el joven puede pensar de manera sistemática y lógica sobre lo abstracto e hipotético. Por otro lado, los teóricos del procesamiento de la información tienden a dividir el pensamiento humano en sus componentes y estudiar cómo se codifica, se recodifica y, finalmente, se utiliza la información para resolver problemas. Los estudios de

procesamiento de la información han encontrado que los adolescentes son mejores que los niños para atender selectivamente los estímulos y dividir su atención entre estos. La velocidad de procesamiento también mejora en la adolescencia junto con el uso de estrategias organizacionales. Y se reporta que ya se han comenzado a combinar las opiniones piagetianas y de procesamiento de información para explicar el desarrollo cognitivo (Steinberg, 1999).

Desarrollo social

En todas las culturas, tradicionales e industrializadas, la adolescencia es un momento de transición social, que como se menciona con anterioridad, va desde la infancia hasta la edad adulta, en el cual los roles y el estado de un individuo cambian; la experiencia adolescente implica cambios en el estado interpersonal, político, económico y legal. Este período de redefinición social se caracteriza por una serie de eventos o actividades que dan lugar a una redefinición social que influye en el desarrollo psicosocial del adolescente y ayudará a la eventual aparición de una persona adulta (Steinberg, 1999).

Un aspecto importante en el desarrollo de la adolescencia tiene que ver con los procesos socioemocionales, que se dan en las relaciones de un individuo con otras personas y con la capacidad del adolescente de considerar la perspectiva de estas otra persona para resolver problemas sociales, para de ese modo verse como ser social (Santrock, 2003).

Lev Vygotsky creía que para comprender el desarrollo intelectual era necesario observar el contexto cultural más amplio en el que se desenvuelve. Propuso que el aprendizaje humano ocurre mejor cuando al individuo se le presentan problemas o tareas que son un poco más difíciles que el funcionamiento actual, noción que se conoce como la zona de desarrollo proximal (Steinberg, 1999). En este sentido se establece que la adolescencia ofrece al individuo oportunidades para crecer, no solo en relación con las dimensiones físicas sino también en cuanto a la

competencia cognoscitiva y social, en función de la autonomía, la autoestima y la intimidad (Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

El grupo de pares desempeña un papel vital en el desarrollo psicológico y permite que el adolescente experimente y explore quién es él o ella, proporciona un contexto cómodo para la búsqueda de sí mismo, ya que el adolescente se diferencia cada vez más de la familia y proporciona un contexto de apoyo para el desarrollo de la autonomía. A medida que el adolescente se vuelve más independiente de su familia, los compañeros le proporcionan un campo de entrenamiento para la toma de decisiones, así como también el grupo le es especialmente necesario para la expresión del desarrollo saludable de la sexualidad y la intimidad. Se han identificado cuatro cambios básicos en el grupo de pares que tienen lugar durante la adolescencia: por un lado hay un fuerte aumento en la cantidad de tiempo que los adolescentes pasan con sus compañeros, el grupo de pares funciona cada vez más sin supervisión de los adultos, aumenta la cantidad de tiempo con compañeros del sexo opuesto, y también los grupos son más duraderos, pero además, la pareja se convierte en la estructura social más importante (Steinberg, 1999).

Durante la adolescencia, los pares adquieren un gran significado, no sólo como contrapartes etarios, sino también como proveedores de consejo y apoyo, pues los jóvenes ven a sus amigos como una de las fuentes de información más importantes sobre temas de salud (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

Desarrollo emocional

En la actualidad se acepta ampliamente que la naturaleza de las transiciones de los jóvenes hacia la adultez se está modificando, los retos que la gente joven enfrenta mientras transcurre por dicha transición son ahora muy distintos incluso de los que había hace un decenio, sin considerar los que enfrentó la generación previa; en tanto que si en el pasado las transiciones hacia la edad adulta eran relativamente directas y predecibles, ahora son mucho más heterogéneas y complejas ya que son

experiencias de tipo más individual y menos grupal (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

El desarrollo de la autonomía emocional comienza en la adolescencia temprana y continúa hasta la edad adulta (Steinberg, 1999). Como se menciona de manera previa, el desarrollo adolescente se asocia a una multitud de cambios psicológicos, y un aspecto fundamental, que es el desarrollo de una imagen individual de su aspecto corporal, la preocupación por su imagen está muy acentuada a lo largo de toda la adolescencia, aunque se agudiza especialmente en la pubertad (Santrock, 2003), y esta se relaciona directamente con la autoestima.

Algunos estudios que se han centrados en el impacto social y psicológico de la pubertad muestran que, en lo que respecta a la autoestima, la pubertad tiene un efecto más adverso entre las adolescentes, pues la baja autoestima es particularmente evidente en las niñas que experimentan una mayor serie de cambios simultáneos, incluidos los cambios físicos (Steinberg, 1999).

Algunos autores han argumentado que las emociones han estado por mucho tiempo en la periferia cuando se trata de comprender el funcionamiento humano, y que se puede obtener mucho a través de un mejor entendimiento de este aspecto de nuestras vidas, aunque definitivamente ha habido mucha preocupación acerca de las deficiencias de salud mental y sus consecuencias en niños y personas jóvenes. Se sabe, por ejemplo, que menos niñas que niños presentan trastornos mentales, y las cantidades para ambos sexos aumentan con la edad, que los niños son más propensos a presentar trastornos de conducta, en tanto que las niñas tienen niveles más elevados de trastornos emocionales, incluyendo depresión y ansiedad, los problemas de salud mental no están distribuidos de manera equitativa en la sociedad (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

Aunque la mayoría de los adolescentes pasan por la transición de la infancia a la edad adulta con pocos o ningún problema, un pequeño porcentaje de jóvenes experimenta serias dificultades en el camino, estas dificultades pueden tomar una

variedad de formas, incluyendo abuso de sustancias, depresión y comportamiento hostil. La depresión es la forma más común de problemas psicológicos para adolescentes y adultos, por lo que es importante diferenciar las formas leves y transitorias de tristeza de la depresión continua y debilitante, ya que cada vez más, los adolescentes informan dificultades para manejar circunstancias estresantes en sus vidas. (Steinberg, 1999).

Para la promoción de la salud y el bienestar emocional en los adolescentes, se necesita sean capaces de identificar factores de protección y factores de riesgo. En 1997, Tilford y sus colaboradores (tomado de Coleman, Hendry & Kloep, 2008), propusieron tres factores personales clave de protección, que se puede decir que sustentan una buena salud mental, estos son: la habilidad de afrontamiento, autoestima y apoyo social; y posteriormente, en 2004, Weare (en Coleman, Hendry & Kloep, 2008) añade tres capacidades individuales clave para los conceptos de salud y bienestar emocional que incluyen el auto entendimiento, el manejo de las emociones y el entendimiento y manejo de situaciones sociales y de las relaciones.

La vida y las necesidades de salud de los jóvenes son complejas, sobre todo en vista de que los factores que se sabe promueven su salud también tienen potencial de dañarla, como es el caso de pares, familia y escuela (tema que se aborda de manera más compleja en el apartado siguiente). Durante la transición hacia la edad adulta los jóvenes se encuentran con situaciones nuevas que les conducen a tener que enfrentar diversas opciones, que incluyen aquellas sobre su conducta. La experimentación es un elemento integral de la adolescencia y es una característica clave del periodo de transición de la juventud en que las identidades adultas comienzan a formarse, y se ponen a prueba conductas de riesgo; un tema fuerte que deriva de la investigación sobre la salud de los jóvenes es su deseo de actuar de manera autónoma y tener control sobre sus propias decisiones, por lo que resulta importante entender y referirse a los significados que los propios jóvenes asignan a sus conductas, y reconocer que con frecuencia pueden mostrar contradicciones en cuanto a sus actitudes y ambivalencia (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

La adolescencia es un periodo en que se incrementan las conductas de riesgo y la mayoría de la gente joven recurre a tales comportamientos como una forma para experimentar o establecer identidades, existen evidencias que sugieren que la mayor parte percibe su conducta como muy distinta de la de personas que incurren en riesgos en grado problemático, y que la práctica de riesgo es una práctica social, es decir, momentos clave de interacción social mientras se convierten en adultos. Los jóvenes piensan y actúan de acuerdo con un marco de tiempo más inmediato que los adultos, por lo que necesitan recibir información que les ayude a tomar decisiones durante el periodo de transición hacia la edad adulta, en la que enfrentarán retos y elecciones nuevos (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

Factores de riesgo

En cada etapa de la vida, los individuos se ven influenciados por factores ambientales que abarcan muchos niveles de análisis, incluyendo la familia, las relaciones cercanas, los vecindarios, comunidades y los climas políticos y/o económicos, al mismo tiempo que actúan en sus entornos para evocar respuestas particulares. Los niños afectan tempranamente sus ambientes a través de predisposiciones temperamentales de base biológica, y con el tiempo, aplican respuestas psicológicas y de comportamiento cada vez más complejas dentro del entorno, lo que idealmente aumenta las posibilidades de navegar con éxito los desafíos del desarrollo. Sin embargo, en contextos de alto riesgo, como los que se caracterizan por la violencia, los repertorios de comportamiento que se adaptan en un entorno pueden volverse más inadaptados en otros, lo que confiere un riesgo de por vida para la psicopatología (Mead, Beauchaine & Shannon, 2010).

La adolescencia a menudo se representa como una edad de riesgo particular, en otras palabras, una edad potencialmente problemática. El concepto de riesgo tiene muchas definiciones y puede usarse para significar cosas diferentes sobre los jóvenes, no todas negativas, sin embargo, también queremos reconocer que muchos jóvenes superan los desafíos y realizan un ajuste positivo en la edad adulta. Se

distinguen cuatro posibles usos de término “riesgo”, el primero de ellos se refiere al concepto de factores de riesgo que incluye a aquellos que pueden contribuir a malos resultados para los jóvenes, como pobreza, privación, enfermedad o antecedentes familiares disfuncionales; por otro lado se encuentran los comportamientos de riesgo que se aplican al comportamiento potencialmente dañino en el que los jóvenes pueden participar; el tercer uso tiene que ver con los jóvenes en riesgo, que se refiere a aquellos que son potencialmente vulnerables, como aquellos que están socialmente excluidos, que están sujetos a abuso o negligencia, y/o están bajo custodia; y finalmente, los jóvenes que representan un riesgo para la sociedad, incluye a aquellos que participan en comportamientos antisociales o que de otra manera representan una amenaza para sus comunidades (Coleman & Hagell, 2007).

La adolescencia es un período durante el cual las personas tienden a comenzar a participar en comportamientos de riesgo, como se mencionó antes, o bien, actividades riesgosas como tener relaciones sexuales sin protección, abusar de sustancias como el alcohol o las drogas ilegales, sin embargo, los investigadores han establecido que crecer en un barrio pobre tiene un impacto negativo en los niños y adolescentes, independientemente de la situación económica de sus familias, por lo que las altas tasas de delincuencia y violencia, junto con modelos a seguir pobres o ineficaces, colocan a estos jóvenes en un riesgo adicional más allá de su entorno familiar (Steinberg, 1999).

Las medidas de salud mental no son la única forma de identificar a aquellos que encuentran difícil el período adolescente, hay muchas maneras diferentes en que se expresa la experiencia de dificultad, como por ejemplo, a través de un bajo nivel educativo (Coleman & Hagell, 2007), sin embargo, se ha reportado que los índices de trastornos mentales son el doble de elevados entre niños criados en familias con un solo padre, de lo que son entre niños que viven con ambos padres, así como son mucho más elevados entre las familias en donde ninguno de los padres trabaja. Los padres de los niños y personas jóvenes con un trastorno mental también son más propensos que otros padres a no tener una trayectoria educacional,

factores como éstos se vinculan a otros índices de privación, de tal manera que entre las familias cuyos niños tienen un trastorno mental, suele haber un ingreso familiar bajo, una vivienda pobre y salud más débil (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

Entre los factores de riesgo que se consideran con impacto para los adolescentes se encuentran: la pobreza, la guerra, los desastres naturales, las desventajas familiares a largo plazo, los problemas de salud de todo tipo, el abuso y el maltrato, etc.; estas experiencias representan algunos pero no todos los factores de riesgo establecidos que se sabe que predicen resultados negativos para niños y jóvenes. Además tienden a agruparse y coexistir con los factores individuales (temperamento ansioso, poca inteligencia, mala salud, hiperactividad, capacidad de atención limitada, baja tolerancia a la frustración), los factores familiares (problemas de salud de los padres, conflictos parentales, participación de los padres en delitos, disciplina severa o inconsistente, pérdida de un padre debido a la muerte o el divorcio, hermanos disruptivos) y los factores de la comunidad (desventaja económica, vivienda deficiente, calidad de la educación y otros servicios, tasa de criminalidad, nivel de abuso de sustancias, falta de modelos de conducta de la comunidad) (Coleman & Hagell, 2007).

En contraparte, los factores de protección intervienen en los componentes más maleables del desarrollo, reflejando los diferentes tipos de recursos que pueden ayudar al niño a resistir la adversidad como son: los atributos individuales (buenas habilidades intelectuales, temperamento positivo, opiniones positivas de uno mismo); atributos familiares (calidez, cohesión, altas expectativas, y participación de los padres) y los atributos de la comunidad (buenas escuelas, recursos de vecindad, redes sociales fuertes) (Coleman & Hagell, 2007).

A menudo se dice que los adolescentes son el grupo más grande en la sociedad, pero también es el grupo de edad que hace menos uso de los servicios de salud y parece mostrar menos interés en los asuntos relacionados con este tema, sin embargo, la salud de los jóvenes es una fuente importante de ansiedad en los adultos. Aunque no necesariamente se preocupan por los riesgos de salud a largo

plazo, sí se preocupan por su salud, por su piel, su cabello, su apariencia, su peso, la forma de su cuerpo, nutrición, por diversos aspectos de salud sexual y emocional, que en general no inciden en los adultos. Están preocupados en particular por cómo se ven en comparación con otras personas de su misma edad, desean información de salud, ya sea acerca de sexo, salud mental o alimentación saludable, y aunque pueden ser más saludables que otros grupos de edad, contraen infecciones y sufren lesiones y, por supuesto, que padecen de los mismos trastornos mentales que los adultos (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

Las personas jóvenes no sólo mencionan diferentes preocupaciones de salud, sino que a menudo consideran que los adultos exageran los riesgos asociados con conductas como beber y fumar. Cuando se trata de proveer información de salud, se debe trazar una línea delgada entre conocimiento básico y habilidades sociales. Los adolescentes no necesariamente están interesados en recibir más información acerca de los riesgos de consumir alcohol y drogas, en especial cuando ya están bien informados, sin embargo, están abiertos al hecho de que carecen de las habilidades para manejar las presiones sociales y para implementar lo que ya saben en sus vidas diarias, las personas jóvenes experimentan una falta de empatía y entendimiento de sus preocupaciones por parte de los adultos. Esto crea una brecha muy seria y requiere más atención si es que se quiere hacer un intento genuino por mejorar la salud de los adolescentes, se debe considerar la salud de un individuo como formada por varios elementos, dentro de un sistema interactivo de recursos, pues cada individuo tiene más o menos recursos en diferentes momentos y circunstancias (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

Tales recursos, interactuando entre sí, pueden favorecer o disminuir otros recursos ambientales y psicosociales. Es evidente que entre más recursos posea un individuo, es más probable que lleve una vida saludable, algunos de los recursos son aquellos con los que se nace, como las características genéticas o de constitución, pero también están los recursos como la educación, la buena nutrición, las habilidades sociales e interpersonales, etc., que se adquieren con el transcurso de la vida, pero también pueden favorecer los recursos de salud, y aunque no queda

realmente claro para que pueden ser utilizados exactamente cada uno de estos recursos hasta que se sepa a qué riesgos de salud se enfrenta el individuo, se pueden necesitar recursos muy diferentes para lidiar con una enfermedad, para resistir la presión de los amigos, para funcionar de manera satisfactoria en la vida diaria o para desarrollar hábitos que tengan efectos positivos en la salud a largo plazo. Por tanto, una persona joven que maneja la presión de sus amigos, en relación con el alcohol o el tabaquismo, puede necesitar recursos diferentes de aquella persona que lidia con una lesión deportiva o con una enfermedad crónica (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

De esta manera, un estilo de vida saludable puede ser cualquiera que añada factores positivos al conjunto dinámico de recursos del individuo, hasta las experiencias que parecen ser peligrosas y arriesgadas, desde un punto de vista objetivo, pueden agregar recursos de salud a las personas jóvenes, si se concentra no sólo en disminuir los riesgos, sino también en forjar las fuerzas y cualidades de las personas jóvenes, de manera que tengan la capacidad de un desarrollo positivo. Pues al encontrarse con los retos, desarrollar habilidades para evaluar y lidiar con el riesgo, y equilibrar los beneficios y los costos, las personas jóvenes obtienen mejores oportunidades de desarrollar un estilo de vida saludable. Entre el amplio rango de factores que influyen en, o afectan, la salud de las personas se pueden destacar los factores familiares, culturales y ambientales, además del género que desempeña una función primordial, en conjunto con las variables sociales y geográficas (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

Tanto para los niños, como para las personas de edad avanzada, han habido mejorías importantes en la salud, a diferencia de los adolescentes, en los que más bien se han registrado tendencias negativas como por ejemplo a la obesidad, e infecciones de transmisión sexual, entre otros. Durante los últimos dos decenios, la mortalidad entre los adolescentes ha disminuido menos que en el caso de los niños, principalmente debido a que la muerte debido a lesión y suicidio no ha disminuido en este periodo. Existen muchos problemas asociados con el suministro de servicios apropiados, incluyendo la necesidad de confidencialidad, el problema del acceso a

los servicios para aquellos que asisten a la escuela durante los horarios normales de las clínicas, o el transporte para aquellos que no viven a una distancia razonable de los centros de salud. A pesar de que existen ciertas tendencias alentadoras en el cuidado de la salud de los adolescentes, aún existe muy poca energía y muy pocos recursos dirigidos hacia el suministro de servicios efectivos de salud en este grupo de edad (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

Es así como el desarrollo se entiende como un proceso activo y permanente, y la edad cronológica por sí sola no se considera una variable organizadora para la investigación del período de vida (Baltes, 1980).

A manera de conclusión, en lo que respecta a la interacción entre el riesgo y los factores protectores en los adolescentes, se ha enfatizado la importancia de considerar procesos dinámicos, en lugar de considerar un catálogo de factores estáticos que actúan en un modo sumativa (Olsson et al, 2003; Rutter, 2003, 2006 en Coleman & Hagell, 2007), con la finalidad de promover la resiliencia que se refiere a aquellos "patrones de ajuste positivo en contextos de riesgo o adversidad significativos" (Luthar, 2003 en Coleman & Hagell, 2007).

Newman y colaboradores (2004 en Coleman & Hagell, 2007) proponen una serie de estrategias para promover la resiliencia en niños y jóvenes: la primera estrategia consiste en buscar la reducción de la exposición del niño al riesgo, esto suena obvio, pero a menudo es difícil de lograr; una segunda estrategia es encontrar formas de interrumpir la reacción en cadena de eventos negativos, pues la presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que otros se presenten, y como resultado, si un factor de riesgo se puede disminuir o reducir, entonces se pueden presentar otras consecuencias positivas, la tercera estrategia a destacar es ofrecer al niño o joven experiencias positivas para mejorar la fuerza de los posibles factores de protección, es decir, encontrar formas para que los jóvenes descubran sus fortalezas, aumenten su autoestima o desarrollen relaciones positivas con adultos significativos, que puedan contribuir a la capacidad del individuo para superar la adversidad.

El papel de los padres

La pubertad parece afectar las relaciones familiares al crear distancia entre el joven adolescente y los miembros de la familia (Steinberg, 1999). Se ha visto que cuando los hijos llegan a la adolescencia, con frecuencia se incumplen tanto las expectativas de los adolescentes como de sus padres. Muchos padres son testigos de cómo sus hijos buenos y obedientes se transforman en personas desobedientes, rebeldes y reticentes a aceptar las normas paternas. Los padres reaccionan imponiendo más restricciones a los hijos para que se aclimaten a sus exigencias o tratan a sus hijos como si esperaran que se convirtieran en personas maduras en los próximos 10 o 15 minutos, pero la transición de la infancia a la etapa adulta es un largo viaje, plagado de montañas y valles. Los adolescentes no van a aceptar las exigencias paternas inmediatamente, los padres que reconocen que a los adolescentes les cuesta mucho tiempo “aprender la lección” suelen afrontar las transgresiones de sus hijos de una forma más eficaz y calmada que los padres que exigen una conformidad inmediata con sus normas. Pero también hay padres que en vez de exigir mucho a sus hijos adolescentes e intentar que les obedezcan, hacen todo lo contrario, dejar que hagan lo que les plazca de una forma muy permisiva, pero ni exigir mucho a los hijos para lograr la obediencia, ni desentenderse completamente de ellos son estrategias educativas recomendables (Santrock, 2003).

Los padres tienen el papel de ser los organizadores de la vida de sus hijos y su rol consiste en ayudarlos a afrontar sus emociones. Estos pueden desarrollar un papel importante como administradores de las oportunidades de sus hijos, como supervisores de sus relaciones sociales, pueden actuar regulando el contacto social de sus hijos con sus iguales, amigos y otros adultos (Santrock, 2003). Los investigadores han descubierto que a los adolescentes que se encuentran involucrados en alguna forma de monitoreo parental (como controles telefónicos) les va mejor que a los adolescentes donde no existe tal monitoreo parental (Steinberg, 1999).

Desde la primera infancia hasta el final de la adolescencia, las madres tienden a desempeñar un papel más activo en la educación de los hijos, a diferencia de los padres. La madre se involucra más, por ejemplo en la primera infancia en llevar al bebé al médico, o en la etapa escolar puede implicar decidir en qué escuela irá el niño, en la infancia media y tardía, puede incluir decirle al niño que se bañe o se cambie de ropa cuando esté sucia, que recoja sus juguetes, o en la adolescencia, asistir a las reuniones con los profesores y asegurarse de que haga sus deberes (Santrock, 2003).

Sin embargo, un aspecto importante de la función organizativa que ejercen los padres es el control y seguimiento eficaz de los adolescentes, y como se menciona con anterioridad implica la supervisión de los contextos sociales, actividades y amigos, para lo cual se recomienda ser consistente con cierto estilo educativo, aunque en ocasiones puede ser más conveniente ser más permisivo o autoritario en otras, o bien, más democrático en otras más. Lo anterior es importante ya que la adolescencia temprana es un periodo en el que el conflicto entre padres e hijos aumenta, incluso supera el nivel de conflicto propio de la infancia, y lo anterior obedece a varios factores, por ejemplo la maduración, que forma parte de los cambios biológicos, o la expansión del razonamiento lógico y mayor idealismo perteneciente a los cambios cognitivos, y a su vez los cambios sociales relacionados con la independencia, identidad y cumplimiento de las expectativas. Cabe destacar que estos conflictos raramente implican dilemas importantes (drogas o delincuencia) y se ha estudiado que tienden a disminuir entre la adolescencia temprana y tardía (Laursen, Coy & Collins, 1998 en Santrock, 2003), y se destaca la resolución cooperativa de los problemas como uno de los mejores métodos para reducir este tipo de conflictos, y esta consiste en descubrir una solución que satisfaga tanto al adolescente como a sus padres (Santrock, 2003).

Retomando el tema de las expectativas, existe evidencia de que las esperanzas y expectativas de los padres influyen fuertemente en las aspiraciones de sus hijos, estas aspiraciones de los padres pueden estar fuertemente asociadas con los niveles de estatus socioeconómico y con ello, los jóvenes de entornos menos

privilegiados, por ejemplo, tienden menos a querer continuar la educación después de la edad mínima de abandono escolar o aspirar a una carrera profesional (O'Brien & Scott, 2007). Las estructuras familiares contribuyen a los riesgos y beneficios que enfrentan los jóvenes, y estas experiencias pueden tener consecuencias a largo plazo, continuando hasta la edad adulta y hasta la próxima generación. En cuanto a los factores de riesgo, por ejemplo, los efectos a largo plazo de la desventaja temprana generalmente se dan en términos de logro educativo, situación laboral y formación o asociación familiar (Bynner, 2001).

Muchos factores de riesgo para los niños surgen a través de dificultades en la vida de los padres y sus caminos de exclusión social, la falta de educación de los padres y la falta de interés y apoyo en la educación de sus hijos, según lo informado por los maestros, a menudo se combina con bajas aspiraciones de los padres para los niños, una incapacidad para alentarlos y ayudarlos con su trabajo escolar y una expectativa de que ellos abandonen la escuela a la edad más temprana (Bynner, 2001).

Entre las principales vulnerabilidades de los padres que predisponen a los adolescentes al riesgo y tienen un impacto importante en los jóvenes se incluyen el abuso de sustancias, condenas penales y enfermedades, especialmente enfermedades psiquiátricas (Robins y Rutter, 1990 en O'Brien & Scott, 2007). En 1995, Hess (en O'Brien & Scott, 2007) identificó cuatro amplias áreas de riesgo familiar que son: la negligencia (que se refiere a la baja participación de padres e hijos y poca supervisión de los padres), el conflicto (relaciones hostiles o coercitivas entre padres e hijos e incluye la forma en la que se establece la disciplina), los comportamientos y actitudes desviadas (como la exposición a comportamientos criminales o actitudes desviadas en los padres) y la interrupción (centrada en el conflicto matrimonial entre los padres y la ausencia de los padres).

Los problemas familiares que se correlacionan con los comportamientos problemáticos de los adolescentes también pueden incluir: la participación o el exceso de participación de los padres con el adolescente; control o control excesivo

de los padres del adolescente; mala calidad de la comunicación entre padres y adolescentes; reglas y consecuencias inconsistentes o ausentes para el comportamiento adolescente; monitoreo y manejo inadecuado de las actividades del adolescente con sus pares; pobre vinculación adolescente a la familia y pobre cohesión familiar. Dado que las relaciones entre padres y adolescentes enfrentan mayores niveles de conflicto (aunque temporales), se imponen nuevas demandas a los padres y a las habilidades parentales, pues tomar algunos riesgos puede ser una parte inherente del proceso de transición saludable para convertirse en un adulto independiente que, a su debido tiempo, formará lazos familiares cercanos (O'Brien & Scott, 2007).

Identidad

El enfoque de Erik Erikson ha sido el más influyente en el estudio de la identidad, que se refiere a la posibilidad del individuo de saber quién es y en qué puede convertirse. La teoría de Erikson es una perspectiva de vida útil en la que el individuo se mueve a través de ocho etapas, cada etapa plantea una nueva y diferente crisis psicosocial que debe abordarse y, con suerte, resolverse. La crisis psicosocial correspondiente a la adolescencia es la identidad versus la difusión de identidad (Steinberg, 1999).

Sólo en la adolescencia el individuo desarrolla realmente los requisitos de crecimiento fisiológico, maduración mental y responsabilidad social que le permite experimentar y superar la crisis de la identidad (como aspecto psicosocial de la adolescencia), la personalidad se desarrolla de acuerdo con pasos predeterminados en la disposición del organismo humano a ser impulsado, a ser consciente de y a interactuar con una gama cada vez más amplia de individuos e instituciones significativas (Erikson, 1974).

El crecimiento del niño implica una serie de desafíos para quienes le rodean, la manera en la que se enfrentan a esos desafíos, permitirán u obstaculizarán el desarrollo de nuevas aptitudes para la interacción social, así como en la formación

de la confianza básica, que es una piedra angular de una personalidad vital. En algunos individuos especialmente sensibles o cuya frustración temprana nunca fue compensada, una falta de regulación materna puede estar en la raíz de la perturbación de su relación con el mundo en general, y especialmente con las personas significativas (Erikson, 1974).

Las madres crean un sentimiento de confianza en sus hijos mediante su calidad, la satisfacción sensitiva de las necesidades individuales del bebé con un firme sentimiento de confianza personal, dentro del marco confiado del estilo de vida que caracteriza a su comunidad, lo que constituye la base del sentimiento de identidad del niño, que posteriormente se combinará con un sentimiento de “estar muy bien”, de ser él mismo y de llegar a ser lo que otras personas esperan que llegue a ser. Siendo el más temprano sentimiento de identidad el que surge del encuentro de la madre con el infante, un encuentro que implica confianza y reconocimiento mutuos; su ausencia o deterioro puede impactar peligrosamente la capacidad de sentirse “idéntico” cuando el crecimiento adolescente obliga a la persona a abandonar su infancia y a confiar en la adultez y, de este modo, puede quedar limitada la búsqueda de incentivos y de objetos de amor elegidos por uno mismo, lo que supone el desarrollo de la autonomía (Erikson, 1974).

En la adolescencia los jóvenes, además de estar agobiados por la revolución fisiológica de la maduración genital y la incertidumbre acerca de los roles adultos que deberán asumir, también parecen estar muy interesados en alcanzar una formación final de la identidad, lo que los hace estar a veces, morbosamente inquietos y curiosamente preocupados por la manera como aparecen a los ojos de los demás, comparado con lo que ellos sienten que son y con el problema de cómo conectar los roles y habilidades cultivados en épocas más tempranas con los prototipos ideales del presente. Algunos adolescentes tienen que enfrentar nuevamente crisis de épocas pasadas antes de estar en condiciones de instalar ídolos e ideales perdurables como guardianes de una identidad final en donde la sociedad reemplaza al ambiente de la infancia, y donde lo que más puede perturbar a los

jóvenes es la falta de habilidad para ubicarse en una identidad ocupacional (Erikson, 1974).

El establecimiento de la identidad es un proceso importante dentro de la etapa adolescente, que se construye a medida que los jóvenes resuelven tres problemas importantes: por un lado la elección de una ocupación, seguido de la adopción de valores con los cuales vivir y finalmente el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria (Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

Este proceso de desarrollo de la identidad diferirá según la cultura, la subcultura y el periodo histórico, además de la crianza, que como se mencionó con anterioridad, al combinar la calidez con niveles moderados de control se puede esperar un desarrollo saludable de la identidad en la adolescencia (Steinberg, 1999).

Se han adoptado tres enfoques diferentes pero interrelacionados para comprender el desarrollo de la identidad en la adolescencia, el primero de ellos considera cómo cambian las descripciones individuales de uno mismo o de las autoconcepciones, el segundo se enfoca en cuán positiva o negativamente uno se siente acerca de sí mismo (este es el componente afectivo de lo que se conoce como autoestima) y finalmente, una tercera forma de ver el yo toma en consideración el sentido de identidad, quién es, de dónde viene y hacia dónde va (Steinberg, 1999).

Los sentimientos de los adolescentes sobre sí mismos fluctúan día a día (autoestima barométrica), especialmente durante la adolescencia temprana, pero la autoestima (autoestima de referencia) generalmente se mantiene bastante estable durante el transcurso de la adolescencia. Existen varios correlatos de autoestima, que incluyen la clase social, el género y la capacidad académica. También se ha vuelto cada vez más evidente que la autoestima no es una construcción global sino que depende del contexto, y los sentimientos sobre la apariencia física parecen ser el predictor más fuerte de la autoestima general en la adolescencia, seguidos por los sentimientos sobre las relaciones con los compañeros, pues se sabe que la

autoestima aumenta al recibir la aprobación de los demás, y al tener éxito en la escuela (Steinberg, 1999).

Establecer un sentido de autonomía es una tarea importante de la adolescencia que a menudo se asocia con rebelión y confusión, sin embargo, el funcionamiento autónomo saludable que se desarrolla en una atmósfera de calidez y apoyo, promueve que los adolescentes se conviertan gradualmente en individuos independientes y autónomos, en su interés cada vez mayor de establecer relaciones fuera de la familia. Se han identificado tres tipos de autonomía que surgen durante la adolescencia: la primera, la autonomía emocional, tiene que ver con los cambios que ocurren en las relaciones cercanas del adolescente, especialmente con sus padres; la autonomía conductual es otra forma importante de autonomía que se asocia con la capacidad de tomar decisiones independientes y llevarlas a cabo; y finalmente, la autonomía del valor que implica el desarrollo de un conjunto de principios sobre lo correcto y lo incorrecto que guían el pensamiento y el comportamiento (Steinberg, 1999).

La razón por la cual la inestabilidad en el adolescente es algo normal, tiene que ver con lo que señala Knobel (1982) como los tres duelos fundamentales: el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantiles, y el duelo por los padres de la infancia. Cada uno de estos duelos en la etapa de la adolescencia, tienen como objetivo principal, establecer una identidad en el adolescente; sin embargo, la identidad no se establece de forma aislada, el proceso evolutivo en el adolescente implica una interacción con el medio, en palabras de Knobel (1982) “la patología es siempre una expresión del conflicto del individuo con la realidad, sea a través del interjuego de sus estructuras psíquicas o del manejo de las misma frente al mundo exterior” (p. 12).

De acuerdo con lo anterior, la patología en la adolescencia es una característica esperada, pero Knobel (1982) hace una diferencia importante: “...el adolescente recurre normalmente a manejos psicopáticos de actuación... aunque en forma fugaz y transitoria, lo que diferencia al adolescente normal del psicópata...” (p.

12). De esta manera, la adolescencia tiene como características particulares el establecimiento de la identidad, la transitoriedad y fugacidad de los comportamientos psicopáticos y la interacción constante con el medio.

Además, respecto a la interacción con el entorno, el adolescente presenta una especial vulnerabilidad para asimilar los impactos proyectivos de padres, hermanos, amigos y de toda la sociedad en general, es decir, es un receptáculo propicio para hacerse cargo de los conflictos de los demás y asumir los aspectos más enfermos del medio en que actúa (Knobel, 1982).

Perspectiva psicodinámica

Según la teoría del psicoanálisis, la vida sexual humana brota en dos tiempos, el primero de estos periodos se da en la primera infancia y no sólo en la pubertad que se caracteriza por ser la etapa de vida en la cual se dan los pasos decisivos para el desarrollo sexual. Cada individuo atraviesa por tres importantes fases pregenitales (oral, anal y fálica) en las que los instintos que componen la organización sexual se establecen y desarrollan determinando la capacidad o incapacidad de amar futuras. De tal manera que la pubertad se refiere al periodo en el que la genitalidad ocupa un primer plano, en la cual la carga de líbido es retirada de los impulsos pregenitales y se concentra en la genitalidad, es decir, es cuando aparecen representaciones y fines objetivos (Freud, A., 1949).

Se han encontrado notables y frecuentes observaciones acerca de los cambios de carácter, de los trastornos del equilibrio afectivo y de los procesos contradictorios, incomprensibles y en ocasiones inconciliables que se manifiestan en la vida psíquica del individuo durante esta época. Los adolescentes son por demás egoístas, se consideran el centro del universo y único objeto de interés; sin embargo, nunca como en ésta época de la vida, se revela tanta capacidad de abnegación y de sacrificio: inician las más apasionadas relaciones de amor para interrumpirlas con la misma brusquedad con la que inician, adquiere un importante entusiasmo la vida social y se sienten invenciblemente atraídos por la soledad; oscilan entre una ciega

sumisión al líder elegido por ellos y una obstinada rebeldía contra toda autoridad; son egoístas y simultáneamente alientan grandes ideales. Pueden ser ascetas que súbitamente se hunden en los placeres instintivos de más primitiva naturaleza; su conducta suele ser brusca y desconsiderada, aun cuando ellos mismos se muestran sensibles a la ofensa, su estado de ánimo fluctúa entre el optimismo más infundado y el más profundo pesimismo; en ciertas ocasiones trabajan con infatigable entusiasmo y en otras son perezosos y apáticos. Entre todos los periodos de la vida humana en los que los procesos instintivos adquieren alguna importancia, ninguno ha atraído tanto la atención como el de la pubertad (Freud, A., 1949).

Peter Bloss (1970), quien llevó a cabo trabajo psicoanalítico y psicoterapéutico con adolescentes derivó toda una teoría del desarrollo del adolescente, y define y describe a la adolescencia en relación con las secuencias de desarrollo que la constituyen, planteando que la pubertad se caracteriza por intensificar en igual medida las pulsiones libidinales y agresivas, estas últimas, en su forma primitiva y menos atenuada, fácilmente observables, que resultan de la defusión de los instintos (libido y agresión) concomitante con la regresión adolescente a las relaciones objetales y la identidad sexual; mientras que en la adolescencia tardía el problema que se perfila en primer término es el de la consolidación de la personalidad y formación de la identidad. Cabe destacar que el desarrollo adolescente no guarda un necesario paralelismo con la maduración puberal y la edad cronológica, sin embargo su sincronización constituye un requisito previo para el desarrollo normal (Bloss, 1970).

Todas las perturbaciones del adolescente reflejan la existencia de un “impase” evolutivo de ese primer estadio, caracterizado por la desviación, inmadurez o perturbación emocional que se halla vinculada siempre de modo significativo con fallas evolutivas en los comienzos de este periodo de la vida. El adolescente suele experimentar aprensiones y miedos que pronto se desvanecen ante el esplendor de sus victorias (Bloss, 1970).

La necesidad de dependencia y la sensación de impotencia ante un mundo persecutorio y malévolos pueden magnificar los peligros internos y externos, psíquicos y físicos, que amenazaban la vida de un niño, en los adolescentes jóvenes existe una red de precondiciones infantiles que entran en pugna con los impulsos preadolescentes y los cambios corporales de la pubertad, por lo que se deben diferenciar los problemas relacionados con conflictos de la fase, los que tienen su origen en el desarrollo desviado (psicopatología) y aquellos que surgen en respuesta a un ambiente nocivo, y esta misma diferenciación se aplica a la organización defensiva, la resolución de conflictos y la adaptación (Bloss, 1970).

Los objetos primarios se vuelven a concretizar en la adolescencia, periodo en el cual adquieren predominio, ya sea directamente o mediante el desplazamiento. La reactivación de los vínculos objetales infantiles da lugar en la etapa inicial de la adolescencia, una configuración similar a la fase edípica, llamada "defensa edípica de la etapa inicial de la adolescencia". En dicha etapa, el peligro instintivo proviene de la tendencia regresiva hacia la madre preedípica y del compromiso pregenital que esta regresión supone. La madre preedípica del periodo diádico equivale a la madre arcaica, mientras que la edípica pertenece al periodo triádico que incluye al padre como persona distinta y única, como hombre que posee poderes, para bien o para mal, que la madre no puede ejercer (Bloss, 1970).

Durante la fase de la preadolescencia, en la que la maduración puberal intensifica la tensión pulsional, se revive regresivamente a la madre arcaica que se convierte en fuente de control y seguridad. Puesto que en este periodo se produce la maduración sexual y, por consiguiente, se intensifican las pulsiones dirigidas hacia el objeto, resulta obvia la incorporación de la madre arcaica dentro de esta nueva constelación pulsional. Su función de control se concibe, en consonancia con la maduración sexual, en términos de castración y el hecho de que el niño permanezca dentro de los límites seguros de su propio sexo apenas oculta su apartamiento activo del sexo opuesto (Bloss, 1970).

La adolescencia también ha sido denominada por distintos autores como una crisis y al respecto, Maud Mannoni (1989) esclarece que se trata de una crisis que es tanto del adolescente como de los padres, en el planteamiento de un contexto en el cual, en la mayoría de los casos, tanto en la familia y como en la escuela no se prepara a los jóvenes para vivir, se los instruye pero no se los educa, por lo tanto, no hay un acompañamiento de una edad a otra. La cuestión es compleja pues los adultos que no están en una crisis no dejan de tener problemas que ciertamente influyen en las crisis de sus hijos adolescentes (Mannoni, O., 1989).

Ya se ha planteado con anterioridad, que la adolescencia comienza después de la pubertad y termina cuando el individuo llega a la edad adulta, o como lo plantea Bloss (1970) se trata de una progresión ordenada de la infancia a la adultez, en el cual se identifica a la pubertad una crisis puramente individual que tiene efectos físicos y psicológicos, pero no plantea ningún problema social como la adolescencia, y que en la mayor parte de los casos, las perturbaciones de la adolescencia oponen el adolescente a los padres, a los adultos, a las autoridades y hasta la sociedad en general, o sólo la clase social de los padres con todas las variantes posibles (Mannoni, O., 1989).

De modo que, la crisis de la adolescencia se trata de un momento decisivo en el cual el sujeto tiene que exigir su orientación, y habrá de decidir el futuro, o bien, un estado agudo, momento en el que la neurosis más o menos latente del sujeto se declara con cierta violencia o cierta urgencia. Se ajusta la propia identidad sexual, con repudio de los ideales parentales y se buscan nuevas identificaciones con la omnipotencia infantil en pugna con la aceptación del cuerpo marcado por el sexo masculino o femenino. Dicha crisis, no se trata de combatir, ni de curarla, ni de abreviarla, sino más bien se trata de acompañarla, y si pudiéramos cómo de explotarla para que el sujeto obtenga de ella el mejor partido posible, pero en todo caso hay que aceptarla, considerando que la ausencia de toda crisis sería ciertamente más inquietante (Mannoni, O., 1989).

Los jóvenes eligen nuevos modelos de identificación que pueden ser ideales y entre tales identificaciones se pueden distinguir las voluntarias, de otras que son totalmente inconscientes, algunas por ejemplo pueden surgir el curso del curso de un *acting out* (y deja estupefacto al sujeto cuando éste adquiere conciencia de la identificación) u otras surgen en el transcurso de los sueños (Mannoni, O., 1989)

El yo (estructurado como una cebolla) va haciendo capas sucesivas de identificaciones, las viejas identificaciones caen porque otras ocupan su lugar, de tal modo que el individuo encuentra la curación en lo imaginario, resaltando que en el análisis hay que conservar un espacio de fantasía, lo que constituye la reserva que se forma cuando se pasa del principio de placer al principio de realidad. Es así como lo que se libera en la prueba de realidad es la fantasía que se encuentra en los juegos de los niños de acuerdo con lo que ya Freud ha planteado (en Mannoni, Deluz, Gibello y Hebrard, 1989).

Sin embargo, es raro que un adolescente (aún después de haberse establecido la mayoría de edad a los 18 años) emprenda por sí mismo un análisis, por lo tanto la situación es delicada, pues los padres parecen dimitir de sus obligaciones al recurrir a un terapeuta para su hijo, y el trabajo clínico plantea interrogantes en cuestión de la actitud que se debe asumir con un adolescente con el que se trabaja a solicitud de los padres, particularmente desde el trabajo analítico. Ya que desde luego que la mayor parte del trabajo con los adolescentes se emprende a solicitud de los padres, los resultados pueden ser completamente satisfactorios, siempre y cuando el terapeuta no sea tomado por un aliado de la familia ni por el defensor del adolescente contra la autoridad parental. Se puede ayudar al adolescente transformando las identificaciones de reales en lúdicas, y esto se logra, pero es necesario cierto arte, cierto gusto por el éste género de juego (Mannoni, Deluz, Gibello y Hebrard, 1989).

Aunque también, los adolescentes, en particular los adolescentes jóvenes, son traídos al tratamiento por sus progenitores o derivados por personas ajenas al ámbito familiar, como maestros y asesores. Cuando uno de estos llega a considerar que la

conducta del adolescente se desvía de lo normal y advierte la total ineficacia de las medidas pedagógicas, puede sugerir la terapia. Siendo el objetivo del esfuerzo terapéutico internalizar y estructurar el conflicto, aunque a menudo es difícil saber cuánto de la mejoría de la mejoría del paciente se debe a la terapia y cuándo a su desarrollo autónomo. En la psicoterapia, esperamos que el paciente revele sus secretos, renuncie a su intimidad y verbalice sus pensamientos y fantasías máspreciados, los cuales contienen las fijaciones pulsionales y yoicas que han obstaculizado un desarrollo adecuado y armonioso, aunque las intenciones del terapeuta de penetrar en la vida interna del niño serán percibidas por este como un ataque o una exigencia de sumisión, La ambivalencia y la ansiedad vinculadas con fantasías específicas influyen significativamente en la intensidad y la duración de estas reacciones, por lo tanto, cabe esperar el hecho de poner a prueba las intenciones reales o imaginarias de que el terapeuta ha perdido su urgencia, y el adolescente se unirá al trabajo con optimismo y aceptará que existen formas de vida más gratificantes que las que ha conocido hasta el instante (Bloss, 1970).

En el tratamiento de un paciente neurótico, se busca siempre los orígenes infantiles del desarrollo insuficiente o desviado. Este interés y atención acrícos e implacables pueden producir por sí mismos, el mejoramiento o, en forma menos visible pero con igual frecuencia, el cambio de un síntoma. Si se logra un movimiento progresivo del desarrollo emocional, o en otras palabras, si se ha evitado que éste último se estanque (fijación adolescente), ello debe considerarse, de todos modos, un logro terapéutico. Una experiencia terapéutica positiva, aunque sea limitada, constituye siempre una adquisición para la personalidad (Bloss, 1970).

Capítulo 2. El vínculo que une al niño con su madre: apego

Reseña histórica

El apego se designa a la primera etapa del establecimiento de una relación, se conoce y ha sido comentado desde los orígenes de la historia. A veces también se describen algunos de sus trastornos, en la Biblia, obras de arte y tempranamente en la literatura inglesa, tratándose de exponer sus consecuencias en el desarrollo y funcionamiento ulterior de la personalidad, sin embargo, su estudio científico se dio entre la década de 1940 y 1950. Siendo realizados los primeros estudios por etólogos en animales pequeños (conceptos de impronta y periodo crítico de desarrollo), luego por psicólogos y psiquiatras, y finalmente por pediatras (Lourie, 1995).

El enfoque más específico para la comprensión de los mecanismos de esta etapa del establecimiento de la relación madre y bebé, se basa en los conceptos freudianos de la relación de objeto como componente fundamental de las funciones del yo, posteriormente Lebovici hizo una exposición teórico práctica en sus estudios sobre la relación madre-hijo, así también Winnicott escribió desde 1931, con base en su práctica pediátrica, un gran número de estudios acerca del papel clave que desempeña la madre en los esquemas de establecimiento de esta relación. La mayor repercusión en este campo la obtienen las publicaciones de Dorothy Burlingham y Anna Freud, quienes observaron bebés cuyas familias habían desaparecido por cuestiones bélicas, así como las de René Spitz, inmediatamente posteriores a la guerra, acerca de la depresión anaclítica y el hospitalismo de los niños muy pequeños. Todos estos trabajos promueven un renacimiento del interés por el estudio de las fases críticas del desarrollo precoz del niño, en particular por el proceso que le permite a éste ser parte de otra persona y constituirse como un todo separado (Lourie, 1995).

De modo que, a lo largo de casi 50 años de investigación psicoanalítica, Freud intentó distintos puntos de vista para sus investigaciones, entre los muy diferentes

temas que estudió están los sueños, los síntomas de pacientes neuróticos o la conducta de los pueblos primitivos, y aunque la búsqueda de explicaciones le condujo – en cada caso – a examinar acontecimientos de los primeros años de vida, rara vez obtuvo él mismo datos básicos, a partir de la observación directa de niños. El resultado fue que la mayoría de los conceptos psicoanalíticos acerca de ese periodo de la vida del ser humano se obtuvieron por medio de un proceso de reconstrucción histórica, sobre la base de datos aportados por personas de más edad, y por tal razón, desde un punto de vista diferente. La observación de la conducta de un niño pequeño con su madre, tanto en presencia de ésta como, sobre todo, en su ausencia, puede facilitar en grado sumo la comprensión del proceso evolutivo de la personalidad (Bowlby, 1998).

En la actualidad se da por sentado el hecho empírico de que antes de transcurridos los doce primeros meses de la vida, todo bebé ha desarrollado un fuerte lazo con una figura materna, y a manera de preámbulo, debe señalarse que, los psicoanalistas han reconocido de modo unánime que las primeras relaciones del niño sientan las bases de su personalidad (Bowlby, 1998).

Y aunque históricamente la teoría del apego tiene su origen en la tradición de las relaciones de objeto en psicoanálisis, también se inspira en conceptos surgidos de la teoría de la evolución, de la etología, de la teoría de la regulación (*control theory*) y de la psicología cognoscitiva o cognitiva. Esta teoría pone su acento en primer lugar sobre el estatuto primario de los vínculos importantes en el plano afectivo entre los individuos, además de la poderosa influencia en el desarrollo de un niño(a) de la manera en la que sea tratado por los padres y, especialmente, por su figura materna. De esta manera, la tendencia a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares es considerada como un componente fundamental de la naturaleza humana, siendo que en el trascurso de la primera infancia, los vínculos se hacen con los padres (o los sustitutos parentales), quienes son buscados con el afán de encontrar protección, consuelo y sostén. Estos vínculos persisten en el transcurso de una adolescencia y de una vida adulta sanas, pero son completados por nuevos vínculos de naturaleza habitualmente heterosexual (Bowlby, 1995).

El papel desempeñado por la madre respecto de los cuidados a su hijo ha sido examinado desde muchos puntos de vista, los estudios y proyectos relacionados con el proceso de apego se han orientado en gran variedad de direcciones, y aunque se han superado las primeras etapas del conocimiento sobre el comportamiento y el desarrollo precoces del bebé, aún falta mucho por hacer y alcanzar (Lourie, 1995).

Desarrollo del apego

La conducta de apego y el desarrollo del vínculo materno infantil son aspectos fundamentales del ser humano (Vives & Lartigue, 1994). Se han planteado cuatro teorías fundamentales referentes a la naturaleza y origen de tales lazos infantiles: la primera de ellas se refiere a que el niño tiene una serie de necesidades fisiológicas que debe quedar satisfechas, necesidades fisiológicas que el pequeño aprende, en su momento dado, y que la madre es la fuente de su gratificación (en especial, la necesidad de recibir alimentos y calor); por otro lado, en los bebés existe una tendencia innata a entrar en contacto con el pecho humano, succionarlo y poseerlo oralmente; además, en los bebés existe una propensión innata a entablar contacto con otros seres humanos y aferrarse a ellos; y finalmente, los bebés están resentidos por haber sido desalojados del vientre materno y ansían regresar a él. Siendo cinco las pautas de conducta que contribuyen a forjar el apego: succión, aferramiento, seguimiento, llanto y sonrisas (Bowlby, 1998).

Por lo tanto, el vínculo que une al niño con su madre es producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta que se desarrollan en el bebé como resultado de su interacción con el ambiente de adaptación evolutiva y, en especial, se establece con la principal figura de ese ambiente, que en general es la madre y cuya consecuencia previsible es aproximarse a ella; dicha conducta varía mucho de un niño a otro, no es posible elaborar una teoría sencilla sobre los progresos que tienen lugar durante el primer año de la vida, pero una vez iniciado el segundo año, con la adquisición de la movilidad, se advierten las conductas que reflejan los vínculos creados. Para entonces, en la mayoría de los niños puede activarse fácilmente un conjunto de conductas ante la marcha de la madre o ante cualquier

hecho que les produzca temor; hasta los tres años estos sistemas siguen activándose con mucha rapidez, pero de ahí en adelante su activación se vuelve más difícil pues se experimentan nuevos cambios con la adquisición de mayor confianza a ambientes extraños que hacen menos imprescindible la proximidad de la madre, por ejemplo el ingreso al preescolar. Los niños de cinco o seis años, incluso mayores, suelen tomar o aferrar la mano de uno de sus progenitores e incluso se muestran resentidos si estos los rechazan, y cuando juegan con sus compañeros, en seguida se vuelven hacia el progenitor si algo va mal, en cuanto sienten miedo buscan inmediatamente su contacto, y así durante toda la latencia, pues el apego sigue siendo una parte muy importante de su vida, (Bowlby, 1998).

En general dicha situación se prolonga hasta la pubertad, aunque en la adolescencia y vida adulta, con la madurez sexual, se tiene lugar a cambios en las figuras hacia las que se dirige la conducta, otros adultos comienzan a tener igual o mayor importancia que los padres y el cuadro se completa con la atracción sexual que se empieza a sentir por compañeros de la misma edad. Considerando las variaciones individuales, en un extremo están los adolescentes que se apartan por completo de sus padres; y en el otro, lo que siguen sumamente apegados a ellos y no pueden o no quieren dirigir su conducta de apego hacia otras personas. Sin embargo, con mucha frecuencia, el vínculo con los padres se mantiene durante toda la vida y afecta a la conducta de diferentes maneras (Bowlby, 1998).

Diferentes organizaciones del apego

El hecho de dar cuidados, función primordial de los padres, es complementario del comportamiento de apego, y es considerado de la misma manera que el hecho de buscarlos, es decir, como un componente fundamental de la naturaleza humana. Cuando un individuo (independientemente de su edad) se siente seguro, tiende a alejarse de su figura de apego para explorar, por otro lado, cuando se siente alarmado, angustiado, fatigado o incómodo tiene necesidad de acercarse, lo anterior se refiere al esquema característico de la interacción entre el niño(a) y padre-madre, denominado como exploración a partir de una base segura. Sólo cuando sabe que su

padre-madre va a permanecer accesible y va a responder a su llamado, el niño(a) sano se siente bastante seguro para la exploración, al principio limitada tanto en tiempo como en espacio, para luego (2 ½ - 3 años) aumentar la distancia y el tiempo de alejamiento, primero durante el mismo día y luego por días enteros, y cuando entra en el periodo de la adolescencia sus excursiones se entienden a semanas o meses, pero una resistencia segura sigue siendo indispensable para la salud mental y el mejor funcionamiento posible (Bowlby, 1995).

El desarrollo del comportamiento de apego como sistema organizado tiene por objetivo la proximidad o accesibilidad a una figura materna discriminada, y exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognoscitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente y se desarrolla durante el segundo semestre de vida (Bowlby, 1995).

Una de las principales características de la teoría del apego es la hipótesis según la cual el comportamiento de apego se organiza por medio de un sistema de control en el seno del sistema nervioso central, análogo a los sistemas centrales de regulación que mantienen, entre ciertos límites, los datos fisiológicos, como la presión arterial o la temperatura del cuerpo. Postula que de manera análoga la homeostasis fisiológica, el sistema de control de apego mantiene la relación de una persona con su figura de apego entre ciertos límites de distancia y accesibilidad (Bowlby, 1995).

Un segundo campo en el que la teoría de apego otorga una atención particular es la manera en la que la función de los padres determina el desarrollo del niño(a), con relación a ello, se han identificado tres esquemas de apego en conjunto con las condiciones familiares que los favorecen. El primero de ellos es el esquema de apego seguro en el cual el individuo tiene confianza en el hecho de que su madre-padre (o figura parental) está disponible, le responde y lo ayuda en el caso de verse enfrentado a situaciones adversas o que lo asustan, con esta confianza se siente alentado en sus exploraciones del mundo. Este esquema es favorecido por un padre y, durante los primeros años especialmente por la madre, cuando ésta se encuentra

fácilmente disponible, es sensible a las señales del niño(a) y reacciona con amor cuando éste busca protección y/o consuelo (Bowlby, 1995).

El segundo esquema es el del apego ansioso o ambivalente, en el cual el individuo no está seguro de que su progenitor esté disponible y le responda o lo ayude si él llama, debido a esta incertidumbre, siempre estará sujeto a esta angustia de separación. Tenderá a apegarse a la progenitora y se mostrará angustiado al ir a explorar el mundo, tal esquema se ve favorecido por una madre-padre que está disponible y acude en ciertas ocasiones pero no en otras, por medio de separaciones y , particularmente, de amenazas de abandono utilizadas como recurso disciplinario (Bowlby, 1995).

Por otro lado, el tercer esquema de apego que se anuncia previamente, se refiere al ansioso “evitante” (o evitativo) en cual el individuo no tiene ninguna confianza en el hecho de que si busca cuidados se le responda de modo útil, y por el contrario, espera un rechazo, por lo tanto, realiza un intento de vivir su vida sin amor ni apoyo por parte de los demás, trata de ser autosuficiente en el plano afectivo y puede ser diagnosticado como narcisista o con un falso-self. Se trata de un esquema consecuencia del rechazo de la madre hacia este individuo cuando se acerca a ella para buscar consuelo y protección, se dan casos más extremos provenientes de rechazos repetidos y de maltrato, o de estancias prolongadas en instituciones (Bowlby, 1995).

Hay estudios prospectivos que muestran que cuando estos esquemas de apego son establecidos, tienden a persistir, debido a la tendencia de padre-madre de tratar a su niño, de tal manera que, si un niño se siente seguro es un niño más feliz y más gratificante para quien lo cuida, y al mismo tiempo, es menos exigente que un niño angustiado, así como el niño angustiado ambivalente tiende fácilmente a lloriquear y a aferrarse, en tanto que un niño angustiado evitante guarda sus distancias y es propenso a maltratar a los demás niños, de tal modo que el comportamiento en un niño puede suscitar una reacción desfavorable por parte de los padres y dar lugar a círculos viciosos (Bowlby, 1995).

Una vez que estos modelos interactivos son constituidos, tanto por parte de los padres como del individuo, se pueden considerar como naturales, y los esquemas de interacción que producen corren el riesgo de hacerse habituales y, en gran parte, inconscientes, con la tendencia de persistir sin corrección ni modificación, aun cuando el individuo se confronta con circunstancias enteramente modificadas, es así como la teoría del apego explica el desarrollo de la personalidad, ya sea en formas flexibles y sanas, o bien, sujetas a la angustia, depresión u otras formas de mala salud mental (Bowlby, 1995).

Desarrollo de la seguridad

Toda vez que se habla de las necesidades básicas de los niños se escucha que los que necesitan es “seguridad”, y en ese sentido, un signo de sano desarrollo para los niños es que empiecen a poder disfrutar la libertad que se les va otorgando gradualmente, lejos de la sobreprotección, lo que les permitirá que adquieran gradualmente una sensación de seguridad y que en su interior se establezca una creencia en algo bueno, confiable y durable, que incluso puede recuperarse después de que ha sido dañado o se ha extinguido, pues se cuenta con ese estado satisfactorio de cosa en que el niño tiene confianza en las personas y las cosas que lo rodean (Winnicott, 1995).

Al ofrecer seguridad a los niños, por un lado se está a salvo de lo inesperado, de innumerables intrusiones desagradables y de un mundo que no conoce ni comprende, pero también se le protege de sus propios impulsos y los efectos de esos impulsos; sin embargo, el niño necesita comprobar contantemente si puede seguir confiando en sus padres, y estas pruebas continúan a veces hasta que los niños ya están en condiciones de ofrecer protección a sus propios hijos. Los adolescentes en particular ponen a prueba toda medida de seguridad y todas las reglas y reglamentos, esto asociado sobre todo a que experimentan sentimientos intensos y atemorizantemente nuevos y quieren estar seguros de que los controles

externos no han desaparecido, pero al mismo tiempo, deben mostrarse que pueden liberarse de esos controles y afirmarse como individuos (Winnicott, 1995).

Cada individuo necesita recorrer el largo camino que va desde estar fusionado con la madre hasta convertirse en una persona distinta relacionada con la madre, y con la madre y padre como pareja; a partir de ese momento el viaje transcurre dentro del territorio que se conoce como la familia, donde ambos padres constituyen los principales factores estructurales y que tiene el papel de protegerlo del mundo pero, también de que gradualmente el mundo comience a infiltrarse de manera gradual hasta que el niño llegue a transigir con el mundo en general (Winnicott, 1995).

Papel de las figuras de apego en el desarrollo de los niños

A menos que se presente alguna dificultad en el desarrollo, en principio la conducta de apego siempre se dirige a la madre, y a su contraparte por parte de la madre se le denomina “conducta de cuidados”, sin embargo, hacia los 18 meses la mayoría de los niños se sienten apegados, al menos, a una figura más, frecuentemente el padre. Cuando estas figuras están presentes, los niños se sienten más confiados y más dispuestos a la exploración, pero en su ausencia, por el contrario, crece la timidez y la angustia. Ninguna pauta de conducta se acompaña de sentimientos tan fuertes como la conducta de apego, y mientras el niño esté presente con su figura de apego importante se siente seguro, la amenaza de perderla, como se menciona con anterioridad le causa angustia, pero su pérdida real ocasiona un gran dolor (Bowlby, 1998).

Previamente se estableció que, un niño puede apartarse de su madre debido a sus conductas exploratorias y de juego, pero los acercamientos de la madre refuerzan el apego al permanecer latente su tendencia a recuperarlo, vigilarlo, prestando atención a sus gritos y estando preparada para actuar ante la más mínima señal de alarma, lo que contribuye a su función protectora; existen actividades maternas que compiten contra estos cuidados como son las tareas del hogar, las exigencias de otros miembros de la familia, pero en general, no suelen darse con

frecuencia si ser muy prolongadas, aunque en el caso de una madre con perturbaciones emocionales la tendencia al alejamiento puede interferir de manera muy grave con sus cuidados. Además de que, tanto la llegada de un nuevo hermanito como un periodo de separación de la madre podrán crear en el niño un cierto desequilibrio y ambos acontecimientos pueden, quizá, alternar la conducta de madre e hijo, de tal modo que la pauta de interacción entre ambos cambie radicalmente y para peor (Bowlby, 1998).

Así como las características básicas del bebé pueden influir en el modo en que la madre le cuida, las características de la madre pueden influir en las reacciones del bebé hacia ella, y estas últimas son complejas pues tienen que ver no sólo con su equipo congénito, sino también con una historia larga de relaciones interpersonales en su familia de origen (y quizá con otras familias), y con la influencia durante mucho tiempo de los valores y las prácticas culturales. Sin embargo, las pautas de interacción persistentes y aparentemente estables pueden quedar modificadas por acontecimientos que tengan lugar en años posteriores (Bowlby, 1998).

Pero este vínculo inicia desde etapas muy tempranas de la vida, con el deseo de tener un hijo, proceso vincular, periodo en el que la madre comienza a formarse una idea mental (una fantasía) de lo que pudiera ser un hijo que naciera de su seno y de su relación con un hombre determinado (Feder, 1980; López, 1978, tomado de Vives, Lartigue & Córdova, 1994 en Vives & Lartigue, 1994), deseo que nada tiene que ver con la imagen del bebé que nacerá en el futuro, ya que éste aún no existe, deseo de un bebé imaginario referido a la representación de un objeto dirigido hacia una representación que puede ser de la propia gestante o hacia alguna otra imagen dentro de la constelación objetal de ésta. La madre encuentra su identidad de madre a partir de su deseo de embarazo, así como de los intercambios físicos con el feto y, sobre todo, con el recién nacido (Lebovici & Weil-Halpern, 1995).

La conducta materna observable en su relación con el recién nacido, y aún con el feto en formación, y el repertorio de comportamientos automatizados que todo

bebé trae como herencia, entran en interacción continúa y circular, estimulándose e inhibiéndose entre sí en forma constante, dando como resultado el desarrollo paulatino de la estructura psíquica del infante, de esta manera, la conducta materna actúa como organizadora de las estructuras internas en el bebé, apoyándose en la constitución de éste (Vives, Lartigue & Córdova, 1994 en Vives & Lartigue, 1994).

En la mujer embarazada, una creciente identificación con el niño, a quien ella asocia con la imagen de un “objeto interno”, un objeto que la madre imagina se ha establecido dentro de su cuerpo y pertenece allí a pesar de todos los elementos adversos que existen también en ese ámbito, es una madre identificada con su bebé que puede y quiere proporcionarle apoyo en el momento preciso en que aquél lo requiere (Winnicott, 1995).

La función de una madre suficientemente buena en las primeras etapas de vida de su hijo cumple tres categorías, en primer lugar un sostén (*Holding*) que tiene que ver con la forma en que la madre toma en sus brazos al bebé y se relaciona directamente con la capacidad de identificarse con él, de modo que cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño y cimienta en el mismo la sensación de desintegrarse, la sensación de caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración y otras ansiedades descritas como psicóticas. En segundo lugar la manipulación (*Handling*) que contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática que le permita percibir lo “real” como contrario a lo “irreal”, en sentido tal que una manipulación deficiente milita contra el desarrollo de un tono muscular, contra la coordinación y la capacidad del niño para disfrutar de la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia de ser; y finalmente, la representación de objetos (*Objet-Presenting*) o realización que es producto de la herencia de un proceso de maduración y de la acumulación de experiencias de vida pero no tiene lugar a menos que se cuente con un medio favorable (Winnicott, 1995).

La madre y su hijo, disponen de pensamientos y afectividad, el deseo del embarazo permite imaginar un niño cuya vida siente desarrollarse dentro de ella. Las

manifestaciones de apego que se organizan en ella, lo que ve en la ecografía y el eventual conocimiento del sexo del bebé futuro, le permiten darle este bebé, ella lo imagina y le prepara el futuro, pero el hijo es también el producto de fantasías inconscientes ligadas al muy viejo deseo de maternidad, por lo que el desarrollo de las interacciones dependerá de la manera en que la madre sepa o pueda integrar el niño imaginario con el niño de la realidad que carga en sus brazos, aunque por su parte, el bebé va adquirir la capacidad de representarse a su madre a través de los intercambios afectivos que comparte con ella y así participa en las conductas maternas (Lebovici, 1995).

Cabe señalar, que la maternidad no está desprovista de ambivalencia, es aceptada de manera muy variable y no siempre es vivida como el cumplimiento de la felicidad o femineidad. Esta ambivalencia materna incrementa cuando la condición económica es desfavorable, cuando la mujer es abandonada por su pareja, la mujer tiene demasiados años, ha tenido múltiples embarazos o es muy joven. Los embarazos en adolescentes son generalmente poco afortunados y con frecuencia disimulados por un largo tiempo, cuando las jovencitas deben asumir ellas solas sus funciones maternas pasan del estado de niña al de madre (Lebovici, 1995). La gestación durante la adolescencia se asocia a mayores problemas emocionales y sociales, dado que la madre habitualmente la cursa con altos niveles de tensión emocional, complicaciones en la consolidación de la identidad y de la autoestima, interrupción frecuente de las actividades escolares, un alto índice de fragilidad en la estabilidad de la pareja (cuando esta existe) y el ingreso prematuro al mercado de trabajo (Halpren y Crocito, 1987 tomado de Lartigue & Vives, 1994 en Vives & Lartigue, 1994).

No es posible comprender la actitud de los padres para con los hijos si no se tiene en cuenta qué significa cada uno de los hijos en términos de esta fantasía consciente e inconsciente de los progenitores con respecto al acto que dio lugar a la concepción. En el caso de los hombres y mujeres inmaduros que se casan, muchos de ellos encuentran gran alivio y placer en el hecho de formar una familia, pero no debe sorprender si, finalmente, el crecimiento de sus propios hijos los impulsa a

proseguir con el propio, que quedó interrumpido durante su adolescencia. A veces surgen problemas en el matrimonio, y entonces los niños deben estar en condiciones de adaptarse a la desintegración de la familia; en algunas ocasiones los padres pueden guiar a sus hijos hacia una independencia adulta satisfactoria a pesar de que ellos mismos se han visto en la necesidad de romper el vínculo matrimonial o quizás de volver a casarse con otra persona (Winnicott, 1995).

En la versión que privilegia las relaciones diádicas del bebé con los adultos que lo crían, no hay diferencia en las funciones parentales. Tradicionalmente se habla de poco interés en el papel del padre en relación con los hijos, pues era la mujer encargada de la educación de los hijos y el cuidado de la casa, mientras que el padre, en el exterior tiene la responsabilidad de proteger a su familia y proporcionarle los recursos que necesita, pero los cambios sociales han llevado cada vez más a los hombres a participar de las tareas domésticas y en la crianza de los bebés. La interacción entre el padre y el bebé es muy parecida a la que se observa con la madre, pero frecuentemente es más estimulante y violenta. Sin embargo, la paternidad es fruto de la historia, de caracteres de personalidad de los padres, así como de sus relaciones de pareja, y depende también de las capacidades del bebé y de su temperamento. Se ha establecido, que los bebés educados sin padre con frecuencia son incapaces de modular sus interacciones violentas con sus pares, de modo que el papel más perturbador del padre organiza el paradigma de control de los afectos intensos. De hecho los padres frecuentemente interrumpen el desarrollo de situaciones diversas en las que participan los bebés, lo que exige de ellos una adaptación rápida y fácilmente aceptada, y aunque los pequeños parecen sufrir por este comportamiento paterno, más bien les gusta. Es como si el padre estuviera encargado de organizar los comportamientos y los fantasmas agresivos (Herzog & Lebovici, 1995).

El deseo de formar una familia responde, en parte, a un anhelo natural y también a la esperanza de ser como otros progenitores y de esa manera llegar a socializarse e integrarse en la comunidad, pero en los casos más desafortunados, existe una situación caótica debida a dificultades muy serias entre los padres, que les

impide cooperar incluso en el cuidado de los hijos a quienes aman. De manera que, cada individuo nace, se desarrolla y madura, pero no hay tal madurez adulta sino al margen de un desarrollo previo que es sumamente complejo y continúa interrumpidamente desde el nacimiento, o incluso antes, hasta la vejez (Winnicott, 1995).

El apego es importante para el desarrollo emocional y social, y se basa en una relación bidireccional que genera un vínculo y se desarrolla a partir de la interacción entre un niño y sus padres o cuidadores a través del tiempo, mismo que resulta fundamental para el posterior desarrollo de los niños, siendo el de mayor beneficio el apego seguro, mientras que los apegos inseguros y desorganizados pueden dar lugar a una variedad de tendencias de comportamiento que pueden causar dificultades para el individuo, influyen en la personalidad, en el autoconcepto, así como en sus expectativas de las interacciones en otras relaciones. Es probable que un niño se vuelva inseguro o evitativo cuando su cuidador ignora sus emociones negativas y constantemente no responde cuando esté trastornado o llorando, incluso cuando cumpla con las tareas de enseñanza y establecimiento de límites, llegando a casos extremos cuando se ignoran completamente las necesidades emocionales del niño (Landy, 2009).

Bowlby determinó que a través de la comunicación interactiva inicial entre el niño y su figura de apego, y luego por medio de la comunicación verbal, las relaciones de apego se estructuran en configuraciones mentales internas que sirven para regular, interpretar y predecir la conducta, los pensamientos y sentimientos, tanto de la figura de apego como del sí mismo, y que al ir adaptándose a los cambios del desarrollo y del medio permiten la creación y resolución de planes para la organización de la conducta, de modo que, cuando un niño cuenta con las respuestas, el apoyo y la protección de las figuras de apego, tiene la libertad de atender otros intereses y/o relaciones (Dio, 2005).

El mensaje que los padres transmiten a sus hijos se lleva a cabo mediante la relación vincular que establecen con ellos, a través de su presencia, de la voz, las

caricias, el manejo que hacen del cuerpo del recién nacido al alimentarlo, cargarlo, mecerlo y balancearlo, de la forma en que lo miran y por las actitudes y formas como lo tratan (Vives, Lartigue & Córdova, 1994 en Vives & Lartigue, 1994). Y de ello se despliega en un creciente intercambio de llantos, irritación, gestos de rechazo, malestar, sonrisas y bienestar corporal del bebé, que si la madre logra codificar adecuadamente, disminuirá la ansiedad de ambos y establecerá las pautas de regulación emocional en su hijo, de ese modo, la madre al proveer a su hijo de cuidados dará pie en el niño para el desarrollo de sus propias capacidades de autocuidado, a su autoestima y a su capacidad adulta de contener y regular sus propios estados fisiológicos y emocionales de tal modo que se crea un sistema de sensibilidad mutua que de ninguna manera puede estar previamente programado que puede variar suavemente por la cotidianidad sin demasiada desorganización (Dio, 2005).

El apego y la representación del cuerpo

El origen de la relación psique-cuerpo se encuentra en un modelo metabolizado en un material totalmente heterogéneo constante que se repite indefinidamente. Junto al cuerpo biológico de la ciencia y a las definiciones analíticas del cuerpo erógeno, cabe destacar la observación que se ha desarrollado de otra imagen: la de un conjunto de funciones sensoriales que son el vehículo de una información continua que constituye la condición necesaria para una actividad psíquica que exige que sean libidinalmente catectizados tanto el informado como el informante, mostrando la identidad entre la actividad sensorial y la erogenización de diferentes zonas. Lo que permite una concepción de objetos parcial que deriva en una mejor comprensión de la angustia de mutilación (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Lo que caracteriza al ser viviente es su situación de encuentro continuo con el medio físico-psíquico que lo rodea; y es la fuente de tres procesos que delimitan tres «espacios-funciones»: a) lo originario y la producción pictográfica; b) lo primario y la representación escénica (la fantasía); c) lo secundario y la representación idéica, que se refiere a la obra del Yo (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Es decir, desde el primer momento de su existencia, el sujeto se halla frente a una serie de encuentros, y una de las características de estos consiste en anticiparse siempre a las posibilidades de respuesta o de previsión, este estado da lugar a tres tipos de producción que metabolizan de acuerdo con su propia información, por lo tanto, todo acto, experiencia o vivencia dan lugar a una puesta en escena o pictograma, que funciona en intentar construir un modelo conocible para el Yo; de modo que lo contrario, radica entonces en lo primario, la producción fantaseada, que tiene el poder de infiltrarse en el campo de lo secundario, en función de la interpretación que tiene como función la organización del campo del discurso, la función parcial del «objeto-voz» y el «pensar», y la imposibilidad de analizar la función del Yo sin considerar el campo sociocultural en el que está inmerso el sujeto. Lo anterior constituye el fundamento de toda posible relación sujeto-sociedad, individuo-conjunto, discurso singular-referente cultural (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Si consideramos la actividad de representación como la tarea común a los procesos psíquicos, se dirá que su meta es metabolizar un elemento de naturaleza heterogénea convirtiéndolo en un elemento homogéneo a la estructura de cada sistema. De manera que el modelo hasta ahora explicado, defiende la hipótesis de que la actividad psíquica está constituida por el conjunto de tres modos de funcionamiento, o por tres procesos de metabolización: el proceso originario, el proceso primario y el proceso secundario. Las representaciones originadas en su actividad serán, respectivamente, la representación pictográfica o pictograma, la representación fantaseada o fantasía, la representación idéica o enunciado; siendo así como las instancias originadas en la reflexión de esta actividad serán designadas como el representante, el fantaseante y el Yo. Designándose como espacio originario, espacio primario y espacio secundario a los lugares hipotéticos que, se supone, constituyen el lugar en el que se desarrollan estas actividades y que contienen distintas producciones (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Pero los tres procesos postulados no están presentes desde un primer momento en la actividad psíquica; se suceden temporalmente y son provocados por

la necesidad que se le impone a la psique de conocer una propiedad del objeto exterior a ella. Esta identidad estructural está garantizada por el esquema relacional característico de cada sistema, y el objetivo del trabajo del Yo es forjar una imagen de la realidad del mundo que lo rodea, y de cuya existencia está informado, que sea coherente con su propia estructura. Para el Yo, conocer el mundo equivale a representárselo de tal modo que le sea inteligible, es decir, que el Yo puede insertarlos en un esquema relacional acorde con el propio. Por ello, en relación al concepto de realidad, no es más que el conjunto de las definiciones que acerca de lo que proporciona el discurso cultural, la representación del mundo (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

De esa manera, la actividad de representación se convierte para el Yo en sinónimo de una actividad de interpretación, que a partir de lo originario, forja dos representaciones antinómicas de la relación entre el representante y el representado, acorde, cada una de ellas, con la realización de un propósito del deseo que puede ilustrarse recurriendo a los dos conceptos que el discurso amor y odio (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

La psique y el mundo se encuentran y nacen uno con otro, uno a través del otro. La primera representación que la psique se forja de sí misma como actividad representante se realizará a través de los efectos originados en su doble encuentro con el cuerpo y con las producciones de la psique materna. Si se limita a este estadio, se puede decir que la única propiedad característica de estos dos espacios concierne a la cualidad placer y displacer del afecto presente en este encuentro. La experiencia del encuentro confronta a la actividad psíquica con un exceso de información que se ignorará hasta el momento en que ese exceso la obligue a reconocer que lo que queda fuera de la representación característica de su relación con el mundo. Y cuanto más se retroceda en la historia, mayores caracteres de exceso presenta esta anticipación: exceso de sentido, exceso de excitación, exceso de frustración, pero también exceso de gratificación o exceso de protección, lo que se le pide excede siempre los límites de su respuesta, del mismo modo en que lo que

se le ofrece presentará siempre una carencia respecto de lo que espera (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Limitándose al sistema cultural, la madre posee el privilegio de ser para el infante el enunciante y el mediador privilegiado de un «discurso ambiental», del que le trasmite, bajo una forma pre-digerida y pre-modelada por su propia psique, las conminaciones y las prohibiciones, y mediante el cual le indica los límites de lo posible y de lo lícito, lo que causa una primera violencia, radical y necesaria, que la psique del infante vivirá en el momento de su encuentro con la voz materna. Esta violencia constituye el resultado y el testimonio viviente del carácter específico de este encuentro, de manera que, el fenómeno de la violencia, tal como se entiende en el presente modelo, remite a la diferencia que separa a un espacio psíquico, el de la madre y el de la organización psíquica propia del infante (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Pero se debe separar, por un lado, el concepto de violencia primaria, que designa lo que en el campo psíquico se impone desde el exterior a expensas de una primera violación de un espacio y de una actividad que obedece a leyes heterogéneas al Yo; de una violencia secundaria, que se abre camino apoyándose en su predecesora, de la que representa un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento del Yo. Por consiguiente, se debe definir lo que designa la categoría de lo necesario como un conjunto de las condiciones (factores o situaciones) indispensables para que la vida psíquica y física puedan alcanzar y preservar un umbral de autonomía por debajo del cual solo puede persistir a expensas de un estado de dependencia absoluta (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

En el campo de la vida psíquica, se exigen dos condiciones: la supervivencia del cuerpo y, para ello, la persistencia de una catexia libidinal que resista a una victoria definitiva de la pulsión de muerte; y un pensamiento o una acción motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en un objeto que corresponde para el otro a la categoría de lo necesario. La primera condición de la

representatividad del encuentro remite, pues, al cuerpo y, más precisamente, a la actividad sensorial que lo caracteriza (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Lo más esencial para comprender el funcionamiento psíquico es la relación que existe entre el afecto de displacer o representación de la pulsión de muerte y su contrario. No es posible comprender la representación del afecto de displacer sin postular la presencia de los propósitos del deseo, en el que el primero se refiere al deseo de catectizar al objeto metabolizándolo en la representación de una parte del propio cuerpo y el segundo al deseo de auto-aniquilación que convierta a la instancia que engendra el displacer, el deseo de autodestrucción que es la primera manifestación de la pulsión de muerte, la tendencia de retornar al «antes» de toda representación de la vida psíquica, el deseo de no tener que desear, objetivo inherente al propio deseo (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

El término «información», introducido anteriormente, se refiere al papel desempeñado por las funciones sensoriales, y para hablar de este doble modelo del tomar en sí y del rechazar fuera de sí, se debe abordar la descripción de la representación que la psique se da de su experiencia de placer o de displacer. Esta actividad sensorial, es la fuente original de un placer (del gusto, del oído, de la vista, del olfato, del tacto) que constituye condición necesaria y causa de la catectización de una actividad corporal cuyo poder descubre la psique. De este modo, la percepción sensible de un ruido, de un gusto, de un tacto, de un olor, de algo visto, fuente de placer, que coincide temporalmente con la experiencia de la satisfacción de la necesidad alimenticia y la excitación efectiva de la zona oral; pero que coincide también con la satisfacción de una expectativa de la organización sensible, con el descubrimiento de un poder del estado de placer «ver, oír, oler, tocar, gustar» y la representación de esta dualidad «zona sensorial-objeto causante de la excitación» es lo que se llama «la imagen de la zona corporal» o, preferiblemente, «la imagen del objeto-zona complementario». Esta imagen es el pictograma de lo que el representante se refleja como totalidad idéntica al mundo (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Esta representación sí mismo-mundo demuestra la ambigüedad del concepto de narcisismo primario, que engloba una presentación narcisista de un sí-mismo mundo que debe plantear la presentación de un sí mismo nada, que permite calificar como narcisista la reducción del mundo a una «nada» que refiere, de hecho, a un estado de la psique (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

El concepto de oralidad o de fase oral en la teoría analítica es muy importante y se origina, en la experiencia inaugural de placer, que hace coincidir la satisfacción de la necesidad, la ingestión de un objeto incorporado y el encuentro, por parte de la organización sensorial, de objetos, fuente de excitación y causa de placer que son la condición previa necesaria para la integración del cuerpo como unidad futura. Pero también se observa la presencia de los fenómenos de displacer y de sufrimiento; en este estadio, «el objeto malo» es indisociable de una «zona mala», el «pecho malo», de la «boca mala» y, más en general, lo malo como totalización de los objetos, de lo malo como totalización de las zonas y así, como totalización del representante, da como resultado el rechazo del objeto, su descatectización, y que implica un mismo rechazo y descatectización de la zona complementaria. En lo originario, todo órgano de placer puede convertirse en algo de lo que es posible mutilarse para anular el displacer que este le causa, y en el curso de la evolución psíquica, la fantasía de castración puede dar su forma última y definitiva a la angustia, siempre dispuesta a aniquilar toda experiencia de displacer (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

El odio no es ni anterior ni posterior al amor: ambos términos designan un afecto y una meta toda vez que el discurso da cuenta de ellos. El primero se origina en el propósito globalizador, unificador y centrífugo de Eros que, dada la indisociabilidad zona-objeto, da forma a la imagen de un mundo en el que todo objeto tiende y confluye hacia su complemento para reencontrar una totalidad perfecta; el segundo denominado Tánatos, tiene como fin la aniquilación del deseo y de su búsqueda, su tendencia será odiar radicalmente a todo aquello que implique satisfacción o demuestre la dependencia de la zona en relación con el objeto y recordará así que la psique puede descubrirse en estado de falta al desear lo que no está presente, y se presenta como carente de poder, con sufrimiento y espera. Estas

dos representaciones inaugurales de las dos experiencias afectivas, que ocurren en forma sucesiva en la psique, constituyen la infraestructura responsable de lo que se reproducirá en la escena imaginaria a lo largo de toda la vida en la cual la representación del displacer implicará función del propio cuerpo la fantasía de ser mutilado (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Existe así una antinomia entre los dos caminos de que dispone la energía psíquica para alcanzar su meta. El conflicto está presente desde un primer momento, ya que en toda oportunidad en la que surja el estado de deseo, se producirá, al mismo tiempo, una búsqueda del objeto esperado y un rechazo de toda actividad de búsqueda, deseo de presencia y odio ante un encuentro. Pero cualquiera que sea la diversidad de las experiencias de placer o de displacer del infante, independientemente de la zona y el objeto en juego, y cualquiera que sea la causa (endógena o exógena), la experiencia misma será metabolizada, ya sea en una representación en la que el acto de incorporar y reunirse indisociablemente con su complemento o en una representación en la que el acto de rechazar, de desgarrar. Y es a través de esta misma representación que el proceso originario metabolizará las producciones psíquicas tanto de lo primario como de lo secundario (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

En el horizonte del objeto amado se encuentra siempre el equivalente de esta sombra presente en el discurso materno, pero los distingue una diferencia de muy importantes consecuencias: aunque en la relación amorosa, tal como se supone que puede instalarse entre sujetos, la sombra representa la persistencia de la idealización que el Yo proyecta sobre el objeto, de todos modos no anula aquello que a partir del objeto puede imponerse como contradicción y entra en juego la posibilidad de la diferencia. El reconocimiento de esa posibilidad determina lo que el YO vive como duda, sufrimiento, agresión, e inversamente como placer, alegría, certeza en los momentos en los que se asegura de la concordancia presente entre la sombra y el objeto. Diferenciando una violencia necesaria de lo que se origina en un exceso de efectos, negativos para el Yo y lo que se expresará en la psicopatología del que los sufre (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Es así como la relación que mantiene la pareja parental con el niño lleva siempre la huella de la reacción de la pareja con el medio social que la rodea, identificando la función del padre de acuerdo con su ejercicio de paternidad y la función que el niño le asigne. El discurso social proyecta sobre el infante la misma anticipación que la que caracteriza al discurso parental, incluso mucho antes de que el nuevo sujeto haya nacido, entonces el grupo habrá precatectizado el lugar que se supondrá que ocupará, con la esperanza de que él transmita idénticamente el modelo sociocultural. Pero el sujeto, a su vez, busca y debe encontrar, las referencias que le permitan proyectarse hacia un futuro, para que su alejamiento del primer soporte constituido por la pareja paterna no se traduzca en la pérdida de todo soporte identificadorio. El conflicto que quizás exista entre la pareja y su medio puede confirmar ante la psique infantil la identidad entre lo que transcurre en la escena exterior y su tentación fantaseada de una situación de rechazo, de exceso, de agresión o de omnipotencia: la realidad de la opresión social sobre la pareja, o de la posición dominante que la pareja ejerce en ella, que desempeñará un papel fundamental en el modo en que el niño elaborará sus enunciados identificatorios (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Si se considera a todo el conjunto real, representado por el conjunto de las voces existentes, se puede decir que sólo puede preservar mientras la mayor parte de los sujetos catectizan un mismo conjunto ideal, un conjunto en que el sujeto puede proyectarse en el lugar de un sujeto ideal. Y el sujeto ideal no es idéntico al yo ideal o al ideal del yo, éste se refiere al sujeto del grupo, o sea, a la idea de él mismo que el sujeto demanda al grupo, como concepto que lo designa como un elemento que pertenece a un todo que reconoce en él una parte homogénea. Siendo este acceso a una historicidad un factor esencial en el proceso identificadorio, indispensable para que el Yo alcance el umbral de autonomía exigido por su funcionamiento (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

El papel de la sociedad

Desde su nacimiento, el niño crece y se desarrolla en el marco de su familia, ésta es cuando menos la situación habitual. Su padre y madre le han transmitido su patrimonio genético desde la concepción, pero el patrimonio social también es importante y también aparece desde el desarrollo intrauterino, el niño se inscribe en un ambiente que condicionará profundamente su crecimiento, su vida material, afectiva, cultural, social, etcétera (Manciaux, 1995).

La sociedad es difícil de caracterizar y se limita al desarrollo del mundo, se ha descrito como de incertidumbres hacia el futuro, e incluso ante el presente, y plantea perpetuos y perturbadores cuestionamientos, pues ya no transmite sus normas de una generación a la otra y esto resulta en una situación particularmente incómoda para la educación de los niños; y es a su vez esta sociedad la que interfiere más y más a través de los padres en la educación de los niños cada vez más tempranamente, lo que genera contradicciones y conflictos que afectan frecuentemente a familias e infantes (Manciaux, 1995).

La forma de familia que sigue predominando hasta nuestros días es la familia conyugal o nuclear, compuesta por el padre, la madre y los niños, que viven en la misma casa y generalmente tienen un patrimonio común, sin embargo, rápidamente han ido aumentando las familias monoparentales (padres o madres solos), y son con frecuencia una etapa en la evolución del ciclo familiar que sigue a una separación, un divorcio o la muerte de alguno de ellos. Un nuevo cónyuge podrá venir y aumentar el grupo y cohabitar de manera más o menos estable, lo que significa que un número importante de niños crecerá dentro de una familia recompuesta, hecho importante de tomar en cuenta como la realidad de vida de un buen número de niños (Manciaux, 1995).

En materia de reproducción social, la función del grupo doméstico es fundamental en la primera infancia para aprender el lenguaje, el comportamiento, y para integrar los modelos y los papeles culturales, no obstante, esta función de

socialización es cada vez más asumida por las redes extrafamiliares y los otros modos de cuidado o ayuda que desempeñan un papel complementario al de la familia. Pues la familia como unidad de vida relacional y afectiva también está cambiando. En la familia extendida que vive en la misma casa, la presencia de parientes permita multiplicar el número de personas que puede asumir el “maternaje”, el cuidado de los niños, las tareas al despertar y de protección, así como las consecuencias de las crisis y los conflictos en la relación; entonces, el niño se encuentra en una red de relaciones cambiantes en el plano familiar y educativo, en medio de la cual tendrá que desarrollar su personalidad y adquirir su autonomía y estabilidad afectiva (Manciaux, 1995).

Apego y psicopatología

Es fundamental evidenciar la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo de los seres vivos. Los efectos de una relación temprana madre-hijo de mala calidad, si bien no son irreparables, si tienen consecuencias que irremediamente se observarán más tarde en la persona, y lamentablemente ponen una luz de alerta en su desarrollo y generan la incógnita de la actualización de potencialidades que quedan en situación de riesgo (Pepetur y Quezada, 2005).

Estas experiencias de vida tempranas plantean un riesgo de trastornos posteriores ya que tales experiencias influyen en el desarrollo estructural y funcional del organismo de manera duradera, por ejemplo, la falta de intercambios con las personas, o bien, la falta de cuidado, mismos que desempeñan un papel importante respecto a secuelas sociales, aunque es fundamental mencionar que en tal funcionamiento también se encuentran implicados factores tales como el temperamento, mismo que considera influencias genéticas pero también la influencia de la exposición ambiental (Rutter, 2002); es decir, que la concepción del mundo como amoroso u hostil influirá en cómo los individuos se comportan en sus interacciones y relaciones con otras personas (Dodge, et al., 1990; Thompson, 1998 en Rutter, 2002).

Durante la adolescencia, el medio desempeña un papel de gran importancia, y una buena parte de las dificultades por las que se solicita la intervención profesional derivan de las fallas ambientales, y ese hecho no hace más que subrayar la importancia vital del medio y del marco familiar para la gran mayoría de los adolescentes quienes, efectivamente, alcanzan la madurez adulta, en una brusca alternación entre una independencia desafiante y una dependencia regresiva. Y si se acepta la idea de que la salud significa madurez de acuerdo con la edad, es imposible alcanzar madurez emocional si no es dentro de un marco en el que la familia se ha convertido en el puente que permite dejar atrás el cuidado de los padres a pesar de la esfera de la provisión social (Winnicott, 1995).

Considerando la influencia de los factores de riesgo y vulnerabilidad para el desarrollo de ciertos trastornos, cabe mencionar que hay estudios longitudinales que sugieren que el curso habitual de ansiedad en la infancia conduce a depresión en la adolescencia, que además se asocia con el impacto de la crianza misma, y que en caso de ser severa, a su vez conduce a sentimientos de desesperación y desaliento hacia el futuro y que incluso podrían desencadenar en resigo de suicidio (Rutter, 2002).

Es así como la habilidad terapéutica tiene que ver con emplear técnicas que faciliten los cambios, más o menos de conjunto, en todos los miembros de una familia, de modo que puedan tener lugar y estabilizarse nuevas pautas de interacción (Bowlby, 1998); o como diversos autores lo plantean (Fonagy, 1991) el vínculo seguro es un objetivo legítimo de intervención, no sólo por las ventajas generales para la vida que parecen asociadas a él, sino porque puede ser un componente importante del equipo psicológico en la lucha contra las adversidades de la vida.

Capítulo 3. Autolesiones

Definición

La Asociación Psiquiátrica Americana define la autolesión no suicida como una conducta por medio de la cual el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado. Además, ésta debe realizarse con esperanzas de aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, para resolver una dificultad interpersonal, o para inducir un estado de sentimientos positivos (American Psychiatric Association, 2014). Otros autores (Nader & Boheme, 2003) coinciden con ello y agregan, que se realiza con la intención de intentar aliviar el dolor emocional y la tensión fisiológica provocada por emociones intolerables que no han podido ser expresadas en un momento dado de una manera apropiada; así como también que dichas emociones pueden ser por ejemplo tristeza, ansiedad, soledad, enojo, miedo, frustración, o apatía (Santos, 2011).

Se considera necesario mencionar que en la literatura se pueden encontrar como sinónimos del término autolesión los siguientes: autoagresión, automutilación, self-injury, self-harm, o self-cutting (Nader & Boheme, 2003).

La autolesión se debe a la imposibilidad del manejo del dolor o tensión emocional, entendidos como la consciencia, el control, la posibilidad y la capacidad que tiene un individuo de dominar sus sentimientos o experiencias desagradables de las que se quiere librar lo más rápido posible (Santos, 2011). Algunos pacientes refieren una condición de inevitabilidad del acto por el alivio que sienten a pesar de que reconocen que es dañino, además describen que la lesión física permite que fluyan las emociones y el dolor psicológico intolerable a través de cuerpo, produciendo un alivio y sensación de bienestar transitoria (Nader & Boheme, 2003), ya que no encuentran las palabras que les permitan expresar la intensidad de su sufrimiento y necesitan comunicarlo (Mosquera, 2008).

La autolesión surge cuando los mecanismos adaptativos del paciente se agotan y este recurre a nuevos medios que le ayuden a afrontar su estado de ánimo (Mosquera, 2008), además esta conducta puede estar acompañada de fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que inducen a esconder las lesiones y a no referirse a lo ocurrido (Nader & Boheme, 2003).

Existen diversas causas que pueden hacer que una persona se autolesione y está documentado que algunas de ellas son las siguientes (Mosquera, 2008):

- para sentir alivio
- para mostrar lo mucho que sufren
- para pedir ayuda
- para sentir que tienen un motivo real para experimentar dolor
- para sentirse vivos, “reales”
- para comprobar que no están soñando
- para volver a la realidad (salir de un estado disociativo)
- experimentar sensación de purificación o limpieza (sale la sangre y con esta todo lo malo)
- para obtener su merecido (castigo)
- para castigar a otros

La imposibilidad emocional puede deberse a tres razones (Santos, 2011):

- la dificultad en el reconocimiento e identificación de emociones
- la dificultad en la expresión de lo que se está sintiendo
- la falta de control de las emociones y sentimientos

Y las habilidades que requiere una persona para el manejo de emociones incluyen las siguientes (Santos, 2011):

- identificación de las experiencias emocionales
- modulación de la actividad física
- tolerancia al malestar emocional
- inhibición de reacciones impulsivas
- meditación de maneras aceptables de expresión del malestar

Epidemiología

Al considerar la salud mental de niños y personas jóvenes, parece importante hacer cierta referencia tanto al suicidio como a las autolesiones. Con respecto a las estadísticas acerca del suicidio, en México son menos las personas jóvenes menores de 15 años de edad (de 10 a 14) que se quitan la vida, en el periodo de 2010 a 2018 se reportó un promedio de 218 casos al año, a diferencia del rango de 15 a 19 años con un promedio de 793, y en el caso de 20 a 24 años de edad el promedio se trata de 950 (INEGI, 2020). En el caso de las autolesiones, es evidente que las estadísticas son mucho más difíciles de conseguir, existen agencias que han realizado cálculos a través de llamadas telefónicas que sugieren que las autolesiones, en forma de cortadas, han aumentado de manera notable durante los últimos años, pero estas afirmaciones son difíciles de validar debido a la naturaleza de las evidencias recolectadas, de modo que se recalca la importancia de la promoción de la salud mental, no sólo relacionada con la prevención de la enfermedad mental (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

La participación de los jóvenes en las autolesiones no suicidas se ha convertido en un problema importante de salud pública en el mundo, ya que el número de casos entre los adolescentes y adultos jóvenes alcanzan tasas hasta del 20% o más en el total de la población (Jacobson & Batejan, 2014). En un estudio, en el año 2016, el Director del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS, reportó con base en su trabajo en un concurrido hospital de Londres, que la mayoría de los ingresos de adolescentes estaban

relacionados principalmente con la anorexia nerviosa, autolesiones o intoxicaciones (2016).

En México, la creciente prevalencia de conductas suicidas en adolescentes sigue siendo el principal factor con el que se asocia a las autolesiones, sin embargo, existen otras conductas asociadas a las mismas, tales como: los síntomas depresivos y ansiosos, el consumo de sustancias nocivas, los trastornos de conducta, la violencia familiar, la negligencia y el abuso sexual en la infancia. En adolescentes mexicanos, se ha reportado una frecuencia de autolesiones de 17.1%, con una relación mujer-hombre de 2:1; actualmente este problema es tan grave que las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas internacionales han propuesto incluir las conductas autolesivas no suicidas como una categoría independiente (Mayer, Morales, Victoria, & Ulloa, 2016).

Recientemente se han llevado a cabo estudios referentes al tema en la Ciudad de México, el primero de ellos evaluó a 1,315 adolescentes de 12 a 19 años de edad y reporta una prevalencia de autolesión no suicida de 5.9% para el nivel secundaria y 3.1% para el nivel Medio Superior (Pérez, 2018). El otro estudio realizado con una muestra de 564 estudiantes universitarios, deriva como principales resultados que el 57.8% reportó al menos una ocasión de autolesión, con una edad de inicio para el 74.1% de entre 11 y 17 años, siendo los síntomas depresivos, en primer lugar, así como la ansiedad, la impulsividad, la autoeficacia y la regulación emocional los factores más relevantes para entender la conducta de autolesión (Castro, Benjet, Juárez, Jurado, Lucio & Valencia, 2017). Y en un estudio similar en 2011, Santos en la misma ciudad, reportó que en una muestra con 10,578 adolescentes el 17.4% de los hombres y el 15% de las mujeres presentaron autolesión.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016) para el año 2014 los egresos hospitalarios en México se estiman en 2,292 salidas a causa de lesiones autoinfligidas, por mencionar sólo aquellas que fueron atendidas en una institución de salud pública.

En la tabla 1 se muestran las formas más comunes de autolesionarse en los países hispanohablantes.

Tabla 1.

Formas más comunes de autolesión

Forma	Porcentaje
Cortarse	85%
Pegarse	32%
Quemarse	30%
Pincharse/rascarse	12%
Arrancarse el cabello	7%
Morderse	5%
Tallarse	3%

(Tomado de Mosquera, (2008) p. 6; Nader y Boheme (2003) p. 32, y Santos, (2011) p. 18).

Entre otras formas de autolesión se encuentran: ingerir objetos o fármacos, interferir en la cicatrización de heridas o romper huesos (Mosquera, 2008); la localización más frecuente de las heridas son brazos, piernas y abdomen, siendo las hojas o máquinas de afeitar, cuchillos o las propias uñas los instrumentos más utilizados para realizar tal acción, y a su vez el promedio de edad de inicio de catorce años (Nader & Boheme, 2003).

Modelos teóricos de las autolesiones

Jacobson y Batejan (2014) se plantean la interrogante ¿Qué experiencias, predisposiciones y estados psicológicos llevan a las personas a lastimarse a propósito?

Durante los últimos años, el interés por las autolesiones no suicidas ha crecido considerablemente, lo que ha generado un aumento de la teorización y la investigación sobre las raíces etiológicas de este comportamiento desconcertante y relativamente común. Inicialmente se ha recurrido a las teorías sobre el suicidio y las conductas suicidas para obtener respuestas a esta pregunta desconcertante, sin embargo, actualmente la mayoría de las teorías de las autolesiones presentes en la literatura son limitadas porque abordan un aspecto único de un fenómeno que probablemente sea multideterminado, por lo tanto se considera la necesidad de teorías integrales, dada su etiología variada y compleja, similar a lo que ocurre con la mayoría de los trastornos psiquiátricos y las conductas desadaptativas. Una teoría adecuada explicaría tanto los factores biológicos, psicológicos y sociales distales y proximales que conducen a las autolesiones (Jacobson & Batejan, 2014). Y aunque la investigación contemporánea sobre el suicidio y las autolesiones se ha centrado principalmente en el estudio de las características psiquiátricas y psicológicas individuales como factores de riesgo, el inicio de la investigación empírica ha puesto un mayor énfasis en los factores sociales (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014).

Modelos biológicos

En cuanto a los factores biológicos, la autolesión está relacionada con la liberación de mediadores químicos como los opioides, postulándose que la liberación de endorfinas sería la responsable de las sensaciones de alivio que experimentan estos pacientes y que inducen a la repetición de la conducta (Nader & Boheme, 2003). En lo que se refiere a la predisposición genética para participar de las autolesiones se tiene una creciente evidencia (Jacobson & Batejan, 2014), diversos autores han observado un factor heredo-familiar en los trastornos del estado de ánimo entre los adolescentes y adultos que se lesionan, se sugiere que los opiáceos endógenos desempeñan un papel fundamental en estas conductas, específicamente, se han identificado niveles de opiáceos endógenos alterados en las personas que se autolesionan, además, de que reportan una sensibilidad al dolor alterada (generalmente en la forma de no experimentar dolor al autolesionarse) y algunos

responden a antagonistas opioides, por lo que, se ha concluido que las personas que se autolesionan presentan alterada su función serotoninérgica, específicamente, la neurotransmisión de la serotonina, así como también se apunta a una implicación en el sistema dopaminérgico en el comportamiento y se sugiere que las personas que participan en autolesiones, experimentan una hiperactividad de la amígdala, en comparación con las que no participan en tales comportamientos (Crowell, Derbindge & Beauchaine, 2014).

Teorías de regulación emocional

En cuanto a las emociones, estas consisten en la tendencia de una respuesta evolutiva para promover los comportamientos necesarios para la supervivencia (Ekman, 1992); y muchas de estas respuestas emocionales son automáticas, rápidas y dinámicas, lo que permite que una persona actúe rápidamente (Cole, Martin & Dennis, 2004).

Crowell, Derbindge & Beauchaine. (2014) llevaron a cabo la revisión de diferentes estudios en los cuales se plantea la importancia de la comprensión de los procesos emocionales en el estudio de la psicopatología debido a que muchos de los trastornos se caracterizan por una pobre regulación de los afectos, y ello se considera un gran reto ya que muchos de estos procesos reguladores son internos y, por lo tanto, no pueden observarse directamente, sin embargo, la disregulación de la emoción a menudo se refleja en comportamientos observables, cuyos patrones han adquirido una mala calidad de adaptación, es así como las emociones pueden interferir con el funcionamiento. Las emociones desreguladas tienden a perdurar y los intentos personales de regulación se pueden traducir en ansiedad, estado de ánimo depresivo y rasgos de hostilidad o ira explosiva, por lo que se plantea que la autolesión puede ser un intento mal adaptativo de modular un efecto negativo prolongado, aunque eficaz a corto plazo, pues la distracción de la angustia psicológica a través de la autolesión no proporciona un alivio sostenido del estado de ánimo negativo, y puede tener consecuencias devastadoras a largo plazo.

Además, es importante considerar que las emociones disreguladas interfieren con los comportamientos sociales, a menudo se expresan en contextos inapropiados cuando el tipo de emoción no es compartida por otros ya que la aparición de emociones disreguladas suele ser brusca y la recuperación demasiado lenta, por lo que la labilidad puede ser común entre los individuos que participan de las autolesiones (Crowell, Derbindge & Beauchaine, 2014). Cuando los impulsos de novedad y búsqueda de sensaciones, mismos que aumentan dramáticamente en la pubertad, se combinan con una baja competencia de autorregulación, que no madura completamente hasta la edad adulta, de tal manera que existe un terreno psicológicamente fértil para conductas aparentemente aberrantes (Steinberg, 2004).

Las teorías de regulación emocional tienen un apoyo empírico significativo, con diversos estudios realizados por varios investigadores, en los cuales se utilizan metodologías diferentes; las metodologías empleadas con mayor medida son las de autoinforme, y con carácter retrospectivo, por ejemplo, se presentan a los participantes una lista de posibles motivos para participar de las autolesiones y les piden que señalen los que se aplican a ellos. En otros estudios solicitan que los pacientes describan sus sentimientos antes y después de un episodio de autolesión, con el objetivo de determinar qué estados de tales sentimientos se modifican con la autolesión. De tales estudios se concluye que las personas que se autolesionan pueden experimentar emociones internas muy fuertes y por lo tanto, pueden sentirse menos cómodos al expresarlas verbalmente a otros (Jacobson & Batejan, 2014).

Factores contextuales

Diversos estudios han afirmado que ciertos factores contextuales, incluidos los patrones de interacción familiar, aumentan el riesgo de resultados de salud negativos entre los niños (Crowell, Derbindge & Beauchaine, 2014), por ejemplo, los niños criados en vecindarios de alto riesgo pueden desarrollar problemas de comportamiento debido a la exposición a la violencia o a la interacción con un grupo de pares con conductas desadaptativas; los entornos familiares de alto riesgo potencian los comportamientos impulsivos a través de la escalada repetida de

conflictos donde los procesos operantes refuerzan la labilidad emocional; la desregulación de la emoción surge de la interacción entre la vulnerabilidad temperamental del niño (impulsividad) y los factores familiares-contextuales que refuerzan intermitentemente la labilidad emocional, la ira y/o la inhibición emocional.

Linehan en 1993 (tomado de Crowell, Derbindge & Beauchaine, 2014) sugirió que el riesgo de autolesión surge, en parte, de la invalidación de los proceso de desarrollo, postulando que es probable que los jóvenes en riesgo de presentar autolesión, sean emocionalmente vulnerables, que se enfrenten a la invalidación de sus cuidadores que evitan o rechazan las expresiones emocionales de los niños, que son frecuentes, intensas, en ocasiones, abrumadoras, y en consecuencia, las necesidades emocionales de estos pueden exceder la capacidad ambiental para brindar apoyo y validación constantes. Estos entornos de invalidación llegan a caracterizarse por un refuerzo intermitente de un efecto negativo extremo, que funciona para obtener un apoyo intermitente durante la angustia emocional; es así como los entornos familiares caracterizados por el rechazo, la invalidación y el conflicto se asocian con la autolesión (Crowell, Derbindge & Beauchaine, 2014).

Los pacientes que se autolesionan, entonces, pueden provenir de hogares donde han recibido maltrato tanto físico como emocional, siendo frecuente la existencia de abuso sexual. Es habitual encontrar antecedentes de enfermedades mentales y alcoholismo en la familia. Además, las familias con reglas muy estrictas que reprimen la expresión emocional o familias aglutinadas con padres intrusivos que no permiten una adecuada diferenciación y reconocimiento de los sentimientos y percepciones propias, generan ambientes facilitadores de la autolesión, ambientes en donde puede trastornarse el vínculo temprano y generar patologías que condicionen la aparición de conductas autolesivas (Nader & Boheme, 2003).

Se han realizado numerosos estudios, en los cuales se examinan muestras clínicas y de la comunidad, con la intención de identificar factores de riesgo específicos y correlaciones de autolesiones no suicidas, Jacobson y Batejan (2014) realizan un análisis de los mismos y de ello derivan que los principales factores de

riesgo interpersonales distales reportados incluyen el abuso sexual, el abuso físico y el maltrato emocional; así como también mencionan que de los factores de riesgo interpersonales, destacan la separación y pérdidas en la infancia, las relaciones familiares patológicas/disfuncionales y la discordia infantil con los padres; cabe destacar entre dichos factores de riesgo de autolesión la ruptura de la vinculación (Gratz, 2006), para los fines del presente estudio.

Además, como se menciona anteriormente, se confirma que los individuos que crecen en entornos de invalidación donde la comunicación de emociones y sentimientos se ignora, se castiga o se trivializa pueden estar en riesgo de autolesionarse (Gratz, 2006). Hilt, Nock, Lloyd-Richardson y Prinstein (2008), realizaron un estudio longitudinal con adolescentes, y encontraron que la calidad de la relación de los padres era significativamente pobre entre los adolescentes que participaban en autolesiones a diferencia de los adolescentes que no participaban de ellas.

Durante mucho tiempo, la teoría y la opinión clínica han sostenido que las autolesiones ocurren inmediatamente después de eventos interpersonales angustiosos, actualmente se dispone de una gran cantidad de evidencia empírica para respaldar esta afirmación, identificando la soledad, el rechazo, la pérdida o el conflicto interpersonal con la familia, amigos o la pareja romántica como factores de riesgo interpersonal proximales para las autolesiones (Jacobson y Batejan, 2014).

En cuanto a los factores de riesgo en la comunicad, se han realizado estudios en hospitales (Aytton, Rassol & Cottrell, 2003) con muestras inclusivas de todos los pacientes adolescentes y adultos que acudieron por incidentes de "autolesión deliberada" durante un período de 10 años, y al compararlos con los índices derivados de los censos, tales como la fragmentación social y la privación económica, los resultados indican que los niveles más altos de privación socioeconómica se asocian con mayores tasas de autolesión deliberada; por lo tanto se sugiere que las medidas de dificultades socioeconómicas de la comunidad

pueden servir como un predictor concurrente más consistente de autolesión y suicidio que las de fragmentación social.

Por lo anterior, los factores sociales se encuentran entre los más importantes en el estudio de las autolesiones porque cumplen al menos tres roles en el desarrollo de las mismas, en primer lugar, los pares, familiares y vecindad confieren un mayor riesgo de desregulación emocional y psicopatología; los factores estresantes sociales particularmente potentes y agudos (por ejemplo, peleas con amigos o padres) ejemplifican la necesidad de mecanismos de afrontamiento eficaces. Los medios de comunicación pueden invitar a los individuos a participar específicamente en conductas autolesivas, lo que puede tener un efecto poderoso y evitable en el desarrollo, mantenimiento y experiencia de autolesiones (Heilbron, Franklin, Guerry, & Prinstein, 2014).

Modelos interpersonales

En la literatura se ha reportado que existen casos de autolesión en los que las personas buscan la manipulación del entorno y tales conductas se llevan a cabo para exhibirse u obtener ganancias, que más bien estarían relacionadas con ciertas patologías tales como Trastornos disociativos o de personalidad antisocial (Nader & Boheme, 2003). Sin embargo, hay investigaciones que han demostrado que las autolesiones pueden tener otras funciones interpersonales, por ejemplo, como una forma de pedir ayuda, evitar el abandono, ser tomados en serio, afectar el comportamiento de las personas, obtener atención y provocar respuestas forzadas (Klonsky, 2007). Desde el punto de vista de Favazza (1989) las autolesiones, más que un comportamiento manipulador, puede servir como un genuino grito de ayuda, cuyo ciclo comienza desde que la persona se siente mal, hasta que participa de la autolesión, lo que lo lleva a tener una mayor atención de los demás, atención que le proporciona algo de alivio, y a su vez hace que el individuo use las autolesiones, al promulgarlas a otros, para ayudar a calmar su dolor nuevamente.

Por otro lado, la autolesión también podría considerarse como una señal de identidad, es decir, podría ser una autolesión aprendida o copiada, sobre todo en el caso de los jóvenes que lo han observado, por ejemplo de una película o lo han escuchado de algún amigo, y que podrían estar buscando un referente que les permita pertenecer a algo o identificarse con alguien, y que muestra una manera de pedir ayuda, así como la necesidad de ser entendido (Mosquera, 2008). El énfasis cada vez mayor en el funcionamiento entre iguales se ve subrayado aún más por el hecho de que los adolescentes con frecuencia citan problemas interpersonales, incluidos el rechazo/victimización entre pares, el aislamiento social y el conflicto de relaciones entre sus pares, como factores que precipitan su participación en las autolesiones (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014).

Considerando la importancia que tiene la relación entre pares durante la adolescencia, se piensa que este período de desarrollo representa un momento crítico para comprender el papel de los pares en las ideas que los jóvenes presentan de las autolesiones; los marcadores del estado de los compañeros (por ejemplo la popularidad basada en la preferencia y la reputación) representan vías importantes para explicar el papel que puede desempeñar el funcionamiento de los compañeros en la aparición de conductas autolesivas con o sin intención suicida, sin embargo, los estudios al respecto son bastante escasos (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014). De acuerdo con lo establecido por Hilt, Nock, Lloyd-Richardson y Prinstein (2008) es probable que las autolesiones representen un marcador de estatus social o membresía en un estrato valioso, consistente con la evidencia de que los adolescentes que participan en autolesiones también tienen un mayor riesgo de participar en otras conductas de riesgo para la salud (por ejemplo, consumo de tabaco, consumo de sustancias, desórdenes alimenticios); por lo tanto, puede ser percibidos por sus compañeros como más populares y apreciados porque se involucran en comportamientos que son valorados socialmente y exigen respeto dentro de un contexto particular. Las cicatrices físicas a menudo asociadas con las autolesiones, también pueden servir como marcadores de estatus social dentro de un grupo de pares que apoya tales comportamientos, es decir, la capacidad de tolerar el dolor autoinfligido puede estar relacionada con altos niveles de estatus entre los

compañeros que tienen una consideración positiva de los comportamientos autolesivos (Nock & Prinstein, 2005).

Es por lo anterior, que el papel de la influencia de los pares en las autolesiones en los adolescentes ha suscitado un gran interés en la comunidad de investigación psicológica en los últimos años (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014), así como también hay una base de investigación creciente que sugiere que las discusiones sobre las autolesiones (métodos, sentimientos asociados) se han vuelto bastante comunes en Internet, en foros frecuentados por adolescentes (Whidlock, Powers & Eckenrode, 2006).

Modelo de límites

El modelo de límites establece que el individuo que se autolesiona, lo hace en un esfuerzo por crear una distinción entre el “yo” y el otro, es decir, que esta le puede ayudar a diferenciar su “yo” del mundo. Los teóricos han establecido que un individuo que usa la autolesión para crear límites con otros tiene problemas para establecerse a sí mismo como individuo o como alguien único (Suyemoto, 1998), porque no hay un límite claro con la otra persona, por ejemplo una pérdida, real o percibida, puede experimentarla como una pérdida del yo, y por lo tanto, una conducta autolesiva como cortar, y a su vez desangrar, le ayuda al individuo a reconocer un sentimiento de realidad (Jacobson & Batejan, 2014).

La necesidad de crear una identidad, o un límite con otra persona, puede llevar a la identificación del individuo como un “auto-herido” que se define únicamente por sus síntomas o comportamientos, y esta identificación puede ayudarle a sentirse único, haciendo que abrace su identidad como alguien que se involucra en autolesiones, por lo tanto, una identidad como "cortador" le ayuda a diferenciarse del otro (Favazza, 1998; Suyemoto, 1998).

Teoría del aprendizaje social

De acuerdo con la teoría del aprendizaje social, los individuos pueden aprender a una edad temprana que las lesiones están asociadas con una llamada de atención, de acuerdo al aumento en el número de lesiones, por lo que pueden intentar cuidarse a sí mismos a través de las autolesiones, en otras palabras, los adolescentes pueden ser testigos de que otros reciben atención o ayuda al autolesionarse e imitan el comportamiento para experimentar los mismos beneficios (Suyemoto, 1998).

Cuando un adolescente asume el rol de "cortador" y otros adolescentes lo ven como alguien a quien admirar, esta situación puede evocar fuertes sentimientos y conducir a la imitación (Favazza, 1989). Es así como la autolesión puede convertirse en un comportamiento competitivo entre los adolescentes, mismos que pueden llegar a comparar la gravedad de las lesiones y el número de heridas (Simpson, 1980 en (Jacobson & Batejan, 2014). En un estudio realizado en 2005 (Nock & Prinstein), encontraron en un entorno de hospitalización de adolescentes, que el 82,1% de los casos que se autolesionaron informaron que tenían un amigo que también estaba involucrado en este comportamiento, además señalaron que los niños pueden ser más susceptibles que las niñas a participar en las autolesiones para sentirse parte de un grupo.

Factores psicológicos

Además de las teorías expuestas con anterioridad, es importante considerar que los pacientes que participan en autolesiones, pueden presentar una serie de factores psicológicos que los caractericen, tal es el caso de una muy baja autoestima, presentar dificultades en la vinculación y capacidad para lograr intimidad; así como también una insaciable necesidad de aprobación y afecto, inmadurez emocional, fallas en el control de impulsos e hipersensibilidad a la opinión de los otros, además de dificultades para percibir y expresar sus propias emociones, especialmente las negativas, sin el desarrollo de habilidades de autocuidado, que no

se sienten merecedores de bienestar y al no lograr calmar su propia ansiedad (Nader & Boheme, 2003).

Las teorías psicológicas sociales, en general, se basan en el supuesto de que los individuos tienden a participar en comportamientos que les sirven para establecer o mantener un sentido positivo del autoconcepto, por lo tanto, los individuos se involucran en el proceso de comparación social para evaluarse a sí mismos en relación con sus percepciones de las actitudes/comportamientos de los demás (es decir, las normas sociales), y adaptan su comportamiento de tal manera que confirmará un sentido favorable de sí mismo; por ejemplo, los adolescentes que tienen dificultades para regular las emociones negativas pueden aprender de sus compañeros que las autolesiones representan una estrategia potencial para la regulación de las emociones, y si además se asocian con compañeros que proyectan una identidad deseada, estos adolescentes podrían percibir a las autolesiones como un comportamiento que les ayudará a enfrentar las emociones negativas y lograr una autoimagen deseada (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014).

A modo de integrar, las autolesiones cumplen con múltiples funciones que pueden cambiar con el tiempo y pueden reflejar numerosas dificultades psicológicas (Klonsky, 2007, Nock & Prinstein, 2005, Suyemoto, 1998); además, también puede haber una considerable variabilidad intraindividual en las funciones de las mismas, de modo que diferentes funciones pueden motivar la participación en diferentes comportamientos autolesivos a través de diferentes episodios, o en diferentes puntos de desarrollo (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014).

Al igual que los factores de riesgo, los factores de protección pueden preceder o coexistir con las autolesiones y pueden influir directa o indirectamente en el desarrollo o mantenimiento de las autolesiones; aunados a la compleja interacción con el entorno, la personalidad y los procesos de desarrollo, así como a la complejidad, la multitud y la rapidez de los cambios en el desarrollo durante la adolescencia que proporcionan un entorno excepcionalmente fértil para la interacción

dinámica entre riesgo y protección, con resultados de comportamiento que no siempre son predecibles (Whitlock & Selekman, 2014).

Modelos psicodinámicos

Las primeras teorías etiológicas de autolesión basadas en la teoría psicoanalítica y psicodinámica incluyen temas de conflicto entre los impulsos de vida y muerte, la agresión y los impulsos sexuales (Jacobson & Batejan, 2014), sin embargo, estas teorías de la autodestrucción han evolucionado junto con el campo del psicoanálisis para incluir modelos de la mente de todas las ramas teóricas (Goldblatt, 2014).

Goldblatt, en 2014, realiza un metaanálisis en el cual parte de la psicodinámica del suicidio (más adelante se plantea la diferencia de este con las conductas autolesivas), inicialmente arraigada en las observaciones de Freud sobre la melancolía y que surge de la teoría del impulso y del modelo topográfico de la mente, de tal modo que a medida que el psicoanálisis evolucionó para incluir la teoría estructural de Freud, se dio mayor énfasis a una comprensión psicológica del ego y los conflictos entre el ego y el superyó, y es a partir de esto, que se han desarrollado importantes contribuciones a la dinámica del suicidio de manera que la teoría psicoanalítica ha crecido (Goldblatt, 2014).

De acuerdo con Goldblatt (2014), se ha realizado diferentes estudios que señalan toda una serie de afectos que desempeñan un papel en el suicidio, sin embargo, estos estudios tienen limitaciones basadas en el tamaño de las muestras y en la metodología, partiendo con la tesis seminal de Freud de 1917 sobre la hostilidad, que se vuelve hacia dentro, en la que se sientan las bases para el odio, como un afecto que invita al suicidio, y posteriormente, otros estudios en los que se relaciona el suicidio con la rabia, culpa, desesperanza, desesperación y ansiedad; de tal manera que se ha identificado una variedad de estados afectivos intensos y desagradables que invitan al suicidio, incluidos sentimientos de abandono, ira de odio y angustia de grado intenso.

Las fantasías conscientes e inconscientes sobre la muerte agregan significado a estos estados suicidas para cada persona (Goldblatt, 2014). En el año 2008, Bell (en Goldblatt, 2014), subrayó la importancia de las fantasías que subyacen en todos los intentos de suicidio, mismas que suelen ser inconscientes y se relacionan con el yo y el cuerpo. Entre las fantasías más comunes sobre el suicidio se encuentran aquellas que consideran a la muerte como un medio para el renacimiento, como venganza, autocastigo o expiación, escape y como asesinato; así mismo, las fantasías de suicidio pueden representar represalia o triunfo, y sirven para regular y controlar los intensos impulsos sádicos, el odio, la rabia o la vergüenza, sin embargo, bajo ciertas circunstancias estresantes como la depresión insoportable, la psicosis o la intoxicación por alcohol y drogas, estos ensueños pueden tomar un giro maligno y conducir al suicidio.

En un estudio empírico de los procesos mentales que acompañan al suicidio, Kaslow y sus colaboradores (1998) evaluaron cuatro construcciones psicodinámicas en pacientes psiquiátricos suicidas no esquizofrénicos: agresión auto dirigida, pérdida del objeto que produce un dolor no resuelto, alteración del funcionamiento del ego y relaciones patológicas del objeto; encontrando que hay un fuerte impacto de las relaciones de objeto en los intentos de suicidio, especialmente para quienes vivieron las relaciones más negativamente y con más malevolencia o dolor. De modo que la experiencia de la pérdida pareció jugar un papel crucial en las experiencias tempranas que más tarde salen a la luz con las pérdidas recientes de adultos.

En 1917, Freud planteó que en la melancolía existe ambivalencia hacia un objeto perdido, lo que deriva en que el ego se divida, y parte de ese ego se identifique con el objeto de abandono, de modo que la hostilidad relacionada con el objeto continúe y se dirija hacia la propia persona, es así como un paciente es capaz de atacarse a sí mismo en el curso del proceso de matar el objeto de ambivalencia; posteriormente, complementando, en 1927, con un segundo mecanismo en el que el superyó se vuelve tan severo en su ataque al ego que lo abandona y lo deja morir (Tomado de Goldblatt, 2014).

Es así como la función sintética y la función integradora y armonizadora del ego, fallan en las crisis suicidas, cuando el yo se experimenta como fragmentado, el paciente es incapaz de enfrentar al mundo y siente que él, o el mundo, se está desmoronando; y muchos pacientes, en la dolorosa intensidad del momento, abandonan la creencia de que otros se preocupan por ellos o bien, consideran que sus muertes conducirán al sufrimiento de los demás; algunos se vuelven delirantemente convencidos de que la familia y los amigos estarían mejor sin ellos, lo que se ha denominado “Pruebas de realidad deteriorada” (Goldblatt, 2014).

En síntesis, la teoría psicodinámica de la autolesión sugiere que las personas se autolesionan como medio para llevar a cabo impulsos agresivos hacia sí mismos, esto para reparar deseos, comportamientos, sentimientos y pensamientos inaceptables, siendo las teorías de auto-agresión las que han recibido mayor apoyo empírico (Goldblatt, 2014).

Goldblatt (2014) refiere que lo que se puede destacar de las teorías de las relaciones de objeto, es que en los conflictos entre diferentes aspectos internalizados del yo se ve al suicidio como un ataque a los objetos internos malos o aspectos no deseados del yo, retomando a uno de los principales representantes que es Winnicott se retoma el concepto de “falso self” como función defensiva para proteger al yo verdadero, lo que desempeña un papel importante en el suicidio. De tal modo que puede ocurrir bajo dos formulaciones separadas: en casos más severos, cuando el falso self se vuelve de tal manera que el self verdadero está "bajo amenaza de aniquilación", o bien, cuando el suicidio puede ser visto como una "reafirmación del verdadero yo", formulación en la que se plantea al suicidio como un intento de supervivencia.

Modelo integrador de las autolesiones

Un modelo integrado (Jacobson & Batejan, 2014) postula que, tanto los factores de riesgo distales, como una predisposición genética para una fuerte

reactividad emocional, altos niveles de crítica familiar y hostilidad, así como el abuso y maltrato durante la infancia que interactúan entre sí, dejan a cada persona en un riesgo elevado de participar en autolesiones.

Dentro de los factores de riesgo intrapersonales y más proximales para las autolesiones se incluyen las emociones de gran aversión, la poca tolerancia a la angustia y malestar con sentimientos fuertes o la dificultad para expresar esos sentimientos verbalmente; por otro lado, los factores de riesgo proximales interpersonales incluyen habilidades de comunicación y habilidades de resolución de problemas sociales deficientes; y en cuanto a los factores de vulnerabilidad subyacentes se puede hablar de una interacción con eventos estresantes, pérdidas interpersonales y disputas interpersonales que desencadenan una falta de reflexión (disociación) y una provocación excesiva (un efecto negativo extremadamente intenso) que hacen que la persona se sienta incapaz de manejar las demandas sociales (Jacobson & Batejan, 2014).

Aunque la investigación sugiere que las autolesiones, que resultan de la combinación de varios factores de riesgo y circunstancias ambientales, brindan alivio inmediato, se ha encontrado que tales comportamientos conducen comúnmente a un aumento de los sentimientos negativos, como la vergüenza y la decepción en uno mismo a largo plazo, de modo que el desafío para los futuros investigadores es probar empíricamente teorías integradas más complejas (Jacobson & Batejan, 2014).

Diferencia entre autolesiones y riesgo suicida

Cabe distinguir la intención autolesiva de la intención suicida (Mosquera, 2008; Nader & Boheme, 2003; Santos, 2011) pues la persona que se autolesiona no tiene la intención de quitarse la vida, más bien considera que el hacerse daño es un alternativa para manejar las emociones o situaciones que le son intolerables, intensas y dolorosas (Mosquera, 2008; Nader & Boheme, 2003; Santos, 2011), sin embargo, es recomendable que cuando una persona se autolesiona sea evaluada

para determinar si corre el riesgo de suicidio y en cuyo caso reciba atención urgente (Santos, 2011).

En el año 2014, Muehlenkamp realizó un metaanálisis en el cual documenta que el suicidio y las autolesiones siguen siendo problemas importantes de salud del comportamiento para adolescentes y adultos, existe un consenso de la aceptación de varios investigadores y clínicos en torno a que las autolesiones son diferentes del comportamiento suicida, sin embargo, se presenta un alto grado de coocurrencia entre la ideación suicida, los intentos de suicidio y la autolesión.

Asumir que el comportamiento suicida es una consecuencia de las autolesiones supone una relación temporal que aún no se ha documentado, y aunque se ha estudiado de manera sistemática que las personas con antecedentes de autolesiones tienen un mayor riesgo de comportamientos relacionados con el suicidio, también es cierto que en al menos dos estudios, la mayoría de los que participan en autolesiones no presentan ningún tipo de comportamiento suicida (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Whitlock & Knox, 2007 en Muehlenkamp, 2014).

Ambos comportamientos pueden coexistir, pues tanto las autolesiones como los intentos de suicidio están sobre determinadas debido a múltiples razones por episodio. Por un lado, tanto los adultos como los adolescentes informan que las autolesiones se usa principalmente para reducir la experiencia de estados emocionales o cognitivos negativos intolerables, para castigarse o para generar algún tipo de sentimiento, y por otro, los intentos de suicidio también han sido documentados o motivados por un deseo de modular los estados psicológicos aversivos y obtener alivio sin embargo, las investigaciones han demostrado que los intentos de suicidio suelen estar motivados principalmente por un deseo intensamente fuerte de morir o de descargar a otros. Además, hay pruebas de que algunas personas informan que utilizan las autolesiones para prevenir o evitar los impulsos suicidas (Muehlenkamp, 2014).

Tanto los intentos de suicidio como las autolesiones muestran un curso de desarrollo similar, ya que ambos tienden a alcanzar un pico en la prevalencia durante la adolescencia y la adultez joven, parece que las segundas, puede tener una edad de inicio ligeramente más temprana (13 años) que los intentos de suicidio (16 años). En general, las autolesiones parecen ser más comunes que los intentos de suicidio, con tasas de prevalencia de autolesiones entre los adolescentes de la comunidad que promedian entre 13% y 28% en todo el mundo, tasas que tienden a ser mucho más altas entre las muestras clínicas (Muehlenkamp, 2014).

Además de establecer la intención en que se basa tanto la conducta autolesiva como el suicidio, parecen estar claramente diferenciados por los métodos utilizados para auto-infligir las lesiones. Pues las personas que intentan suicidarse tienden a para usar métodos altamente letales, mientras que la mayoría de las de las conductas de autolesión implican conductas de baja letalidad que resultan en un daño mínimo. Los métodos más comunes de intentos de suicidio en todo el mundo son el ahorcamiento y la ingestión de sustancias tóxicas, en contraste, con el corte que es el método más comúnmente utilizado para la autolesión y se realizan generalmente en áreas del cuerpo asociadas con una letalidad muy baja, como los antebrazos y la parte superior de las piernas. En síntesis, los datos existentes apoyan en gran medida la diferenciación de las conductas de autolesión de los intentos de suicidio en función del método utilizado, la ubicación del cuerpo lesionado, la frecuencia del comportamiento y la gravedad/letalidad general (Muehlenkamp, 2014).

Uno de los factores que complican la diferenciación entre autolesiones y los intentos de suicidio es que parecen compartir factores de riesgo similares en términos de perfiles psiquiátricos, historias de abuso/entornos familiares, personalidad y características cognitivas. Al revisar la literatura, queda claro que muchos de los factores de riesgo distales identificados para el suicidio y autolesiones son los mismos, aunque hay pocos estudios que comparan directamente estas variables, parece que las autolesiones y el suicidio generalmente se pueden diferenciar por la gravedad de la patología o disfunción (Muehlenkamp, 2014).

Está bien establecido que el abuso infantil, particularmente el abuso sexual, es un factor de riesgo significativo para el suicidio, y junto con las experiencias de abuso, la investigación ha sugerido que un entorno familiar negativo y caótico también puede poner a una persona en mayor riesgo de suicidio y también de autolesiones. Se ha demostrado que el funcionamiento deficiente de la familia, incluidos los conflictos, la falta de cohesión, el vínculo afectivo y la psicopatología de los padres, son factores de riesgo para el comportamiento suicida, así como también se han demostrado relaciones similares entre las relaciones pobres o conflictivas con los padres, la violencia familiar, la crítica de los padres y las autolesiones, aunque también se ha encontrado que las relaciones familiares mejoraron después de actos de autolesión (Muehlenkamp, 2014).

Si bien las conductas de autolesión y el suicidio demuestran relaciones sólidas con la impulsividad y la agresión, la investigación actual indica que estos rasgos de personalidad pueden tener una asociación más fuerte con autolesiones que con el suicidio. Con respecto a la impulsividad, los intentos de suicidio asociados con la planificación y la premeditación se asocian con una mayor letalidad, mientras que los actos de autolesión tienen más probabilidades de implicar poca planificación o premeditación (Muehlenkamp, 2014).

Un extenso cuerpo de investigación ha demostrado que los individuos suicidas presentan déficits significativos en la resolución de problemas. Entre los grupos de personas que reporta autolesión y aquellos que reportan intentos de suicidio, parece que la principal diferencia radica en la capacidad de las personas para generar soluciones, ya que los suicidas se han identificado como menos capaces. Y al considerarse lo anterior como cierto, esta sutil diferencia entre los grupos puede deberse en gran parte a los obstáculos cognitivos asociados a la mentalidad suicida, como la desesperanza (Muehlenkamp, 2014).

González, Vasco y Nieto (2016) realizaron un estudio, en cual afirman que los adolescentes que se autolesionan utilizan más estrategias de afrontamiento

centradas en la emoción y en la evitación, además de presentar un uso reducido del apoyo social y el déficit en cuanto a estrategias de resolución de problemas que se menciona con anterioridad. McMahon y colaboradores (2013) plantean que el uso de estrategias de afrontamiento de tipo activo, o centrado en la solución de problemas, se relaciona con variables como un alto bienestar psicológico, satisfacción con la vida, un buen nivel de adaptación, inteligencia emocional y autorregulación que derivan en una mejor salud mental; en contraste con el uso de estrategias de tipo pasivo que a su vez se correlacionan con altos niveles de ansiedad, estrés y depresión.

Intervención en autolesiones

Nader & Boheme (2003) plantean para hacer frente a la conducta de autolesión dos herramientas esenciales: la farmacoterapia y la psicoterapia; aunque desafortunadamente, no existe un tratamiento "estándar de oro" para este fenómeno, y es necesario el apoyo empírico para el tratamiento psicológico de las autolesiones, con cualquier desarrollo de tratamiento, para comprender la etiología y las razones que subyacen en el comportamiento, ya que se trata de un fenómeno multidimensional, aunque sí existen puntos en común entre diversos enfoques de tratamiento que se pueden aplicar a tal conducta (Stanley, Fineran & Brodsky, 2014).

La farmacoterapia tiene como objetivo controlar la impulsividad, disminuir la angustia, así como también manejar los desórdenes de pensamiento, ofreciendo a disposición ansiolíticos, antipsicóticos o antidepresivos (Nader & Boheme, 2003). Sin embargo, hasta la fecha, no existe un medicamento en todo el mundo, que esté aprobado para tratar específicamente las autolesiones; a veces puede haber desajustes causados por la vulnerabilidad genética, los eventos de la vida o la interacción de ambos (epigenéticos), que afectan a la neurobiología del cerebro y, en consecuencia, pueden provocar trastornos psiquiátricos y sufrimiento (Plener & Libal, 2014).

Aunque existen diferentes estrategias para abordar los trastornos psiquiátricos, entre las que destaca la psicoterapia, a menudo existe la necesidad de apoyar los enfoques de tratamiento psicoterapéutico a través de la medicación porque el nivel de sufrimiento o daño es intolerable o es una amenaza grave para la vida o la salud del paciente, o el trastorno es grave, por lo que no permite el progreso en la psicoterapia. En estos casos, el paciente puede recibir tratamiento psicofarmacológico, pero debe tenerse en cuenta que aún debe entenderse como apoyo y no como una terapia única (Plener & Libal, 2014).

Uno de los más utilizados son los Antidepresivos, este grupo incluye los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); por otro lado se encuentran los Antipsicóticos que actúan mediante el bloqueo de los receptores de dopamina, la mayoría de ellos también interactúan con otros sistemas de neurotransmisores (por ejemplo, la influencia sobre los receptores de serotonina o histamina); también se utilizan los Estabilizadores del Estado de Ánimo entre los que se pueden encontrar los Anticonvulsivos, originalmente utilizados para tratar la epilepsia, o bien, los agentes psicotrópicos entre los que se incluyen el valproato, carbamazepina y litio; por otro lado, el uso sugerido de agentes antihipertensivos (alfa-agonistas) se centra en influir en los estados agudos de tensión interna que llevan a los impulsos a autolesionarse; además de los Antagonistas opioides que se suministran con la finalidad de bloquear los receptores opioides como la naloxona y el clorhidrato de naltrexona con el objetivo de detener las propiedades de refuerzo de las autolesiones; y finalmente, las Benzodiazepinas son los agentes psicotrópicos con el potencial de aliviar la ansiedad, pues recientemente se considera interesante la sedación para tratar las autolesiones, por ejemplo, diazepam, lorazepam alprazolam (Plener & Libal, 2014).

Pero la administración del tratamiento psicofarmacológico para las autolesiones plantea un dilema ético para el clínico, ya que existe el problema de personalizar cada decisión de tratamiento, y hasta hace poco tiempo, no ha existido una solución general acordada, a excepción de la recomendación de que el tratamiento debe ser individualizado con base en una evaluación diagnóstica

completa, pues la literatura con respecto a las recomendaciones para el tratamiento psicofarmacológico en el caso de autolesiones es limitada (Plener & Libal, 2014).

En lo que respecta a la psicoterapia, se recomienda que una primera intervención esté dirigida a establecer un vínculo terapéutico y a extinguir el acto autolesivo, buscando el reconocimiento de emociones, una expresión más adaptativa y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas que fomente la autoestima y el autocuidado con la finalidad de poder lograr a largo plazo una organización de la personalidad (Nader & Boheme, 2003). Sin embargo, de acuerdo con Stanley, Fineran y Brodsky (2014) a mayoría de los tratamientos dirigidos a la reducción de las autolesiones deberían abordar la angustia emocional, las distorsiones cognitivas y el descontrol conductual relacionado con impulsos y conductas autodestructivas.

De manera general, la psicoterapia consiste en un tratamiento a través de la palabra que ofrece un psicólogo entrenado para evaluar a una persona y ayudarlo a propiciar cambios en su conducta, actitudes y pensamientos, con el propósito de mejorar su calidad de vida. La persona que solicita la atención psicológica debería tomar conciencia de lo que necesita, es decir, identificar algún problema que le gustaría solucionar, así como lo que espera conseguir de la psicoterapia y tomar la decisión de acudir (Santos, 2011).

En un principio, el proceso consiste en obtener información pasada y presente acerca de la vida del paciente y de su familia; para posteriormente con ayuda del terapeuta empezar a desarrollar los objetivos terapéuticos para dar inicio al trabajo psicoterapéutico que permitirá al mismo ir entendiendo las emociones que le están causando dolor y compartir todo aquello que no se puede compartir con los seres queridos por miedo a que le dejen de querer o le juzguen en un ambiente de confianza y libertad, un proceso de trabajo y compromiso que en conjunto busca mejorar la calidad de vida y el crecimiento personal del paciente desarrollando opciones de lo que este podría hacer ante la presencia de sentimientos negativos y abrumadores antes de lesionarse (Santos, 2011).

En cuanto al manejo de las emociones, se plantea que para las personas que se autolesionan les es muy difícil poder identificar el sentimiento que los abruma, entre las emociones que se pueden presentar se encuentran por ejemplo el enojo, la frustración, resentimiento, tristeza, tensión o estrés, así como la angustia o ansiedad, soledad, culpa, sentimiento de vacío o falta de control sobre su vida; y se ha documentado que a las personas les ha ayudado el hablar, dibujar, escribir, llorar, ayudar a alguien, escuchando música, haciendo ejercicio y/o bien reflexionar para expresar o manejar estas emociones o sentimientos (Santos, 2011).

Mollà, et al., en el año 2015, realizó un meta análisis en el que documentó las principales intervenciones que han demostrado mayor efectividad para las autolesiones, reporta a las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) ya que han generado resultados prometedores en diversos contextos.

La terapia cognitiva (TC) pone énfasis en alterar las creencias "básicas" disfuncionales y cambiar las conductas problemáticas, las creencias centrales son desafiadas a través del cuestionamiento socrático y los experimentos de comportamiento, para ello, el tratamiento es colaborativo, con el paciente y el terapeuta trabajando juntos durante cada sesión para establecer objetivos, establecer prioridades y seguir una agenda (Stanley, Fineran & Brodsky, 2014).

La intervención que se basa en un modelo cognitivo-conductual para los factores de mantenimiento de las autolesiones, está dirigido a un cambio en el pensamiento suicida y negativo, así como también en los déficits de resolución de problemas mediante el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales para enfrentar situaciones que provocan autolesiones, y las sesiones se pueden centrar en la identificación y modificación de mecanismos que mantienen las autolesiones. Como propuesta de intervención, un primer paso del tratamiento puede ser evaluar el episodio más reciente de autolesión, incluyendo las circunstancias, motivos, razones, cogniciones, emociones y comportamientos que se presentan antes y durante el episodio; el siguiente paso consistiría en que el terapeuta y el paciente abordaran conjuntamente cómo los factores emocionales, cognitivos y conductuales, las

cogniciones disfuncionales, las dificultades de regulación emocional y la resolución de problemas, desempeñan un papel importante en el mantenimiento del comportamiento autolesivo del paciente; y finalmente, la prevención de recaídas se abordaría hacia el final del tratamiento (Stanley, Fineran & Brodsky, 2014).

En el enfoque de TCC, una de las modalidades que reporta un elevado grado de evidencia en la disminución de conductas autolesivas es la terapia dialéctica-conductual (dialectical behavior therapy, DBT, en inglés), de Linehan. Estudios han demostrado que, en comparación con el tratamiento habitual, la DBT para adolescentes se asocia con una disminución significativa de autolesión, hospitalizaciones, ideación suicida, depresión, ansiedad y severidad global (Katz, 2004; James et al., 2008; Fleischhaker, 2011; en Mollà, et al., 2015). La DBT combina un entrenamiento en habilidades, exposición con prevención de respuesta, manejo de contingencias, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva con técnicas de mindfulness, de validación y de aceptación. En la adaptación a población adolescente, se puede incluir a la familia en grupos multifamiliares de entrenamiento de habilidades, con la intención de mejorar la generalización y el reforzamiento de las habilidades, así como la estructuración del ambiente de los adolescentes en sesiones de terapia familiar, ya que consideran que muchos problemas adolescentes incluyen al sistema de soporte primario (Mollà, et al., 2015).

Stanley, Fineran y Brodsky añaden, a la definición presentada con anterioridad de la DBT, que consiste en un tratamiento que combina elementos de psicoterapia conductual, cognitiva y de apoyo, utiliza técnicas directivas orientadas a problemas, como el entrenamiento de habilidades conductuales, el manejo de contingencias, la modificación cognitiva y la exposición a señales emocionales; técnicas directivas que se equilibran con técnicas de apoyo como la empatía, la reflexión, la validación y la aceptación, en función de la jerarquía de objetivos de comportamiento establecidos con dirección al cambio que se espera (2014).

También se reporta la terapia basada en la mentalización (MBT) como eficaz para el tratamiento autolesivo, esta consiste en un tratamiento manualizado de un año de duración con sesiones individuales semanales y sesiones familiares mensuales. La hipótesis que sostiene es que si no hay capacidad de mentalización, lo negativo es vivido con gran intensidad, hay sentimientos de depresión elevados y urgencia de distracción. Las autolesiones se relacionan con la capacidad de mentalización, en el sentido de que una baja capacidad de mentalización llevaría a problemas de regulación emocional y dificultades para gestionar la impulsividad, especialmente en el contexto de interacciones personales. Bajo esta conceptualización, el foco se sitúa en incrementar la capacidad del paciente y de la familia para entender la acción en términos de pensamientos y emociones, y se hipotetiza que aumenta el autocontrol y la regulación emocional, esperando así disminuir las autolesiones (Mollà, et al., 2015).

Otra modalidad de psicoterapia reportada, es la terapia multifamiliar, la cual consiste en un tratamiento basado en el modelo social-ecológico, que focaliza las intervenciones en los múltiples sistemas que mantienen la conducta del adolescente. Específicamente, la Developmental Group Psychotherapy (DGT) está basada en la terapia grupal dialéctica-conductual y en la terapia psicodinámica, consiste en 8 sesiones grupales focalizadas en estrategias de resolución de problemas, regulación emocional y entrenamiento en habilidades sociales y se dirige a las áreas: escuela y pares, familia, rabia, depresión y autolesiones (Wood, 2001; Hazell, 2009; Green, 2011; en Mollà, et al. (2015).

Es importante hacer hincapié en la amplia variedad de tratamientos y la dificultad para identificar los componentes específicos necesarios para que estos sean eficaces. En la mayoría de estos tratamientos, cuando se han realizado estudios, se observan disminuciones significativas en el número de autolesiones, sin embargo, la evidencia actual, no es muy esperanzadora, ya que la mayor parte de tratamientos no tienen suficiente apoyo empírico, además, se destaca la necesidad de programas psicoterapéuticos específicos y efectivos para las autolesiones en adolescentes, considerando que las intervenciones más breves y menos costosas,

centradas en el entrenamiento en habilidades específicas (como son las habilidades sociales o de solución de problemas), han resultado ineficientes para resolver la problemática de origen (Mollà, et al., 2015).

A manera de conclusión, Muehlenkamp (2006) plantea que los enfoques que utilizan en gran medida técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual probablemente resulten más eficaces en el tratamiento de las autolesiones debido a la naturaleza limitada y estructurada de la técnica de manejo de habilidades de afrontamiento, específicamente la terapia de solución de problemas y la terapia dialéctica-conductual.

Sin embargo, al utilizar estrategias dirigidas a integrar enfoques de terapia cognitivo-conductual que proporcione un plan de tratamiento estructurado en un marco de tiempo definido, centrado en el desarrollo de habilidades de afrontamiento y que aborde las distorsiones cognitivas y las creencias fundamentalmente negativas (reestructuración cognitiva), en conjunto con enfoques ecológicos y de sistemas, basados en sistemas familiares integradores, se aborda más allá del nivel individual y el enfoque correctivo de los tratamientos y se permite que los factores sistémicos y contextuales sirvan como refuerzos positivos y negativos de la conducta, se fortalezca la relación entre padres y adolescentes, se mejore la comunicación y se promuevan las habilidades de resolución de conflictos para un mayor factor de cambio, tanto en el caso de las conductas autolesivas como suicidas (Whitlock & Selekman, 2014).

Cabe destacar que hay autores (Conterio & Lader, 1998 en Whitlock & Selekman, 2014) que utilizan un modelo de tratamiento multifacético integrador que incorpora principios psicodinámicos y estrategias cognitivo-conductuales en el trabajo individual y grupal para las conductas autolesivas. Su programa tiene un componente de información, destinado a ayudar al paciente a entenderse mejor a sí mismo, así como también un componente de estrategias de afrontamiento, en el que se aprenden modos más saludables de relacionarse y resolver problemas. De esta manera, los impulsos de daño se consideran como "pistas" de sentimientos, motivos

y comunicaciones subyacentes que no pueden organizar o manejar de manera efectiva, y se utilizan estrategias como el registro de impulsos, donde se registra una cuenta diaria de los problemas asociados con los impulsos de lesión, haciendo énfasis en romper el camino directo del impulso a la lesión y hacer que el paciente refleje y administre las dinámicas subyacentes que impulsan el comportamiento autolesivo. Este programa busca sustituir y retrasar el ciclo destructivo anterior a la autolesión, promoviendo la reflexión y un manejo más saludable, que considera a su vez la etapa de desarrollo del paciente y factores como problemas con la familia de origen, traumas y pérdidas, así como también la madurez emocional, la historia psicosocial y el género.

Y para finalizar, una estrategia potencialmente efectiva consistiría en proporcionar un acceso abierto a tratamientos de emergencia para los pacientes en riesgo (Stanley, Fineran & Brodsky, 2014).

Importancia del trabajo con los padres

La interacción entre los padres e hijos es continua, generalmente son los padres quienes sostienen la existencia y se convierten en los principales maestros o figuras primordiales de los jóvenes, su rol consiste en orientar y la importancia del trabajo de intervención con los padres o con los cuidadores primarios radica en que son quienes observan a los menores, se interesan por lo que hacen y por la forma en cómo lo hacen (Gómez, 2006).

De manera puntual, el papel de los padres y madres en las intervenciones clínicas con los niños y se ha considerado un elemento primordial en la producción, establecimiento y mantenimiento de los cambios que se promueven en la psicoterapia infantil individual (Axline, 1975), y dicho papel ha evolucionado a lo largo del tiempo gracias a la progresiva comprensión de los procesos psíquicos y los avances en la investigación (Bolaño, 2009).

Se ha planteado la existencia de varios objetivos comunes a las intervenciones con padres en clínica de niños, entre los que destacan los siguientes:

1. Favorecer la relación terapeuta-padres trabajando las dificultades del desempeño de su papel, de forma que éstos se vean valorados en sus capacidades y comprendidos en las dificultades en el desempeño de su rol.

2. Establecer la alianza con el subsistema padres que promueve cambios en la relación con la familia de origen (trabajo intergeneracional) y en la estructuración triangular de la familia actual.

3. Facilitar la comprensión de las dificultades del niño como miembro de una estructura familiar cuyos cambios favorecerán también el cambio en el niño.

4. Ampliar la capacidad reflexiva de los padres, siendo este un objetivo que engloba a los demás (Bolaño, 2009).

Capítulo 4. Método

Justificación y Planteamiento del problema

Las autolesiones se definen como una conducta por medio de la cual el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado y que se realiza con esperanzas de aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, para resolver una dificultad interpersonal, o para inducir un estado de sentimientos positivos (American Psychiatric Association, 2014).

La conducta autolesiva, como se menciona con anterioridad, se ha convertido en un problema importante de salud pública en el mundo, con una tasa del 20% en el total de la población de adolescentes y adultos jóvenes (Jacobson & Batejan, 2014). En la Ciudad de México se han realizado estudios que de manera retrospectiva reportan que el 57.8% de 564 estudiantes universitarios han presentado al menos una ocasión de autolesión entre los 11 y 17 años (Castro, Benjet, Juárez, Jurado, Lucio & Valencia, 2017); además, se ha documentado que en general, el 17.1% de los adolescentes se autolesiona (Mayer, Morales, Victoria, & Ulloa.; 2016).

En los últimos años se ha presentado en los Centros de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la UNAM una demanda cada vez mayor de niños y adolescentes con autolesiones, información obtenida de las solicitudes atendidas, y en algunos de los casos derivados por algunas escuelas. De esta manera surge la necesidad de documentar el presente proceso de intervención con un abordaje multidimensional e integrativo que, ya que, como lo postulan Jacobson y Batejan (2014) resulta importante al considerar la interacción tanto los factores de riesgo distales, como una predisposición genética para la reactividad emocional, así como los niveles de crítica familiar y hostilidad, el abuso y maltrato durante la infancia que destacan como los principales factores de riesgo para la participación de autolesiones, poniendo énfasis en una mirada desde el proceso de vinculación primaria, específicamente con la madre, cuyas dificultades se saben como uno de los

principales factores determinantes de la conducta autolesiva (Nader & Boheme, 2003).

Pregunta de investigación

¿El proceso psicoterapéutico con un adolescente que presenta conductas autolesivas puede disminuir este tipo de conductas y promover un vínculo diferente entre madre e hijo?

Objetivo General

Describir si el proceso psicoterapéutico con un adolescente que presenta conductas autolesivas puede disminuir este tipo de conductas y promover un vínculo diferente entre madre e hijo.

Tipo de estudio

Estudio de caso

Variables

Autolesión.

Definición conceptual: Conducta por medio de la que el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado. Además, ésta debe realizarse con esperanzas de aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, para resolver una dificultad interpersonal, o para inducir un estado de sentimientos positivos (American Psychiatric Association, 2014).

Definición operacional: Cualquier manifestación verbal por parte del paciente que remita a haber lesionado intencionalmente su cuerpo; así como conductas que impliquen autoagresión ante situaciones de poco control emocional.

Vinculación materno-infantil.

Definición conceptual: lazo fuerte que todo individuo desarrolla con su figura materna, producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta que se desarrollan en el bebé y cuya consecuencia previsible es la aproximación, misma que tiene como función satisfacer sus necesidades fisiológicas (por ejemplo alimentación y calor), como respuesta a la tendencia innata de contacto que inicia con la aproximación al pecho materno y la succión, de manera que progresa hasta obtener la confianza de explorar distintos ambientes y se prolonga a otras etapas de desarrollo siendo importante durante toda la vida (Bowlby, 1998).

Definición operacional: cualquier manifestación verbal o conductual por parte del paciente que haga referencia a la percepción de una madre atenta, que lo comprende, apoya y ayuda a resolver las dificultades.

Hipótesis clínica

El adolescente realiza las conductas autolesivas con la intención de aliviar su dolor emocional, es decir, aminorar la intensidad de las emociones, referidas principalmente de enojo y tristeza, que le son intolerables y no ha podido expresar de una manera distinta; mismas que el paciente relaciona con las experiencias de abandono por parte de los cuidadores primarios, principalmente de la madre con quien de manera intermitente, la relación se describe como caracterizada por la ambivalencia, y oscila entre la desatención, abandono, amenaza del mismo, castigos y hostilidad, desde una etapa de desarrollo muy temprana.

Presentación del caso

Ficha de identificación

Nombre de la paciente: Emiliano

Sexo: masculino

Edad (al inicio): 12 años 9 meses

Escolaridad (al inicio): sexto grado de educación primaria

Religión: católica

Referencia: de la escuela, USSAER

Nombre de la madre: Verona

Edad: 28 años

Ocupación: ama de casa

Estado civil: soltera

Nombre del padre: Augusto

Edad: 28 años

Ocupación: Desconocido

Estado civil: unión libre

Motivo de consulta

De la madre: “Mi hijo muestra depresión, coraje y resentimiento hacia su mamá, por lo cual empezó a cortarse el brazo” (sic. Verona).

Expectativas del proceso de intervención de la madre: “quiero ver un poco más de mejoramiento en sus reacciones loquitas que tiene en su cabecita cuando se pone en el plan de no lo voy a hacer, y es que se viene algo difícil, la secundaria, ya no es igual a la primaria y va a conocer malicia y no me gustaría que mi hijo lo viviera; o como dice mi papá, que pruebe, pero siempre y cuando haya una comunicación” (sic. Verona).

Del paciente: “Mi problema es que tengo cortadas” (sic. Emiliano).

Expectativas del proceso de intervención del paciente: “lo que espero de venir a terapia es desahogarme” (sic. Emiliano).

Descripción clínica del paciente y su madre

En general Emiliano se presentó a las sesiones en adecuadas condiciones de higiene y aliño, su apariencia física era acorde con su edad cronológica, se encontraba ubicado en cuanto a tiempo, espacio, persona y circunstancia; la mayor parte de las veces asistió acompañado por su madre, algunas ocasiones de su abuela materna (a quien en algún momento se le brindó la oportunidad de participar en el proceso), o bien con ambas, y posteriormente también con su hermana (nacimiento durante el transcurso de la intervención).

Físicamente su estatura era promedio bajo, su tez morena, de complexión un tanto robusta, ojos grandes, labios gruesos, cabello rizado y corto. Constantemente sus referencias tendían a la desesperanza, a sentirse solo y no identificar una red de apoyo estable con excepción de algunos de los compañeros de la escuela.

En cuanto a su estado durante las sesiones, Emiliano presentó cierta dificultad para responder los cuestionamientos de las terapeutas, principalmente al inicio del tratamiento, pero de alguna manera se mantuvo durante todo el proceso; algunas veces se observa resistente a participar, un tanto confundido, con frecuencia llegó a contradecirse u olvidaba algún contenido de sesiones anteriores e incluso de la sesión en curso. La mayor parte de las veces su postura y tono corporal fueron bajos, y presentaba manifestaciones de ansiedad, tales como sudoración o movimientos repetitivos, señalando en diferentes etapas del proceso su falta de motivación y renuencia a continuar asistiendo, justificando su presencia como un requisito más bien establecido por la escuela.

Por su parte, la madre del paciente se presentaba en adecuadas condiciones de higiene y condiciones aceptables de aliño; constantemente angustiada por las conductas que Emiliano presentaba, y cuya atención se dirigía principalmente a la falta de atención de las pautas de conducta que se le imponían a su hijo, pero cierta incapacidad de identificar las necesidades afectivas, de orientación, modelamiento y atención que su hijo presentaba.

A Verona, en general, le costaba trabajo escuchar la información proporcionada por las terapeutas, su expresión verbal tendía a la verborrea, constantemente se desviaba de los temas o focos de la intervención y refería a detalle situaciones cotidianas personales o familiares, e incluso de otras personas cercanas de la dinámica familiar, a manera de justificación de sus atareadas ocupaciones. Defendía, dada su dificultad de autorregulación, la postura de golpear, insultar y castigar a Emiliano, al mismo tiempo que con frecuencia invalidaba sus emociones negativas.

Las ausencias durante el proceso de intervención resultaban frecuentes, con justificaciones que aludían a situaciones como el clima, tráfico, el embarazo de la madre del paciente y posteriormente el nacimiento de su hermana, las tareas escolares, entre otras, en más de dos ocasiones la continuidad del proceso se reencuadró y condicionó a la asistencia continua, hasta llegado el momento en que se solicitó la baja del proceso por las cuestiones antes señaladas.

Genograma

En la figura 1 se puede apreciar el genograma del paciente, mismo que muestra las principales interacciones que establece con los miembros de su familia más significativos.

Figura 1. Genograma Emiliano

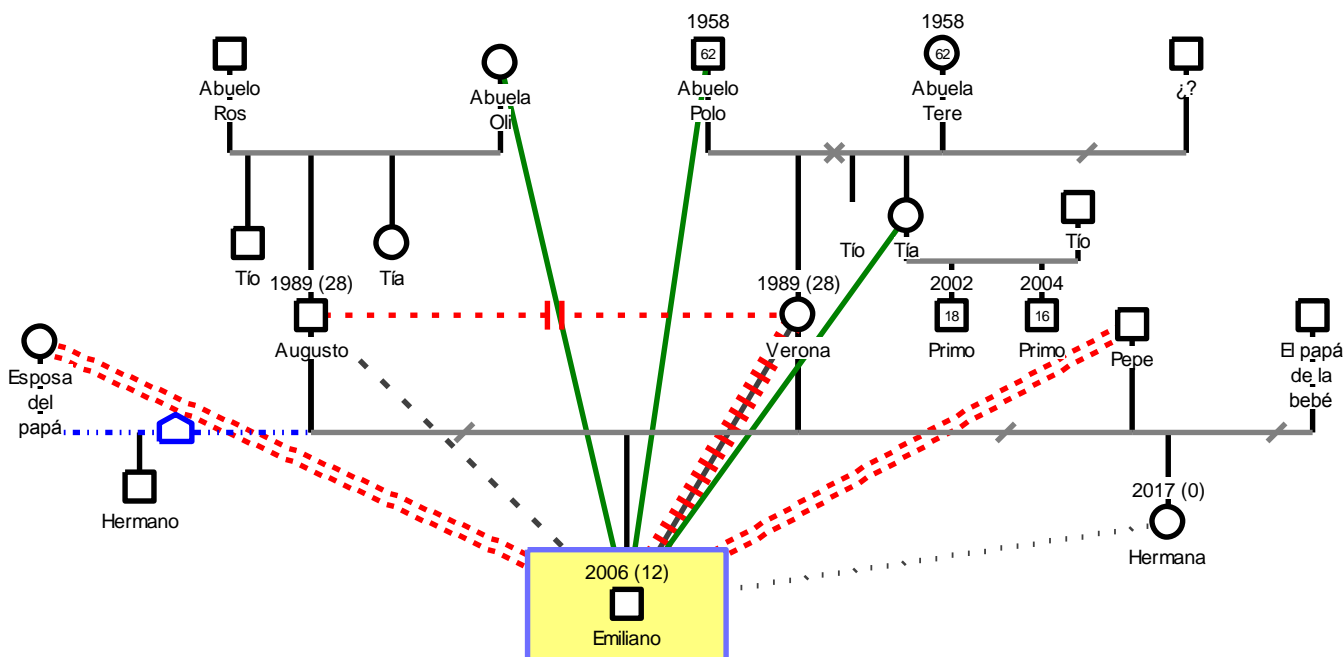


Figura 1. Esquema de la composición familiar del paciente, derivado de la información recabada de las diferentes entrevistas. Elaborada a partir de la utilización del Programa digital Genopro.

Descripción de la problemática

Emiliano refiere que la situación de autolesión comenzó aproximadamente tres meses antes de la solicitud de atención, a causa de resentimientos principalmente hacia su madre, mencionando que el cortarse los brazos le generaba la sensación de tranquilizarse, al mismo tiempo que le permitía olvidarse de sus problemas, referidos principalmente a la dinámica familiar; cabe mencionar que dicha conducta se da a la par de un proceso identificatorio con su grupo de pares (compañeros y amigos de la escuela), con quienes compartía sus sentimientos y encontraban aprobación en la conducta de autolesión.

A continuación se agrega un fragmento de discurso que el paciente comentó al respecto de la conducta autolesiva:

“Es una adicción, te olvidas de todo, lo único que piensas es pasarte la navaja, todos los días piensas eso y cada vez que estas triste quieres pasártela. A la vez me siento un poco extraño porque al momento me empieza a arder, pero después pienso en cómo me va saliendo la sangre y me olvido de lo que pasó, del enojo” (sic. Emiliano).

Síntesis de historia clínica y dinámica familiar

En lo que se refiere a la etapa pre, peri y posnatal perinatal de Emiliano, la madre indica que se embarazó a la edad de quince años, cuando mantenía una relación de noviazgo con el padre del menor, mismo que refiere como un embarazo no planeado. En general, el estado de salud de la madre durante el embarazo fue bueno, el tipo de parto fue eutócico, sin complicaciones; sin embargo, Verona reporta dificultad para recordar datos importantes relacionados con el momento del nacimiento de su hijo, tales como su peso, talla o calificación de Apgar.

Se informa en el proceso que Emiliano fue alimentado con leche de fórmula desde el nacimiento, y su cuidado durante los primeros años estuvo básicamente a cargo de la abuela materna, misma que refiere el abandono de su hija hacia el menor a causa de su “libertinaje” sic. abuela materna. Verona refiere dificultad para relatar con claridad los hitos del desarrollo de su hijo, tales como locomoción, lenguaje, control de esfínteres, etc.

En cuanto a la dinámica de interacción familiar, se indica que el paciente vive en la casa de sus abuelos maternos al momento de la intervención, con ellos, su madre y su hermana (que como se indica antes, nació durante el transcurso del proceso de intervención). La interacción de afecto más cercana se identifica con la figura del abuelo materno, pero con cierta ambivalencia. Cabe destacar la falta de estabilidad en cuanto a una figura de autoridad para el menor, pues se refería la participación de los abuelos maternos en el empleo de límites, entendidos más

bien en función de regaños y castigos, en tanto que la madre derivaba muy constantemente su participación y responsabilidad a los mismos, además de que constantemente faltaba a cuestiones de intimidad revelando las conductas o información que Emiliano le compartía de manera confidencial, expresándolo abiertamente con abuelos u otras personas, incluso cuando su hijo le solicitaba lo contrario.

Específicamente, en lo que respecta a la dinámica materna, lo que se identifica como dificultades en la vinculación con el menor aluden a la percepción de abandono y soledad que el Emiliano manifiesta, situación que ha expresado en forma de reproches cargados de emociones negativas (rabia, coraje, tristeza) y se vinculan a alguna situación de diferencia o conflicto, el uso de golpes, castigos, amenazas y la falta de sensibilidad, como se menciona con anterioridad, ante las necesidades de su hijo; cabe destacar la remarcada falta de confianza y respeto por parte del menor hacia su madre.

En cuanto a la dinámica de convivencia con el padre del menor, Emiliano, al momento del proceso, mantenía contacto esporádico con Augusto, y una relación tanto más regular con la familia paterna, y aunque distante, en ocasiones sí se llegaba a identificar con cierta cercanía y apoyo abuelos paternos, cuya interacción y comunicación se veía dificultada debido al distanciamiento entre los padres del paciente, y principalmente por la nueva relación de pareja que su padre mantenía con otra mujer, con quien tuvo otro hijo, varios años más pequeño que Emiliano.

Las amenazas respecto de abandonarlo con sus abuelos ya fuera maternos o paternos, en un internado o bien de derivarlo con su padre, fueron constantes durante todo el desarrollo del menor por parte de su madre, incluso reales en el momento en el cual ella se va del hogar para establecer una convivencia con su pareja, en su momento actual, y quien fuera el padre de la media hermana recién nacida; cabe destacar que por cuestiones de violencia intrafamiliar ejercida tanto hacia ella como a Emiliano, Verona lleva a su hijo para dejarlo bajo el cargo de su

abuelo materno para su cuidado y crianza, situación ante la cual, dadas las ocupaciones laborales del mismo, el adolescente termina en la situación de atender y satisfacer ciertas tareas por sí mismo, tales como asistir y volver de la escuela, e incluso autosatisfacer sus necesidades de alimentación e higiene; lo anterior, hasta el momento en el que la madre decide concluir la relación con su pareja y vuelve a la casa de sus padres, aceptando parcialmente el rol de maternaje para su hijo, en la condición de embarazo y derivando lo que corresponde a la parte de la solvencia económica a su padre; resulta importante destacar la posterior re-inclusión de la abuela materna a la dinámica familiar (reciente al momento del inicio del tratamiento), posterior a la separación sentimental de la pareja por la cual se ausentó por un tiempo del hogar.

Respecto a la interacción con pares, Emiliano reporta dificultades para establecer relaciones, caracterizadas por su falta de interés por establecerlas, con excepción de su grupo de amigos, con los cuales se identifica y con algunos comparte la conducta de autolesión, como se reporta previamente. Cabe destacar que en diferentes ocasiones Emiliano también señaló situaciones de acoso escolar por parte de algunos compañeros de la escuela, en alguna de las cuales respondió con agresividad y le ocasionó conflictos tanto escolares como consecuencias por parte de sus cuidadores a modo de castigos y regaños.

Y por último, en cuanto al área escolar, tanto Emiliano como su madre reportan un rendimiento académico regular-bajo, mismo que constantemente se veía afectado por dificultades en su conducta y su desempeño. Es importante agregar que el éxito escolar no contaba, por lo menos al inicio del tratamiento, con alcances en cuanto a sus expectativas de vida, ya que asociaba con un mayor beneficio, la consideración de realizar otro tipo de actividades, entre las cuales figuraba el narcotráfico, con una visión de grandes beneficios asociados con un esfuerzo menor.

Evaluación

El proceso de evaluación se realizó durante las primeras sesiones, de manera intermitente con la realización de entrevistas tanto al menor, como a su madre y en algún momento a su abuela materna, cabe destacar que se toma tal decisión considerando la dificultad de la madre para proporcionar información clara, y por la referencia del cuidado que la abuela ejerció en las primeras etapas de vida del menor. Las pruebas psicológicas empleadas a Emiliano se enlistan a continuación.

- Inventario de ansiedad de Beck.
- Inventario de depresión de Beck.
- Prueba del Dibujo de la Figura Humana – DFH (Koppitz, 1984; Esquivel, Heredia & Lucio, 2017).
- Prueba del Dibujo de la Familia – DF (Font & Corman, 1961; Esquivel, Heredia & Lucio, 2017).
- Entrevistas

Resultados

De manera sintetizada y completando el reporte de historia clínica del menor se deriva de la evaluación realizada que el paciente cuenta con indicadores de un nivel de desarrollo y madurez perceptomotora adecuados para su edad.

Como principales características en cuanto a los aspectos emocionales se observan diversos conflictos, personales e interpersonales, que se asocian a pulsiones poderosas tales como impulsividad y hostilidad, así como también se identifican sentimientos de devaluación propia y desaprobación física. Además, se presentan rasgos de ansiedad moderada, caracterizada por nerviosismo, sudoración, movimientos repetitivos e indigestión o malestar estomacal, así como rasgos de una depresión profunda identificados y descritos por Emiliano como

infelicidad, fracaso, odio hacia sí mismo, desesperanza, culpabilidad, irritabilidad y llanto constante e ideación suicida.

En cuanto a las interacciones familiares, se pudieron observar conflictos importantes caracterizados por un distanciamiento emocional con las principales figuras de apego, principalmente en la relación con su madre, a quien percibe como principal figura parental, pero de quien reporta abandono, falta de atención, agresión y asocia con sentimientos de enojo y desconfianza.

Cabe mencionar, que dentro de las principales fortalezas que Emiliano posee se encuentran una gran sensibilidad hacia sí mismo y hacia el ambiente, capaz de discriminar situaciones injustas y mostrar empatía por los que le rodean; se trata de un niño espontáneo y audaz, cuyos recursos para afrontar situaciones adversas se caracterizan por centrarse en la emoción, pero puede mostrarse abierto de establecer mecanismos más adaptativos tales como la negociación o búsqueda de apoyo.

Descripción del proceso de intervención

De manera general, el proceso consistió en 30 sesiones, cabe destacar que en la primera fase del proceso una de ellas fueron la entrevista inicial y dos sesiones más posteriores con la madre del paciente, así como dos sesiones de aplicación de instrumentos psicológicos, y el resto se caracterizaron por ser sesiones en las cuales la comunicación con Emiliano se dio a manera de entrevista combinada con la intervención en función de las problemáticas presentadas; cabe destacar que la principal herramienta fue el juego libre, y la mayoría de las veces resultaba en ajedrez; inicialmente, además de tener como finalidad establecer la alianza terapéutica con el paciente, durante las sesiones los principales temas abordados fueron la interacción familiar actual, interacción con pares y la situación escolar; posteriormente, el resto de las sesiones se continuó interviniendo con el estilo de entrevista combinada con juego libre (dada la dinámica de interacción permitida por el paciente). Se contabilizan alrededor de 12 inasistencias durante el proceso.

El proceso de intervención se llevó a cabo desde un modelo integrativo del tipo asimilativo, con base en un enfoque psicodinámico que en el caso de Emiliano permitió la comprensión y el abordaje del estado actual del paciente, las pulsiones o conflictos de origen y las dificultades en la vinculación primaria ya fuera de manera verbal o con juego libre, combinado con el modelo cognitivo-conductual en función de la identificación de problemáticas propias de su etapa de desarrollo y la identificación de factores de riesgo, el autocuidado, el establecimiento de metas, así como la promoción de la identificación y regulación de las emociones del paciente, la implementación de estrategias relacionadas con la solución de problemas, la toma de decisiones y psicoeducación como principales ejes del tratamiento. Cabe destacar la resolución del motivo de consulta relacionado con la situación de autolesión.

Además, se llevaron a cabo algunas sesiones de trabajo con la madre, las cuales además de permitir la retroalimentación en función de la problemática de su hijo, permitieron también la implementación del recurso de psicoeducación en torno al establecimiento de límites y castigos, estilos de comunicación y asertividad, establecimiento de hábitos, dinámica de confianza, respeto y tolerancia, así como la promoción de la función reflexiva en sí misma.

El escenario en el cual se desarrolla el proceso de admisión, valoración e intervención con el paciente corresponde a uno de los Centros de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología, UNAM., y como se indica con anterioridad, se da como parte de las actividades teórico-prácticas de la Maestría Profesionalizante con Residencia en Psicoterapia infantil en una dinámica de práctica supervisada en cámara de Gesell en la modalidad de coterapia. En las que el registro de las sesiones fue llevado a cabo por parte del equipo terapéutico de observadoras confirmado por cuatro psicólogas pertenecientes al mismo programa.

El proceso de intervención se presenta en tres grandes etapas que a manera de síntesis plantean las principales situaciones, contenidos, interacción, vinculación terapéutica e intervenciones del proceso, y que enmarcan en un primer momento la

situación del planteamiento del encuadre de trabajo y aspectos éticos (que incluyen confidencialidad), el establecimiento de rapport, establecimiento de la alianza terapéutica, obtención de información respecto a las principales dificultades de Emiliano relacionadas con el motivo de consulta, la evaluación así como el inicio del trabajo de orientación y psicoeducación con la madre del paciente; posteriormente; en una segunda etapa, el trabajo se caracterizó por trabajar de manera más puntual en función de la identificación y expresión de emociones y sentimientos, además, en términos de estrategias de autorregulación, la promoción de habilidades sociales y la promoción de una actitud más proactiva en función de las demandas correspondientes a su etapa de desarrollo tales como la responsabilidad por ejemplo con la cuestión académica; finalmente, en la última fase del proceso se continuó trabajando en torno a la autorregulación, así como también de la promoción del autocuidado, hábitos saludables, establecimiento de metas, desarrollo de habilidades sociales y finalmente el señalamiento de aquellas área de oportunidad ante la solicitud de cierre del proceso. A continuación, en la tabla 2, se muestran de manera puntual, las diferentes etapas del proceso, incluyendo el número de sesiones de trabajo tanto con el menor como con su madre, además de la sesión de cierre y el seguimiento del proceso.

Tabla 2. Número de sesiones por etapa

<i>Etapa</i>	<i>Sesiones con el menor</i>	<i>Sesiones con la madre</i>
1	7	3
2	9	1
3	7	6
Cierre	1	1
	(se divide la sesión)	(se divide la sesión)
Seguimiento	Llamada telefónica (1 mes)	Mensaje de texto (3 meses)

Primera etapa del proceso (10 sesiones iniciales)

Durante las primeras sesiones, Emiliano se caracterizó por mostrarse evasivo, con inhibición y cierta resistencia para participar del proceso, continuamente permanecía en silencio, frecuentemente se llegó a contradecir y presentar dificultad para exponer sus ideas de manera clara y fluida, además de que presentaba manifestaciones de ansiedad caracterizadas principalmente por movimientos repetitivos y sudoración, además de expresiones y rasgos de depresión.

Entre las principales dinámicas y situaciones exponía sentirse sólo, haberlo estado desde muy pequeño, resaltando hasta un periodo de tiempo muy reciente al inicio del proceso, la ausencia de su madre, recuerda haber estado a cargo de la abuela y abuelo maternos principalmente, y a éste último lo posiciona como su principal figura de apoyo. Emiliano identifica sentirse con mucho enojo y con coraje, que posteriormente, conforme avanza el proceso, va asociando más con el sentimiento de tristeza.

En cuanto a los principales temas de las sesiones, Emiliano destaca dificultades en cuanto al manejo de emociones y sentimientos negativos, dificultades en la interacción con los miembros de su familia, abandono de su padre y situación de violencia por parte de la expareja de su madre, situaciones para las cuales el paciente hacía referencia constante de "*Sentirse al límite*" y derivaban en la conducta autolesiva. El paciente refiere haber iniciado tal conducta de autolesión aproximadamente tres meses antes del inicio del proceso de psicoterapia, misma que resulta de la sugerencia de miembros de su grupo de amigos como un medio para olvidarse de las emociones negativas, sin embargo, cabe destacar el uso de la escritura, dibujo o lectura como medio de regulación en el paciente y que se trabajó en su momento en reconocer como un recurso.

Emiliano refiere situaciones de abuso escolar, con inicio desde las primeras etapas de la educación primaria, pero recurrente hasta el momento actual, para lo

cual percibe además, la falta de apoyo tanto en el ámbito escolar como familiar, y que en algún momento lo ha llevado a responder también con agresión, incluso dirigida hacia otros compañeros distintos de aquellos que han ejercido la violencia hacia su persona.

La dinámica familiar en esta etapa inicial del proceso, se caracteriza claramente por estar enmarcada por la confusión en cuanto a los roles parentales, por la implementación de un estilo de crianza autoritario que se acompaña del uso de gritos, castigos y golpes; además, se trata de un momento de readaptación en el cual la madre del menor y la abuela se reintegran al núcleo familiar posterior a experiencias de dinámica de pareja distintas del padre del menor y el abuelo materno respectivamente, Verona en estado de embarazo.

En cuanto al proceso de vinculación con las terapeuta, las interacciones durante las primeras sesiones se establecen en función de los principales temas de interés de Emiliano, que se refieren principalmente a su grupo de amigos, al fútbol, los videojuegos y recursos tecnológicos como las redes sociales, en las cuales además encuentra la oportunidad de identificarse y pertenecer a grupos que comparten ciertos ideales (mismo que se identifica como un factor de riesgo importante), o bien, fungir el rol de depresivo, autolesivo o suicida; enmarcadas por la sensibilidad, paciencia y empatía.

Las intervenciones se centraron principalmente en el establecimiento de la alianza terapéutica, clima de confianza, se plantea el espacio como ideal para expresar todas esas emociones y sentimientos referentes a su historia de vida, se validaron tales emociones y los recursos propios del paciente, planteando también el proceso como la oportunidad de adquirir más habilidades para manejarlo, de asumir un autoconcepto positivo, resignificando la culpa y los temas de abandono.

En lo que respecta a la actividad de juego, desde el inicio del proceso, Emiliano se adhirió mayormente al uso de juegos de mesa, particularmente al ajedrez, en el cual podía sentirse seguro de manejar la situación, y se mostraba con

estrategia, siendo sensible de la manera en la que se relacionaba con la terapeutas respectivamente, pues en cuanto a la terapeuta con mayor habilidad se mostraba competitivo y directo, mientras que con la terapeuta de menor práctica parecía más bien tolerante llegaba a asumir el papel protector al sugerir algún tipo de movimiento a fin de postergar el juego.

La actitud de la madre, al inicio, enmarcaba frustración ante la incapacidad de establecerse como figura de autoridad, se buscó plantear aspectos importantes de encuadre con la finalidad de buscar una adherencia al tratamiento, y dirigir el trabajo con ella en función del empoderamiento respecto de los alcances para con su hijo, la importancia de escuchar sus necesidades, ser empática, evitar adjetivos descalificantes (como “loquito” o “drama”), brindarle alternativas de solución ante las dificultades que se les presentan entre las cuales se podían incluir una mayor participación en las actividades relacionada con la escuela, establecer límites de manera asertiva y con base en la anticipación y negociación, el establecimiento de pautas de comunicación e interacción afectiva.

De manera contratransferencial se supervisaba la identificación y el manejo de la percepción de impotencia dada las situaciones de negligencia, abuso y falta de jerarquía ante la atención de las necesidades del menor, derivando del análisis concluía la incapacidad de la madre en cuanto a la propia aceptación de la realidad, procesos de regulación, así como la adaptación y el manejo de cada una de las situaciones a las que se enfrentaban.

A manera de ejemplificación se presentan a continuación fragmentos significativos de alguna de las sesiones.

Tabla 3. Fragmentos de sesión No. 2

<i>Identificación de emociones</i>	<i>Manifestaciones clínicas</i>	<i>Interacciones</i>
“Siento tristeza y enojo”.	“Me corto los brazos desde hace 3 meses”.	“Mis amigos y primo también se cortan”.

<p>“Cuando me regañan en la escuela me enoja”.</p>	<p>“Me han hecho bullying”.</p>	<p>“Esteban me molestaba y me desquitaba con un compañero”.</p>
<p>“Estoy muy enojado con mi mamá y mi abuelita por regalar mi ropa preferida”.</p> <p>“Me siento al límite”.</p>	<p>“Volví a cortarme hace dos días”.</p> <p>“Es una adicción, te olvidas de todo, nada más piensas en cortarte y cada vez que estás triste, te empieza a arder, pero piensas en las cortadas y la sangre y se te olvida todo”.</p>	<p>“Me regañaron mi mamá y abuelita, mi abuelito me puso un cuchillo enfrente y me dijo: mátate para que no te veamos sufrir”.</p> <p>“Los regaños no me duelen tanto, es normal, se siente bien cuando no lo hacen y platican conmigo”.</p>
<p>“Antes me deprimía mucho, ahora me he sentido triste”.</p> <p>“Me cuidaba de no mostrar mis sentimientos”.</p> <p>“No sé si morirme o seguir una vida por delante”.</p> <p>(expresa llanto)</p>	<p>“Tenía unas pastillas para dormir, ponía música triste y pensaba en tomármelas pero nunca lo hice”.</p>	<p>“Casi siempre estuve sólo, a mi mamá casi no la veía, cuando nos fuimos a vivir con mi padrastro me pegaba mucho, una vez llegué a la escuela con marcas del cinturón en la espalda y llamaron a mi mamá, al regresar a casa me pegaron más”.</p> <p>“Me llevaron con mi abuelito y no veía a mi mamá más que los martes”.</p>
<p>“Me pegaban mucho porque me portaba mal, y yo no decía nada”.</p> <p>“Nunca dije nada a nadie por miedo a</p>	<p>“En la escuela, había compañeros que me pegaban, ahorcaban y me decían cosas como <i>pinche puerco</i>”.</p>	<p>“Tengo rencores con mi mamá porque no estuvo conmigo, porque nunca me apoyó, ni cuidó”.</p> <p>“Mi abuelito fue el único que me vio desde chiquito, mi</p>

que me hicieran algo”.

abuelita se fue con otra persona, ahora regresó y eso no me gusta porque tengo problemas con ella porque le respondo”.

“Con mi mamá no le tengo confianza de contarle cosas, porque siempre va y se lo cuenta a todo mundo”.

(Referencias tomadas del propio discurso del paciente).

Segunda etapa del proceso (sesión 11 a la 20)

Emiliano se presenta a las sesiones con un mayor nivel de entusiasmo, la interacción con las terapeutas se establece con mayor comodidad, confianza y apertura, cabe destacar que aunque continúa teniendo ciertas manifestaciones de ansiedad, estas son mínimas, pues el menor se presenta con mayor estabilidad y tranquilidad.

La situación en lo que se refiere a la dinámica familiar, se enmarca por el recién nacimiento de la media hermana, y con ello la percepción nuevamente de la falta de atención hacia el paciente; sin embargo, se perciben mejoras en cuanto a la dinámica de comunicación y establecimiento de límites en casa, Emiliano identifica esfuerzos en su madre por relacionarse de una manera distinta, pero se plantea la importancia de expresar sus intereses y estados, así como la identificación de la dificultad familiar respecto establecer una convivencia de asertividad,, para lo cual se plantará la importancia de la información y anticipación.

En cuanto al contenido de las sesiones, los principales temas tienen que ver con la referencia de la extinción de la conducta de autolesión, la interacción con pares en una dinámica de cuidado y protección, el próximo proceso de ingreso al

nivel educativo de secundaria, así como también a los intereses en otras actividades como los son el baile.

En lo que respecta a la vinculación de las terapeutas con el paciente en esta segunda etapa del proceso, cabe destacar, además de la actitud de empatía, la escucha activa y el modelamiento. Las intervenciones con el menor se orientan al desarrollo de la función reflexiva mediante el planteamiento de un panorama más integral de las situaciones que se le presentan, que le permita identificar las posibles consecuencias de las acciones y decisiones (tales como no realizar actividades escolares) y con ello resaltar las habilidades y potencial para poder realizarlo (como el examen de admisión a la secundaria). Además de la promoción de habilidades sociales que faciliten la interacción de Emiliano con pares, y al mismo tiempo con sus familiares y personas cercanas.

En lo que respecta al juego dentro de la sesión, que como se menciona con anterioridad principalmente fue con ajedrez, Emiliano se muestra más espontáneo, de momentos un tanto impulsivo en sus jugadas y gestos llegando a referir cierta agresión en tono de venganza o revancha, lo que se puede asociar con la dinámica de interacción que establece con las personas cercanas, ya sean pares o miembros de la dinámica familiar; sin embargo, en la interacción con las terapeutas en general, se muestra más genuino pero con cierta incapacidad para nombrar o expresar sus emociones, aunque hacia las últimas sesiones de ésta etapa del proceso empieza a referir con ayuda, por ejemplo, frustración.

Se trabaja con Emiliano el autocuidado y con ello el planteamiento de respuestas o reacciones más funcionales y adaptativas a las diferentes situaciones, así como la autorregulación de emociones y la identificación de la conducta de cortarse como dañina y disfuncional, en conjunto se trabaja en encontrar alternativas que no lo lastimen ni le causen dolor.

Para este momento, en función de su red de apoyo, el paciente reporta un incremento en el establecimiento de sus relaciones interpersonales, mayormente

con compañeras, posiblemente asociado con la apertura de las inquietudes en cuanto a temas de sexualidad, identificación de sensaciones y sentimientos heterosexuales.

En cuanto a la dinámica de interacción con pares, se resaltan otras maneras de pertenecer a un grupo que le resulten más adaptativas y saludables y no precisamente por medio de la autolesión o pensamientos depresivos, que al mismo tiempo favorezcan la construcción de una identidad separada de la idea de ser depresivo o suicida.

Conforme al curso de desarrollo propio, Emiliano va adquiriendo cada vez mayores demandas y responsabilidades, entre las que destaca la preparación para el proceso de ingreso a secundaria, por lo que resulta de suma importancia continuar con la promoción de la organización, manejo de tiempos, hábitos de estudio e higiene de sueño.

Se promueven estrategias de afrontamiento y solución de problemas orientadas a la búsqueda de apoyo, por ejemplo, en el caso de acoso escolar, idealmente dirigida hacia alguna autoridad, así como el no responder de manera inmediata, darse tiempo de analizar y pensar ante determinada situación.

En función del trabajo con la madre del menor, se promovió la asertividad en cuanto a la comunicación que se establece con su hijo, la importancia de la claridad en cada una de las interacciones y expectativas de respuesta de su hijo; el establecimiento de labores y tareas en casa en función de la etapa de desarrollo y rol de cada miembro, teniendo cuidado de no abusar de las responsabilidades que se asignan a Emiliano, esto en el proceso de adaptación que presenta la familia ante la llegada de su media hermana. Además de la continuidad en cuanto al establecimiento y seguimiento límites y acuerdos, señalando lo fundamental de anticipar las consecuencias de las acciones, así como también la importancia de la supervisión en función del establecimiento de hábitos y la organización.

Y finalmente, uno de los temas de intervención que toma una importancia mayor se refiere a la identificación de factores de riesgo para el menor, entre los que figura el consumo de alcohol o energéticos, situación que también se plantea con la madre.

A continuación se presentan los fragmentos de sesión con la intención de ejemplificar tanto el estado del paciente como los temas de intervención referentes a esta segunda etapa de proceso.

Tabla 4. Fragmentos de sesión No. 12

<i>Identificación de emociones</i>	<i>Manifestaciones clínicas</i>	<i>Interacciones</i>
(Sonrisas)	Refiere tranquilidad	“Acompañé a mi amiga Pamela a su casa”. “Tengo más amigos”.
Refiere cansancio.	“Mi hermana llora y no me deja dormir”. “Ya duermo mejor”. “Sólo tengo un poquito de sueño”.	No tiene claro el nombre de su hermana.
“Estoy normal” (tono de felicidad).	“Como antes de que me empezara a cortar”.	“ya no he tenido problemas” (en referencia a regaños de mamá y abuelos).
Angustia	“Me tengo que quedar” (examen de ingreso a secundaria).	“Mis amigos también se va a esa escuela”.
Refiere un mayor estado de alerta.	Menciona el consumo de energéticos.	“Mo tío me lo da”.
Refiere entusiasmo por clases de baile.	Refiere tal actividad condicionada a su	“Que me metan de nuevo dependerá de que me

	desempeño escolar.	porte bien, haga mis tareas y no tenga problemas, ayer no cumplí con mis tareas y me castigaron”.
Refiere haberse sentido “al límite” durante las vacaciones.	“Pienso en distraerme, antes de cortarme” (contexto de mayor comodidad en cuanto a la interacción con las terapeutas).	“Pienso en salir con mis amigos”. “Si no hago los quehaceres me castigan, me regañan mi mamá o abuelita, no me dejan salir como dos semanas, así que si lo tengo que hacer”. Percepción de mayor atención por parte de su mamá a su hermana.

(Referencias tomadas del propio discurso del paciente).

Tercera etapa del proceso (sesión 21 a 30).

Para la parte final del proceso de intervención, Emiliano se muestra más coherente en su discurso, con menor confusión y dificultad para recordar los contenidos de las sesiones previas, además, se nota claramente una disminución de las ocasiones en la cuales llegó a contradecirse.

Emiliano se encuentra en una situación de adaptación al reciente ingreso al nivel de Secundaria, mismo que representa nuevos retos tanto para el menor como para su familia en cuestión de horarios, gastos, tareas, etc.; situación por la cual se plantea la intención de solicitar un cambio de horario para la sesión, aunque dada la imposibilidad de tal solicitud por cuestiones administrativas y de

horarios, se plantean como una principal alternativa la posibilidad de espaciar las sesiones de intervención con el menor cada 2 sesiones, dando oportunidad a una mayor frecuencia para trabajo con la madre; aunque por otro lado, también queda la posible consideración del cierre del proceso, con la cual el paciente se muestra en algún momento a favor. Finalmente tanto Emiliano como Verona acceden al trabajo con cada uno en intervalos de dos semanas.

Los temas para esta etapa del proceso tienen que ver con una mayor preocupación por la escuela, las tareas escolares, el agotamiento y cansancio físico, así como las demandas y responsabilidades y con ello la promoción de la independencia. Se trabaja en la importancia del trabajo terapéutico ayudándole a identificar los beneficios de la terapia así como de las áreas de oportunidad para continuar, de manera que se actualiza el motivo de consulta en torno al entendimiento, manejo y adaptación a la etapa propia de adolescencia, así como también a las nuevas demandas escolares.

En cuanto a lo que respecta a la intervención con el menor, se da continuidad a los procesos de identificación, regulación y expresión de emociones y sentimientos, incluyendo la resignificación de las vivencias adversas relacionadas con su historia de vida. También se continúa con la promoción de la función reflexiva mediante la detección de las necesidades propias y el planeamiento de diferentes alternativas de solución a las situaciones que se le presentan, dirigida a la toma de decisiones, la solución de problemas, identificación de factores de riesgo y asertividad.

En lo referente a la temática asociada al establecimiento de metas, se trabaja con la identificación de las ventajas de la escuela, planteamiento de un proyecto de vida, el establecimiento de compromisos en función de alcanzar el éxito, por ejemplo en cuestión de la percepción de la importancia de los ingresos económicos.

Se continúa promoviendo el autocontrol y autocuidado, destacando que Emiliano refiere la función de un papel de protector ante las vivencias de identificación de emociones negativas en sus compañeras y amigas, orientándolas en alternativas más adaptativas que no deriven en daño o malestar hacia sí mismo; lo anterior se complementa con el señalamiento de un mayor desarrollo de habilidades sociales, habilidad para establecer nuevas relaciones interpersonales con sus pares, y con ello el incremento de sus redes de apoyo.

La interacción y vinculación de Emiliano con las terapeutas en este momento de terapia, se da en una atmósfera de mayor confianza que favorece la expresión sincera de los pensamientos y sentimientos, en todo momento se respetan las expresiones del paciente y se busca de manera cálida y respetuosa proporcionar la información referente a cada tema, validando las decisiones u opiniones del mismo. En el juego se busca destacar habilidades y fortalezas de Emiliano, su papel de experto, reconociendo sus expresiones, por ejemplo la capacidad de disfrute ante la situación de ganar una partida, asimilándolo a situaciones de vida, y resaltando la importancia de la práctica, la constancia y la superación.

En cuanto a la dinámica familiar, se trabaja con Verona la importancia de la estructura y delimitación de roles parentales, y partiendo de la propia regulación, el uso de otras formas de interacción que puedan incluir aspectos tales como supervisión, el acompañamiento, la escucha asertiva, la paciencia, el ejemplo y modelamiento respecto del ejercicio de su papel de maternaje desde una mirada de una vinculación más afectiva que permita el establecimiento de límites y autoridad sin utilizar el chantaje o reproche como medida de control para Emiliano; se reconoce el reporte de no utilizar más golpes ni gritos en la crianza de Emiliano, y se promueve la validación de las emociones y sentimientos, así como también el reconocimiento de los logros, cambios y esfuerzos. Se orienta respecto del empleo de la negociación y en caso necesario el manejo de consecuencia, y además, se continúa el trabajo de psicoeducación, en este punto en función de la etapa de la adolescencia y con ello de la importancia de la identificación de situaciones de

riesgo, establecimiento de hábitos relacionados con la higiene de sueño, hábitos de higiene en general, de alimentación, organización de tiempos y actividades así como el establecimiento de metas, respecto a la promoción hábitos de estudio se hace especial énfasis en el papel de la motivación como respuesta a los mensajes de desvalorización que a veces se dan en torno a la educación escolar.

Un aspecto fundamental del trabajo con la madre se dirige a la asunción de su responsabilidad por su ausencia durante el periodo desarrollo temprano de su hijo, a fin de poder reconocerlo y expresarlo a Emiliano dada la huella tan marcada que se vivencia por el mismo, y con ello buscar la manera de reparar y compensarlo en el presente mediante una vinculación distinta.

Las relaciones interpersonales para este momento del proceso se reportan con mayores alances para el paciente, las interacciones con pares se reportan sin dificultad, de hecho se ha logrado la integración en distintas dinámicas grupales que han podido ocasionar ciertas dificultades con autoridades. El tema de las relaciones heterosexuales toma mayor relevancia, para este momento ya se refieren experiencias de noviazgo y con ello se promueve el ejercicio de su sexualidad de manera saludable, dando pie a la expresión cierta confusión e indecisión, así como a la identificación de sensaciones y sentimientos.

Finalmente, se solicita el cierre del proceso por parte del menor y su madre, dando una respuesta respetuosa se validan sus motivos e intenciones, así como también se procede a la devolución de los logros y avances obtenidos además de las áreas de oportunidad de trabajo para con el menor entre las cuales se señalan la confusión propia de la etapa de desarrollo, los problemas de conducta y con figuras de autoridad reportados muy recientemente por parte de la escuela, las dificultades en el cumplimiento de tareas y actividades escolares que se reflejan en el señalamiento de un rendimiento académico muy bajo; la identificación con pares en torno de la participación en actos de conflicto, la continuidad del establecimiento y seguimiento de un proyecto de vida que promueva la

importancia de la educación, y con todo lo anterior la necesidad de la disponibilidad, interacción y acompañamiento por parte de la madre.

A continuación se presenta fragmentos de una de las sesiones que corresponden a la etapa final del proceso de intervención con el menor, para con ello, mostrar como ejemplo el tipo de contenido de las mismas.

Tabla 5. Fragmentos de sesión No. 26

<i>Identificación de emociones</i>	<i>Manifestaciones clínicas</i>	<i>Interacciones</i>
Miedo Inhibición	“Me da miedo crecer, hay más problemas al crecer, cuando eres niño no te preocupas de muchas cosas y cuando vas creciendo te preocupas más”, “no quiero pensar”.	Aspectos relacionados a adquisición de mayores responsabilidades tanto académicas como familiares.
Miedo Preocupación	“También me dan miedo los gastos que tengo que hacer”, “ahora yo me empiezo a comprar mis cosas”.	Percepción de ausencia de red familiar de apoyo.
Desilusión Tristeza	(Respecto a festejo de cumpleaños) “Me dejaron de festejar a los 7 años”, “a mis primos sí les festejan”, “se me hace muy mala onda”, “a mis tíos se los llevan a comer pero a mí no”, “en sí son mis abuelos”, “pero invitaré a unos amigos y a ver qué...” (Especialmente su amigo que cumple años el mismo día).	Carencias y dificultades respecto a red familiar de apoyo. Adopción de otros recursos como la red de apoyo de sus pares.

Tristeza (contención de llanto) Culpa	“En mi familia como que se burlan de mí, dicen -no vas a cumplir esa meta-, algo así, pienso que se burlan de mí diciendo eso”, “y si me duele al saber que no recibo apoyo de ellos”, “me están haciendo muy vulnerable”, “me echan toda la culpa a mí”, “por ejemplo se cae mi prima y dicen -fue Emiliano-”.	Carencias y dificultades respecto a red familiar de apoyo.
Frustración	“En mi familia, creo que soy yo el que más sufrió, a ellos no les tocó vivir todo lo que yo viví”.	Carencias y dificultades respecto a red familiar de apoyo.
Enojo	“En la escuela le respondo a los profes, me callan y les digo que me obliguen, me estoy haciendo como agresivo y eso es lo que me pasa”.	Dificultad de autocontrol/regulación. Agresión. Oposicionismo/rebeldía
Desesperanza	“En el grupo (escolar), estamos divididos entre los más inteligentes y... los que siempre echamos relajo y si me lo propusiera yo creo que me costaría bastante trabajo adaptarme”.	Problema de conducta, identificación con pares en torno a participar en actos de conflicto.
Indiferencia	“Antes cuando me peleaba si pensaba (compañeros), pero ahora ya no pienso en mis palabras, solamente las digo”.	Dificultad de autocontrol/regulación.
Esperanza	“Me estaría lamentando si dejo de estudiar”, “voy a hacer lo imposible para que no me saquen de la escuela”.	Función autoreflexiva. Motivación.
Autoconfianza Seguridad	“La ventaja de crecer es que sería invulnerable a cosas que me digan, así me pasa en la	Función auto reflexiva. Empleo de otros

Tristeza	escuela, me insultan y digo, ah gracias”, “en mi casa si siento feo porque en la escuela no duele porque no son de mi familia”.	recursos para afrontar las situaciones adversas.
----------	---	--

(Referencias tomadas del propio discurso del paciente).

Se realizó el seguimiento del caso en dos momentos por vía telefónica, el primero de ellos al mes de haber tenido el cierre del proceso en el cual la madre del paciente refiere que se encuentran bien, con algunas dificultades en cuanto a la interacción, específicamente relacionado con la comunicación asertiva, pero menciona que el estado del menor se encuentra estable. El segundo seguimiento se da a los tres meses, y en ésta ocasión, no se tiene la oportunidad de establecer una llamada con la madre pero responde con un mensaje en el cual indica que se encuentran bien, señalando que algunos días tiene cierta dificultad para regular sus emociones señalando lo siguiente: “estamos bien muchas gracias, hay días en los que se pone de malas y de corajudo” sic Verona.

Discusión y conclusiones

La realización del presente reporte enmarca la culminación del proceso personal de formación profesional como psicoterapeuta infantil dentro del programa Profesionalizante de Maestría con Residencia en Psicoterapia infantil (UNAM); mismo que estuvo colmado de aprendizajes personales y teóricos, así como de experiencia profesional para el desarrollo de habilidades como terapeuta, me brindó la oportunidad de ampliar el propio autoconocimiento así como entender el trabajo de psicoterapeuta infantil como un proceso continuo, actual y muy gratificante.

Una de las principales herramientas dentro de dicho proceso se refiere a la oportunidad de la práctica supervisada, para lo cual cabe retomar el trabajo de Valenzuela (2011) en el cual plantea que el espacio de supervisión puede considerarse incluso el espacio más importante de preparación para el trabajo profesional como psicoterapeuta y tiene como uno de los objetivos principales el entrenamiento efectivo que destaca sobre todo la capacidad para desempeñarse con habilidad independientemente de la aproximación terapéutica utilizada y desde la reflexión sobre la propia práctica; siendo así como en lo particular, ha significado un eslabón fundamental a fin de identificar las propias fortalezas pero sobre todo las áreas de oportunidad personales y profesionales respecto de la labor clínica, brindando muchas veces, en función del análisis y proceso reflexivo, el planteamiento de escenarios alternativos en cada situación trabajada en la práctica.

Otro aspecto que se considera fundamental para la culminación y presentación del presente caso, es la coterapia, entendida como una práctica en la psicoterapia en la que dos terapeutas tratan a un paciente o pacientes con cualquier modo de tratamiento, en el mismo lugar y al mismo tiempo, que hace énfasis en la relación entre ellos, siendo precisamente esta relación la que es considerada como un factor fundamental para el tratamiento, tanto para el proceso de cura como el de cambio, lo anterior considerando diversos aspectos que van

desde los verbales y no verbales hasta la congruencia emocional, mediante una comunicación clara directa, y al mismo tiempo ofrece muchas otras ventajas al proceso (Roller & Nelson, 1991 en Shapiro, 1999); la coterapia implicó en este proceso no sólo un acompañamiento continuo, sino también una doble mirada constante respecto al abordaje de cada tema con el paciente, pero sobre todo, la oportunidad del paciente de una vinculación distinta en un mismo escenario que dio pie a la presentación de aspectos trasferenciales, pero también a un mejor entendimiento y una mayor riqueza de tal experiencia terapéutica.

El objetivo del presente reporte consistió en describir cómo el proceso psicoterapéutico con un adolescente que presenta conductas autolesivas puede disminuir este tipo de conductas y promover un vínculo diferente entre madre e hijo, de modo que de alguna manera se busca resaltar la importancia que tiene el vínculo materno primario con el desarrollo y funcionamiento de la personalidad; retomando las hipótesis clínicas, se plantea inicialmente que el paciente realiza las conductas autolesivas con la intención de aliviar un dolor emocional, es decir, aminorar la intensidad de sus emociones, referidas principalmente como enojo y tristeza, percibidas como intolerables al mismo tiempo que presenta dificultad de expresarlas de una manera distinta; emociones que el paciente relaciona con experiencias de abandono por parte de sus cuidadores primarios, principalmente su madre, cuya relación se caracteriza por ambivalencia, que oscila entre la desatención, abandono, amenaza del mismo, castigos y hostilidad, desde una etapa de desarrollo muy temprana. Es así como en el caso de Emiliano, la incapacidad para regular y expresar las dificultades emocionales, se asocia directamente con la dinámica familiar, principalmente con importantes dificultades en la vinculación.

Se sabe que una madre ausente que no logra codificar adecuadamente las emociones de su hijo, tiene menos posibilidades de regular su conducta, por lo tanto la ansiedad aumenta y se dificulta el establecimiento de pautas de regulación emocional en el menor, así como también el desarrollo de la autoestima y a su capacidad de contener y regular sus propios estados fisiológicos y emocionales

(Dio, 2005), y aunado a la situación de abandono, en el caso de Emiliano, se encuentra también el reporte de violencia intrafamiliar, mismo que de acuerdo con Mayer, Morales, Victoria y Ulloa (2016), se encuentra muy relacionada con sentimientos de desesperanza.

Un reto importante al inicio del proceso consistió en el establecimiento de la alianza terapéutica con el paciente, y posteriormente en el establecimiento de un vínculo terapéutico, pensados desde la compleja dificultad del paciente para establecer vínculos afectivos y de confianza, mismas que representaron no sólo una de las principales herramientas terapéuticas para el proceso, sino también un factor muy importante para la apropiación de un sentimiento de escucha, de acompañamiento, de asertividad, seguridad en el paciente, así como la apertura hacia otras formas de interacción y de relacionarse con las personas cercanas.

Se considera importante plantear cómo el juego representó un medio importante en el curso y comunicación del proceso, pues al ser no sólo de elección, sino también de preferencia del paciente, permitió disminuir la ansiedad del mismo al ofrecerle un escenario en el cual se consideraba como experto, a él le dio la oportunidad de ir expresando conforme al desarrollo del proceso cada vez mayor confianza y seguridad, al mismo tiempo que dejaba a la luz aspectos de interacción y temas tales como la intolerancia a la frustración, sentimientos de venganza, así como también una muy clara expresión de emociones, yendo en aumento de una inhibición a un franca expresión de las mismas.

Anteriormente se destaca que el escenario de coterapia enmarcó la oportunidad de aspectos transferenciales, un claro ejemplo de ello es precisamente el juego, en el cual Emiliano expresaba una necesidad de reconocimiento al mostrarse ante la terapeuta de mayor expertes, desde una clara posición de competitividad y rivalidad; al mismo tiempo que podía actuar su sensibilidad desde una posición de empatía y tolerancia respecto de la terapeuta con menos práctica al respecto, llegando incluso a aplazar jugadas importantes

que le hubieran permitido ganar el juego o bien aconsejar movimientos pese a ponerlo en una posición vulnerable respecto al tablero.

Respecto al tema de las autolesiones, se considera importante destacar la importancia de su estudio, que va desde los diferentes factores asociados al desarrollo en función de sus diferentes etapas, con variaciones significativas respecto de la edad de inicio y cese, la prevalencia, las razones de inicio de la conducta, su función psicológica, la frecuencia y duración de la misma así como la particularidad de la práctica o ritual utilizados, o su asociación con factores de riesgo tales como problemas de alimentación, uso de drogas o alcohol o actividad sexual de riesgo (Whitlock & Selekman, 2014), hasta el estudio de los contextos de pares, familiares y de vecindarios, crucial para informar los esfuerzos preventivos efectivos y las estrategias de intervención clínica (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014).

Pero además, en el caso de Emiliano, hubo al inicio del proceso cierta identificación con la idea de muerte, en ocasiones asociada más bien a procesos identificatorios relacionados a juegos, redes sociales y ciertos contenidos de medios tecnológicos, pero también con la desesperanza del paciente respecto a la percepción de ausencia de alternativas para afrontar las diferentes situaciones a las cuales estaba expuesto, por lo que fue indispensable abordar dichas situaciones, sentimientos y alternativas de solución. Al respecto, algunos autores hacen énfasis en la importancia y prioridad de reducir el riesgo de autolesiones (suicidas y no suicidas) como un tema de salud pública en general, idealmente por medio de un ofrecimiento temprano y oportuno, es decir, antes de un primer evento autolesivo que implica el riesgo de ser potencialmente letal, pues muchos de los que se suicidan nunca visitan a un profesional de salud mental, comunican sus intenciones o intentan suicidarse previamente (Crowell, Derbindge & Beauchaine, 2014).

Cabe destacar, el papel de los medios de comunicación, que como se muestra en el caso de Emiliano, se ha documentado pueden invitar a los

individuos a participar específicamente en conductas autolesivas, lo que puede tener un efecto poderoso y evitable en el desarrollo, mantenimiento y experiencia de autolesiones (Heilbron, Franklin, Guerry, & Prinstein, 2014).

Aunque la literatura es bastante consistente en documentar los vínculos entre la discordia familiar, el suicidio y los intentos de suicidio, se ha prestado menos atención a examinar cómo las dinámicas familiares particulares o las características del funcionamiento familiar pueden estar implicadas en las conductas autolesivas (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014), de modo que el presente reporte ofrece la oportunidad de identificar algunos de los factores asociados con la conducta de autolesión, entre los que destacan principalmente los relacionados con la desatención, abandono, desintegración familiar, así como el abuso y/maltrato físico.

Existen algunos estudios longitudinales con población adolescente que dan luz acerca de la asociación que existe entre la disfunción familiar, la resolución de problemas y la ideación suicida, en los cuales se observaron una asociación indirecta entre los informes de adolescentes de disfunción familiar global y el aumento de la ideación suicida, tales hallazgos especifican, que altos niveles de disfunción familiar predijeron aumentos en cuanto a problemas de conducta con los adolescentes y a su vez en los síntomas depresivos e ideas suicidas (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014).

Sim y colaboradores (2009) teorizaron que el ambiente emocional de la familia puede tener implicaciones importantes en la forma en que los adolescentes desarrollan habilidades de regulación emocional y, en consecuencia, si están en riesgo de participar en autolesiones, de modo que, con base en lo anterior, se puede explicar la dificultad de regulación emocional con la que Emiliano se presenta al inicio del proceso, de alguna manera identificada desde su infancia, y de la cual se derivan los actos autolesivos, que a su vez conllevan a una dinámica familiar de mayor desregulación y desorganización, generando una dinámica compleja que de cierta forma podría ser considerada como lo que coloquialmente

se denomina “círculo vicioso”, para lo cual resulta indispensable abordar ambas esferas, como lo fue en el proceso que aquí se presenta, por un lado al menor y paralelamente a su mamá, siendo la figura en la cual recae la mayor responsabilidad del paciente.

Es así como los procesos de regulación emocional, se encuentran estrechamente relacionados con la interacción parental ya que, como se menciona anteriormente, se confirma que los individuos que crecen en entornos de invalidación donde la comunicación de emociones y sentimientos se ignora, se castiga o se trivializa pueden estar en riesgo de autolesionarse (Gratz, 2006); así como también la calidad de la relación con los padres (entendiéndose una relación pobre) se relaciona significativamente con la participación de autolesiones (Hilt, Nock, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2008). Y tales conductas que puede ser posteriores a eventos interpersonales angustiosos, siendo la soledad, el rechazo, la pérdida o el conflicto interpersonal con la familia, amigos o la pareja romántica los principales factores de riesgo interpersonales proximales (Jacobson y Batejan, 2014).

Esto último, adquiere también relevancia como un factor de prevención importante en el sentido de que Fergusson y Lynskey (1995) examinaron la calidad de la relación entre padres e hijos en una observación que la disminución de la capacidad de respuesta emocional materna y las prácticas disciplinarias más duras de los padres, se asocian prospectivamente con una mayor probabilidad de intentos de suicidio. Y a su vez, Wagner, Silverman y Martin en 2003, señalaron que existe un apoyo empírico bastante consistente que vincula los pensamientos y comportamientos relacionados con el intento de suicidio (ya sea fatal o no fatal) con la calidad problemática de las relaciones entre padres e hijos (por ejemplo, las relaciones caracterizadas por alto conflicto y poca cercanía), además de que los hallazgos sugieren que las asociaciones entre los problemas de los sistemas familiares (por ejemplo, baja cohesión, baja adaptabilidad) y los apegos inseguros entre padres e hijos presentan correlaciones más fuertes con la ideación suicida o los intentos de conducta suicida, que con el suicidio consumado.

En general, son varios los estudios longitudinales también han enfatizado que el apoyo familiar y la calidad de la relación padre-hijo pueden estar implicados en futuros pensamientos y comportamientos autolesivos, siguiendo una línea que durante los últimos 20 años, ha evolucionado a una literatura empírica considerable que documenta los vínculos entre diferentes formas de maltrato infantil, en el que destaca el abuso físico, el abuso sexual, el abuso emocional y la negligencia y los pensamientos y comportamientos autolesivos, pero aunque está claro que el funcionamiento de la familia es relevante para el desarrollo de estos pensamientos y conductas, aún quedan muchas vías importantes para futuras investigaciones para dilucidar los mecanismos de las asociaciones observadas (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014).

Aunque existen componentes sociales, de comportamiento, cognitivos y biológicos para la autolesión, una importante área de oportunidad al respecto consiste en vincular estos dominios de manera efectiva de tal modo que proporcione una imagen más completa de los factores distales (no específicos) y los factores proximales (específicos) que influyen en la autolesión, además de la comprensión de los vínculos causales entre los factores de riesgo y los pensamientos y conductas autolesivas, a manera de sumar a la información que permita la elaboración de programas eficaces tanto de prevención, como se menciona antes, como de tratamiento de tales conductas (Heilbron, Franklin, Guerry & Prinstein, 2014). Entonces, en síntesis, un planteamiento que incluya tales factores en el caso de Emiliano consideraría en primer lugar, y como parte de los factores proximales, la disfunción y desintegración familiar, el abandono, la desatención, la ausencia de la percepción de un sistema de apoyo familiar, la baja capacidad de respuesta emocional a las necesidades del menor, prácticas disciplinarias duras, el maltrato físico y en general un clima de falta de regulación emocional; que aunados a la consideración de factores distales entre los que destaca el aislamiento y la dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales; y los aspectos personales asociados con la inseguridad, baja autoestima, confusión, rasgos de ansiedad y depresión, así como la dificultad para

identificar, regular y expresar las emociones, termina por derivar en pensamientos y conductas autolesivas.

En cuanto al funcionamiento cognitivo, manifestado en Emiliano constantemente, sobre todo al inicio del proceso, a modo de confusión, desorganización de pensamientos e ideas, y contradicción, Baumeister, en 1990 destacó como los estados subjetivos intolerables suelen ir seguidos de un cambio hacia formas de pensamiento y conciencia integradoras, menos significativas, a las que denominó deconstrucción cognitiva. Cuando la cognición se deconstruye, argumenta, la conciencia de sí mismo y de la acción se vuelve concreta y a corto plazo. La conciencia se limita a tareas y objetivos inmediatos, y los "significados superiores" se eliminan de la conciencia. En los estados "deconstruidos", la identidad personal se desvanece y la autoconciencia se limita a un sentido primitivo del cuerpo, en su mayoría experimentando solo sensaciones y movimientos. Hay una lucha continua para detener el tiempo y evitar el significado: en la deconstrucción, el paciente alterna entre el vacío emocionalmente muerto y los estallidos de afecto negativo cuando falla la deconstrucción. No hay esperanza de conexión, y no hay tiempo; estos cambios cognitivos son a la vez de naturaleza defensiva y regresiva. Cuando la tensión emocional grave alcanza un cierto nivel de intensidad, la capacidad del individuo para pensar y planificar normalmente se ve afectada. Tales cambios en la cognición sirven para hacer frente a un efecto abrumador, a través de mecanismos arcaicos que conducen a la abstinencia y el aislamiento, pero, paradójicamente, dejan al paciente aún más vulnerable debido a la lejanía interpersonal e intrapsíquica.

Ya que considerando el planteamiento de un modelo integrado, es importante no olvidar la consideración tanto los factores de riesgo distales, como una predisposición genética para una fuerte reactividad emocional, altos niveles de crítica familiar y hostilidad, así como el abuso y maltrato durante la infancia que interactúan entre sí, dejan a cada persona en un riesgo elevado de participar en autolesiones (Jacobson & Batejan, 2014).

Para los fines del presente estudio, y de manera complementaria, se hace énfasis en los procesos de vinculación primaria, específicamente la ruptura de la vinculación como uno de los principales factores de riesgo de autolesión (Gratz, 2006), las investigaciones demuestran como los entornos familiares caracterizados por el rechazo, la invalidación y el conflicto se asocian con la autolesión (Crowell, Derbindge & Beauchaine, 2014). Pues se sabe que los pacientes que se autolesionan, pueden provenir de hogares donde han recibido maltrato tanto físico como emocional, incluso es habitual encontrar antecedentes de enfermedades mentales y alcoholismo en la familia. Además, las familias con reglas muy estrictas que reprimen la expresión emocional o familias aglutinadas con padres intrusivos que no permiten una adecuada diferenciación y reconocimiento de los sentimientos y percepciones propias, generan ambientes facilitadores de la autolesión, al configurar ambientes en los cuales puede trastornarse el vínculo temprano y generar patologías que condicionan la aparición de conductas autolesivas (Nader & Boheme, 2003).

En el presente caso, se ha puesto énfasis en la vinculación del paciente con sus figuras primarias, principalmente la madre, y para ello es fundamental la consideración de la teoría del apego, cuyo origen se remonta a las relaciones objetales desde el punto de vista psicoanalítico, ya que como se menciona en el capítulo 2, las primeras relaciones del niño, que se desarrollan durante los 12 primeros meses de vida, sientan las bases de su personalidad, producto de la interacción y toda la serie de sistemas de conducta que de aproximación directamente asociados a la satisfacción de necesidades, el contacto y la seguridad (Bowlby, 1998).

En cuanto a la consideración de los diferentes esquemas de apego se puede identificar en función de las condiciones familiares de Emiliano un tipo ansioso-evitativo, pues, de acuerdo a lo planteado con anterioridad, se caracteriza principalmente por la falta de confianza respecto a una respuesta útil hacia sus necesidades y cuidados, siendo más bien esperado el rechazo, y con esa configuración se puede explicar los intento de vivir su vida sin amor ni apoyo por

parte de los demás, trata de ser autosuficiente en el plano afectivo y el funcionamiento de un falso-self, esquemas que una vez establecidos tienden a persistir (Bowlby, 1995).

Respecto al tema de la seguridad, retomando lo planteado por Winnicott (1995) se trata de una necesidad básica de los niños que les permite la libertad gradual, que además de la adquisición de una sensación de seguridad tiene que ver con la creencia interior de algo bueno, confiable y durable respecto a las personas y las cosas que les rodean, capaz de recuperarse después de un daño; en el caso de Emiliano, se puede entender desde la minusvalía, un pobre autoconcepto e inseguridad que se ven reflejados en la falta de motivación, desesperanza, sentimientos de soledad e incluso la propia autoagresión, cuya constante apuntó de manera regular y durante todo el proceso, hacia la falta de cariño, de cuidado, de atención y de acompañamiento en el proceso de desarrollo transcurrido hasta el momento de intervención con el menor, para lo cual además, se tuvo con la madre como una de las principales consideraciones respecto a los focos de intervención la reparación de su ausencia.

La importancia de la función materna se puede entender mejor desde el planteamiento e importancia de una madre suficientemente buena, que en las primeras etapas de vida de su hijo, esta debe cumplir con un sostén (*Holding*) que se relaciona con su capacidad de identificación y puede generar angustia al grado de la sensación de desintegración, una manipulación (*Handling*) asociada principalmente a la capacidad del niño para poder disfrutar de sus experiencias corporales y la representación de objetos (*Objet-Presenting*) producto de propio proceso de maduración y las experiencias de vida que tiene lugar sólo con un medio favorable (Winnicott, 1995).

Sin embargo, esta función materna también puede estar cargada de ambivalencia, sobre todo cuando condición económica es desfavorable, cuando la mujer es abandonada por su pareja, tiene demasiados años, ha tenido múltiples embarazos o es muy joven. Y al respecto de los embarazos adolescentes, como

es el caso de Verona, en general se distinguen por ser poco afortunados y con frecuencia disimulados (Lebovici, 1995). Además de que, como se menciona con anterioridad, la gestación durante la adolescencia se asocia a mayores problemas emocionales y sociales, dado que la madre habitualmente la cursa con altos niveles de tensión emocional, complicaciones en la consolidación de la identidad y de la autoestima, interrupción frecuente de las actividades escolares, un alto índice de fragilidad en la estabilidad de la pareja y el ingreso prematuro al mercado de trabajo (Halpren y Crocito, 1987 tomado de Lartigue & Vives, 1994 en Vives & Lartigue, 1994), siendo el marco que define de manera bastante precisa, a todo el conjunto de dificultades a las cuales se enfrentó la madre del paciente en su momento y que derivó no sólo en las dificultades de vinculación con su hijo, sino también en la propia inestabilidad, inmadurez, dificultad y falta de asertividad respecto a la toma de decisiones de vida, por ejemplo respecto al rol materno y el establecimiento de relaciones de pareja.

Es por tal razón que resulta importante retomar el apego como fundamental para el desarrollo de los niños y su comportamiento, ya que como lo plantea Landy (2009), puede ser la causa de dificultades posteriores en la personalidad, el autoconcepto y las relaciones interpersonales, situación que se puede ver de manera bastante clara en el caso, resaltando la constante falta de respuesta ante sus necesidades, no sólo emocionales, sino incluso de cuidado, seguridad y alimentación por mencionar algunas.

Esto último conlleva a la consideración de la psicodinámica del suicidio y de la autolesión, como un modelo que ha evolucionado para incluir teorías de diferentes ramas del pensamiento psicoanalítico, dirigidas en última instancia a explicar este concepto complejo de destrucción del yo y, por lo tanto, ampliar la esperanza de proporcionar una intervención terapéutica (Goldblatt, 2014).

Y de manera general, retomando lo plantado en el capítulo 3, las primeras teorías etiológicas de autolesión basadas en la teoría psicoanalítica y psicodinámica incluyen temas de conflicto entre los impulsos de vida y muerte, la

agresión y los impulsos sexuales (Jacobson & Batejan, 2014), sin embargo, evolucionaron hasta la inclusión de más ramas teóricas, que en síntesis apuntan a la autolesión como medio de auto-agresión para llevar a cabo impulsos agresivos hacia uno mismo, con la intención de reparar deseos, comportamientos, sentimientos y pensamientos inaceptables (Goldblatt, 2014).

Desde una perspectiva psicodinámica y retomando a Castoriadis-Aulagnier, (1977) un parte esencial para comprender el funcionamiento psíquico es la relación que existe entre la pulsión de muerte (displacer) y su contrario (el deseo) de modo que el primero se refiere al deseo de autodestrucción (auto aniquilación) o tendencia de retornar al «antes» de toda representación de la vida psíquica, es decir, el deseo de no tener que desear, mientras que el deseo se dirige a catectizar al objeto metabolizándolo en la representación de una parte del propio cuerpo. En lo anterior, las funciones sensoriales desempeñan un papel importante que se puede traducir en un tomar en sí y del rechazar fuera de sí a partir de las experiencias de placer o de displacer.

Entonces, esta actividad sensorial, es la fuente original de un placer (del gusto, del oído, de la vista, del olfato, del tacto), cuando un ruido, gusto, tacto, olor, algo visto, es fuente de placer, y coincide temporalmente con la experiencia de la satisfacción de una necesidad (alimenticia) y la excitación efectiva de la zona oral; pero que coincide también con la satisfacción de una expectativa de la organización sensible y el descubrimiento de un poder del estado de placer, entonces se representación una dualidad «zona sensorial-objeto causante de la excitación», y esta imagen configura el pictograma de lo que el representante se refleja representación sí mismo-mundo. Esta representación sí mismo-mundo demuestra la ambigüedad del concepto de narcisismo primario, que engloba una presentación narcisista de un sí mismo-mundo que debe plantear la presentación de un sí mismo-nada, que permite calificar como narcisista la reducción del mundo a una «nada» que refiere, de hecho, a un estado de la psique (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Pero, como se menciona con anterioridad, el odio no es ni anterior ni posterior al amor, ambos términos designan un afecto y una meta toda vez que el discurso da cuenta de ellos. El primero se origina en el propósito globalizador, unificador y centrífugo de Eros que, dada la indisociabilidad zona-objeto que confluye hacia su complemento para reencontrar una totalidad perfecta; y el segundo denominado Tánatos, tiene como fin la aniquilación del deseo y de su búsqueda, la dependencia de la zona en relación con el objeto. Siendo así que, ambas representaciones de las experiencias afectivas, que ocurren en forma sucesiva en la psique, constituyen la infraestructura responsable de lo que se reproducirá en la escena imaginaria a lo largo de toda la vida en la cual la representación del displacer implicará en función del propio cuerpo la fantasía de ser mutilado. Entonces, el conflicto está presente desde un primer momento, pero cualquiera que sea la diversidad de las experiencias de placer o de displacer del infante, independientemente de la zona y el objeto en juego, y cualquiera que sea la causa (endógena o exógena), la experiencia misma será metabolizada, ya sea en una representación en la que el acto de incorporar y reunirse indisociablemente con su complemento o en una representación en la que el acto de rechazar, de desgarrar (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Y en el horizonte del objeto amado se encuentra siempre el equivalente de una sombra presente en el discurso materno que representa la persistencia de la idealización que el Yo proyecta sobre el objeto, lo que determina aquello que el Yo vive como duda, sufrimiento, agresión, e inversamente como placer, alegría, certeza, diferenciando la violencia necesaria que se origina en un exceso de afectos negativos para el Yo y lo que se expresará en la psicopatología del que los sufre. Es así como la relación que mantiene la pareja parental con el niño lleva siempre la huella de la reacción de la pareja con el medio social que la rodea, pues el grupo habrá precatectizado el lugar que se supondrá que ocupará, con la esperanza de que él trasmita idénticamente el modelo sociocultural; pero el sujeto, debe encontrar, las referencias que le permitan proyectarse hacia un futuro, para que su alejamiento de sus figuras paternas no se traduzca en la pérdida de todo soporte identificadorio (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Lo anterior nos permite pues, ver toda esa construcción original que pretende atender la relación del yo con el registro de la significación, y da sentido a la relación existente desde el plano de lo sensorial, entre el acto de incorporar aquello que se asocia con el placer y toda aquella experiencia agradable, y a su vez, se entiende el sacar fuera de sí, desgarrar, rechazar como aquello que representa displacer; al mismo tiempo que esta significación se asocia con los procesos identificatorios que responden por un lado a la interacción parental, cargada de aspectos relacionados con lo sociocultural pero al mismo tiempo a las referencias propias de la imagen de sí mismo.

De acuerdo con Anna Freud (1949), el Yo puede poner en actividad un mecanismo y dirigir contra la propia persona el odio hasta ese momento destinado al mundo. Una tortura a sí mismo con autoacusaciones y sentimientos de inferioridad que van desde la infancia hasta la adolescencia y hacer cuanto le es posible a fin de perjudicarse y dañarse, medida que no es eficaz para dominar la situación de conflicto, y puede derivar en la proyección de odio hacia los objetos. Pero el instinto contra la propia persona raramente se halla en la temprana infancia, durante varios años, el yo infantil retiene la libertad de negar cuanto le produzca displacer en la realidad, conservando intacto su juicio acerca de la misma, utilizando una posibilidad más amplia, no sólo en forma de ideas ni fantasías, también actúa. Es así como la dramatización e inversión de las situaciones de la realidad opera con los más diversos objetos del mundo exterior, naturalmente, la negación de la realidad igualmente constituye una de las tantas motivaciones básicas de los juegos infantiles en general y en particular del juego tan común e infantil al teatro. No así en la adolescencia, etapa en la que las más notables manifestaciones en la vida están ya fundamentalmente vinculadas a sus relaciones con los objetos.

Cabe retomar, como parte del modelo de límites, que arraigado en la teoría de las relaciones de objeto, las personas que participan en autolesiones se ha teorizado que tienen vínculos defectuosos con sus cuidadores principales,

generalmente sus madres, y por lo tanto no pueden lograr estabilidad para sus representaciones objetales, es decir, sus límites se han difuminado entre ellos y sus padres (Jacobson & Batejan, 2014).

Entonces, a manera de síntesis, los pacientes que participan en autolesiones, pueden presentar una serie de factores psicológicos que los caractericen, tal es el caso de una muy baja autoestima, presentar dificultades en la vinculación y capacidad para lograr intimidad; así como también una insaciable necesidad de aprobación y afecto, inmadurez emocional, fallas en el control de impulsos e hipersensibilidad a la opinión de los otros, además de dificultades para percibir y expresar sus propias emociones, especialmente las negativas, aspectos todos ellos que se pueden identificar en el caso de Emiliano (Nader & Boheme, 2003).

Para concluir, cabe destacar que relacionado con los avances de Emiliano en cuanto a la identificación de sus emociones y sentimientos, así como el manejo, regulación y expresión de los mismos, principalmente el enojo y la tristeza, asociados a la mejora en el vínculo con la madre se reportó la desaparición de la autolesión, así como el establecimiento de un mayor número de relaciones interpersonales cercanas, capacidad de asumir responsabilidades, mayor independencia, la identificación de necesidades, el inicio de la toma de decisiones personales, un mejor autoconocimiento y seguridad en sí mismo.

Pues una dolorosa imagen de sí mismo actúa como un constante factor de irritación en el adolescente, en el cual su esquema corporal forma parte de la representación de sí mismo. En esta medida, tiene dos componentes: uno se vincula con el cuerpo tal como lo percibe, y el otro, con el cuerpo tal como se lo concibe. Y el concepto de cuerpo tiene connotaciones irracionales, que influyen en forma decisiva en la conducta y los estados de ánimo. De modo que, cuando menor sea la discrepancia entre el percepto y el concepto de realidad corporal, más confiable será la capacidad relativa a la prueba de realidad (Boss, 1970).

Y posterior al proceso de intervención con Emiliano de manera general en cuanto a la identificación de los propios recursos y la resignación de sus experiencias tempranas; paralelo al trabajo con su madre básicamente de psicoeducación, vinculación afectiva y estrategias de respuesta más efectivas, para la parte final del proceso, se hizo referencia, por parte de ambos, de cambios e intentos de respuestas distintas a las diferentes situaciones, importantes en la dinámica familiar, principalmente en la madre, con cual el paciente refiere una disminución respecto a su preocupación de bienestar en la dinámica familiar, además de la disminución de conflictos.

Una consideración importante se relaciona con lo establecido por Bloss (1970), quien señala, que en la adolescencia, todos estos aspectos ejercen influencia en la personalidad en crecimiento y se hallan íntimamente relacionados con las experiencias familiares, siendo conocida la influencia patógena de la interacción familiar sobre la formación de la enfermedad neurótica. De modo que, un núcleo patológico puede influir en la actitud general del niño hacia la vida, su imagen de sí mismo, su identidad sexual y su auto proyección en el futuro, entonces, cuando un adolescente evalúa de manera más realista a sus progenitores descubre no sólo sus características negativas sino también las positivas, para con ello fijar sus propias metas. Dando lugar a reemplazar el anterior compromiso con los progenitores y hermanos por una incipiente vida social.

Además de que, las familias pueden proteger de manera potencial a los niños y adolescentes del estrés mediante el modelado de habilidades de afrontamiento eficaces, proporcionando apoyo emocional y mediante la supervisión adecuada de los padres, y las probabilidades de adaptación de los mismos se relacionan con los niveles de estabilidad y/o seguridad en el hogar (Richters & Martínez, 1993).

Uno de los problemas menos abordados en el campo de las autolesiones, y a manera de área de oportunidad, son los enfoques efectivos para la prevención

de este comportamiento, pues Whitlock y Knox (2009) observan que, aunque existe una creciente información sobre los factores de riesgo de autolesión, no hay suficientes programas de prevención primaria basados en los conocimientos recientes. Pues si bien, las autolesiones difieren de un intento de suicidio, las investigaciones actuales sugieren que cuando los adolescentes se involucran en este comportamiento durante largos períodos de tiempo, con mayor frecuencia y con múltiples métodos (p. ej., cortar, quemar, rasguñar, perforar...), tienen un mayor riesgo de hacer un intento de suicidio (Miller, Muehlenkamp & Jacobson, 2009). Por lo tanto, lo ideal sería que los esfuerzos de prevención ocurrieran desde la adolescencia temprana, específicamente en los años de la escuela primaria superior y secundaria. Aunque también cabe destacar que, cada vez más, los profesionales interesados en el bienestar de los jóvenes se están centrando en el cuidado de la salud de los adolescentes, y el campo se está volcando hacia educar e informar a los jóvenes sobre la salud (Stenberg, 1999).

Limitaciones

Las principales limitantes que se pudieron identificar en el proceso de intervención con el menor se enlistan a continuación:

- Las resistencias de Emiliano para participar del proceso y también de la madre en torno al compromiso que el propio proceso le representaba.
- Las limitaciones en cuanto a recursos personales, culturales e incluso económicos.
- Las inasistencias, cancelaciones constantes.
- El proceso mismo del embarazo de la madre, su ausencia, así como el nacimiento de su hermana.
- Confusión en cuanto a los roles familiares y de autoridad, la sobre participación de abuelos en la crianza del menor y delegación de la responsabilidad materna.
- Ambiente caracterizado por diversos factores de riesgo para el adolescente, entre los que destaca los conflictos familiares.
- Incapacidad de la madre para la propia regulación y el establecer límites al menor.
- Incremento en las demandas escolares, asociadas con el ingreso al nivel secundaria.
- La solicitud de cierre del proceso

En lo que respecta a la elaboración del presente reporte cabe destacar la dificultad que representó desde el inicio del proceso el poder contextualizar la problemática del paciente con cada una de las áreas y factores de riesgo asociados con la misma, así como también el reto que implicó el afrontar el gran bagaje de información, investigación y teorías respecto de la problemática de las autolesiones, con la intención de integrarla y dirigirla a entender la importancia y asociación que tiene con el proceso de vinculación materna.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5a Ed (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Ayton, A., Rassol, H. & Cottrell, D. (2003). Deliberate self-harm in children and adolescents: Association with social deprivation. *European child and adolescent Psychiatry*, 12, 303-307.
- Baltes, P.B. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*. 31, 65-110.
- Baumeister, R.F. (1990). Suicide and scape from self. *Psychological Review*. 97, 90-223.
- Bloss, P. (1970). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Bloss, P. (2003). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bolaño, M. (2009). Intervención con padres en clínica de niños. *Clínica y Salud*. 20(3), 291-300.
- Bowlby, J. (1995). *La teoría del apego*. En Lebovici, S & Weil-Halpern, F. La psicopatología del bebé. México: Siglo veintiuno editores.

- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida, 1- El apego*. España: Paidós.
- Bynner, J. (2001). Childhood risk and protective factors in social exclusion. *Children and Society*, 15, pp 85-301.
- Castro, E., Benjet, C., Juárez, F., Jurado, S., Lucio, M.E. & Valencia, A. (2017). Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental*, 40, (5).
- Castoriadis-Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cole, P.M., Martin, S.E. & Dennis, T.A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75, 317-333.
- Coleman, J. & Hagell, A. (2007). *The Nature of risk and Resilience in adolescence*. En Coleman, J. & Hagell, A. *Adolescence, risk and resilience*. England: John Wiley & Sons, Ltd
- Coleman, J., Hendry, L.B. & Kloep, M. (2008). *Adolescencia y salud*. México: Manual Moderno.
- Crowell, S.E., Derbindge, C.M. & Beauchaine, P.B. (2014). *Developmental Approaches to understanding suicidal and self-injury behaviors*. En Nock, M.K. *The Oxford Handbook of suicide and self-injury*. USA: Oxford University Press.

- Dio, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Paidós.
- Ekman, P. (1992). An Argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Erikson, E.H. (1974). *El ciclo vital: epigenesis de la identidad*. En Erikson, E.H. *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires Paidós
- Esquivel, F., Heredia, M.C. & Lucio, E. (2017). *Psicodiagnóstico Clínico del niño Cuarta Edición*. México: Manual Moderno.
- Favazza, A.R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 137-145.
- Fergusson, D.M & Lynskey, M.T. (1995) Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatric*, 34, 1308-1317.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G., y Higgitt, A. (1991). The Capacity for Understanding Mental States: The Reflective Self in Parent and Child and its Significance for Security of Attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Freud, A. (1949). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Gratz, K.L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood

maltreatment. Emotional inexpressivity and affect intensity reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140.

Goldblatt, M.J. (2014). *Psychodynamics of suicide*. En Nock, M.K. The Oxford Handbook of suicide and self-injury. USA: Oxford University Press.

González, L.F., Vasco, I.C. y Nieto, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología I*. 16(1), 41-56 41.

Gómez, A. C. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento Psicológico*, 2(6), 103-113.

Herzog, J.M. & Lebovici, S. (1995). *El padre*. En Lebovici, S & Weil-Halpern, F. La psicopatología del bebé. México: Siglo veintiuno editores.

Heilbron, N., Franklin, J.C., Guerry, J.D. & Prinstein, M.J. (2014). *Social and ecological approaches to understanding suicidal behaviors and nonsuicidal self-injury*. En Nock, M.K. The Oxford Handbook of suicide and self-injury. USA: Oxford University Press.

Hilt, L.M., Nock, M.K., Lloyd-Richardson, E.E. & Prinstein, M.J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents, rats, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *Journal of Early Adolescence*, 28, 455-469.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). “*Estadísticas a propósito del... día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*”. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf. 27 de mayo de 2018

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos de edad según sexo, 2010 a 2018*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_06&bd=Salud#variables. 24 de abril de 2020

Jacobson, C.M. & Batejan, K. (2014). *Comprehensive Teoretical Models of nonsuicidal self-injury*. En Nock, M.K. The Oxford Handbook of suicide and self-injury. USA: Oxford University Press.

Kaslow, N.J., Reviere, S.L., Chance, S.E., Rogers, J.H., Hatcher, C.A., Wasserman, F.S., Smith, L., Jessee, S., James, M.E. & Seeling, B. (1998). An empirical study of that psychodynamics of suicide. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 46, 777-796.

Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*. 27, 226-239.

Knobel, M. (1982). *Introducción*. En Aberastury, A. y Knobel, M. La adolescencia normal. Argentina: Paidós.

Landy, S. (2009). *Pathways to competence: Encouraging healthy social and emotional development in young children*. Sidney: Paul Brookes Publishing. Capítulo 3.

Lebovici, S. (1995). *La madre*. En Lebovici, S & Weil-Halpern, F. La psicopatología del bebé. México: Siglo veintiuno editores.

Lebovici, S. & Weil-Halpern, F. (1995). *El bebé y su familia*. En Lebovici, S & Weil-Halpern, F. La psicopatología del bebé. México: Siglo veintiuno editores.

Lourie, R.S. (1995). *Breve revisión histórica de los estudios sobre el desarrollo normal y patológico del lactante*. En Lebovici, S & Weil-Halpern, F. La psicopatología del bebé. México: Siglo veintiuno editores.

Manciaux, M. (1995). *El bebé y el niño de pecho: su lugar en la sociedad actual*. En Lebovici, S & Weil-Halpern, F. La psicopatología del bebé. México: Siglo veintiuno editores.

Mannoni, M. (1989). *Presentación*. En O. Mannoni, A. Deluz, B. Gibello y J. Hebrard La crisis de la adolescencia. México: Gedisa

Mannoni, O., (1989). *¿Es analizable la adolescencia?*. En O. Mannoni, A. Deluz, B. Gibello y J. Hebrard La crisis de la adolescencia. México: Gedisa

Mayer, P. A., Morales, N., Victoria, G., & Ulloa, R. E. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor

comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, 58(3), 335-336. doi:10.21149/spm.v58i3.7893.

McMahon, E.M., Corcoran, P., McAuliffe, C., Keeley, H.S., Perry, I.J., y Arensman, E. (2013). Mediating Effects of Coping Style on Associations between Mental Health Factors and Self-Harm Among Adolescents. *Crisis*, 34(4), 242-250.

Mead, H.K., Beauchaine, T.P. & Shannon K.E. (2010). Neurobiological adaptations to violence across development. *Development and psychopathology*, 22 1-22.

Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J. & Jacobson, C.M. (2009). *Special issues in treating adolescent nonsuicidal self-injury: Origins, assessment and treatment* (pp. 251-270). Washington, DC: American Psychological Association.

Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L.M., Pérez, V. & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 20 (1), 51-61. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408

Mosquera, D. (2008). *La autolesión: El lenguaje del dolor*. España: Pleyades.

- Muehlenkamp, J.J. (2014). *Distinguishing between suicidal and nonsuicidal self-injury*. En Nock, M.K. The Oxford Handbook of suicide and self-injury. USA: Oxford University Press.
- Nader, A. & Boheme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o síndrome?. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*. 14(1), pp. 32-37.
- Nock, M.K. & Prinstein, M.J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal Psychology*. 114, 140-146.
- O'Brien C. & Scott, J. (2007). *The Role of the Family*. En Coleman, J. & Hagell, A. Adolescence, risk and resilience. England: John Wiley @ Sons, Ltd
- OMS. (2016). *Ha llegado el momento de invertir en los adolescentes*. Tomado de: http://search.who.int/search?q=Autolesiones&ie=utf8&site=who&client=es_r&proxystylesheet=es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8&qetfields=doctype. 27 de mayo de 2018.
- Papalia, D. Feldman, R. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Pérez, A. (2018). *Prevalencia de autolesiones no suicidas y factores psicosociales asociados en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Ciudad de México* (Tesis de Especialidad en

Epidemiología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Pepetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*. 6(11). Pp. 2-15. ISSN: 1067-6079

Plener, P.L. & Libal, G. (2014). Pharmacologic Treatment of Nonsuicidal Self-Injury. En Nock, M.K. *The Oxford Handbook of suicide and self-injury*. USA: Oxford University Press.

Richters, J.E. & Martínez. P.E. (1993). Violent communities, family choices, and childrens chances: An algorithm for improving the odds. *Development and psychopathology*, 5, 609-627.

Rutter, M. (2002). Development and Psychopathology. En Rutter, M. & Taylor, E. *Child and Adolescent Psychiatry Fourth edition*. London: Blackwell Science.

Santos, D. (2011). *La autolesión. Qué es y cómo ayudar*. México: Dora Santos Bernard.

Shapiro, E. (1999). Cotherapy. En Price, J., Heschels, D. & Price, a. *A guide to starting psychotherapy groups*. Academic Press.

Stanley, B., Fineran, V. & Brodsky, B. (2014). *Psychological Treatments for Nonsuicidal Self-Injury*. In Nock, M.K. *The Oxford Handbook of suicide and self-injury*. USA: Oxford University Press.

- Santrock, J. W. (2003). *Adolescencia Psicología del desarrollo*. España: McGraw-Hill.
- Sim, L. Adrian, M., Zeman, J. Cassano, M & Friedich, W.N. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of research on adolescence*, 19, 75-91.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence Study guide to accompany*. United States of America: McGraw-Hill College.
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescent: what changes, and why?. *Annals New York Academy of Sciences*, 1021, 51-58.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*.18, 531-554.
- Valenzuela, M.A. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. (Tesis de Maestría en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Vives, J. & Lartigue, T. (1994). *Apego y vínculo materno-infantil*. México: Universidad de Guadalajara/Asociación psicoanalítica Jaliscience.
- Wagner, B.M., Silverman, M.A.C. & Martin, A.E. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*. 46, 1171-1191.

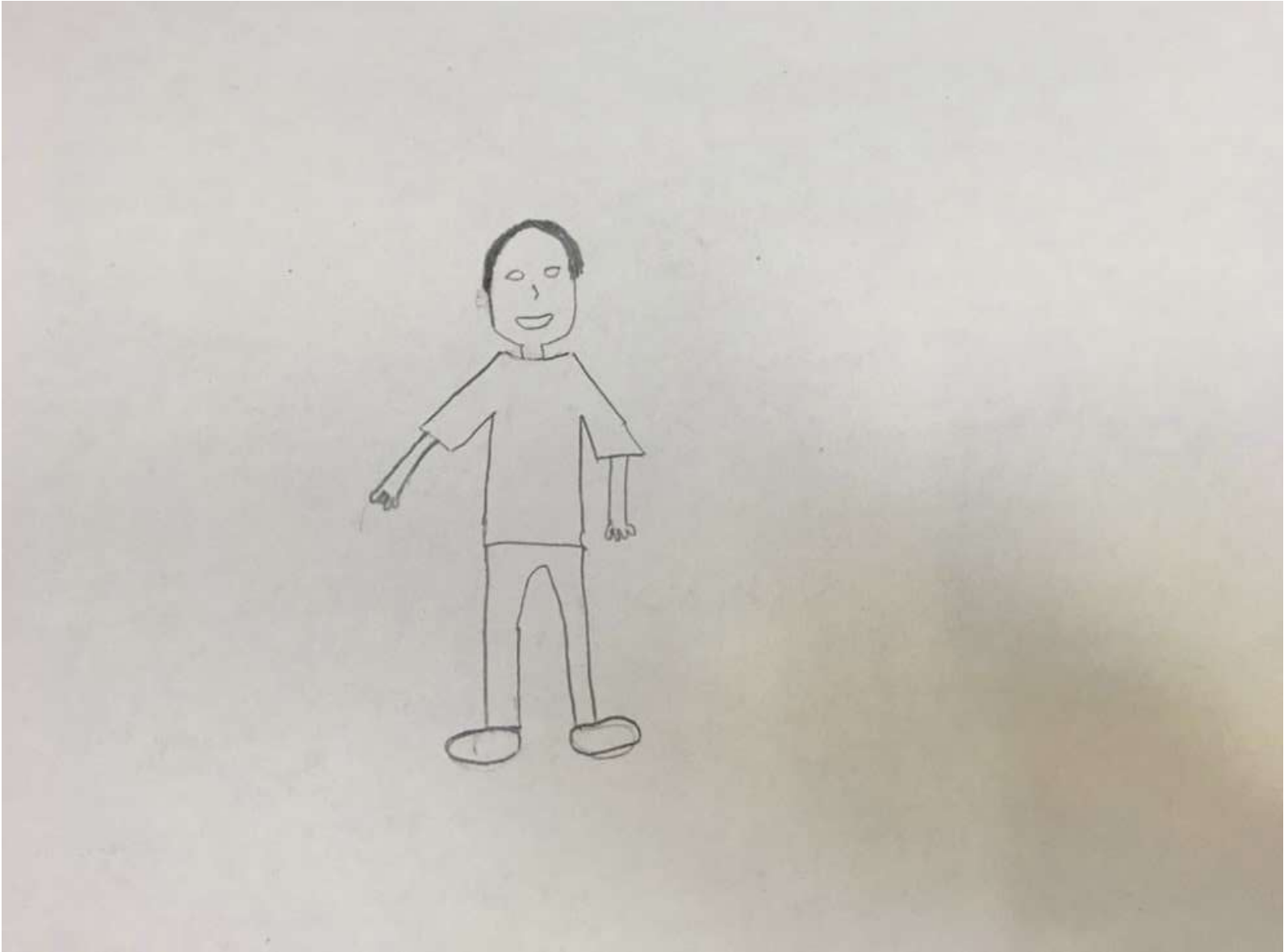
Whitlock, J. L., Powers, J. L. & Eckenrode, J. (2006). The cutting edge: The internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42, 407-417.

Whitlock, J. & Knox, K.L. (2009). *Intervention and prevention in the community*. En Nixon, M.K. & Heath, N.L. (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp-173-194). New York: Routledge.

Whitlock, J. & Selekman, M.D. (2014). *Non suicidal self-injury across the life span*. En Nock, M.K. *The Oxford Handbook of suicide and self-injury*. USA: Oxford University Press.

Winnicott, D.W. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Argentina: Ediciones Hormé.

Anexos



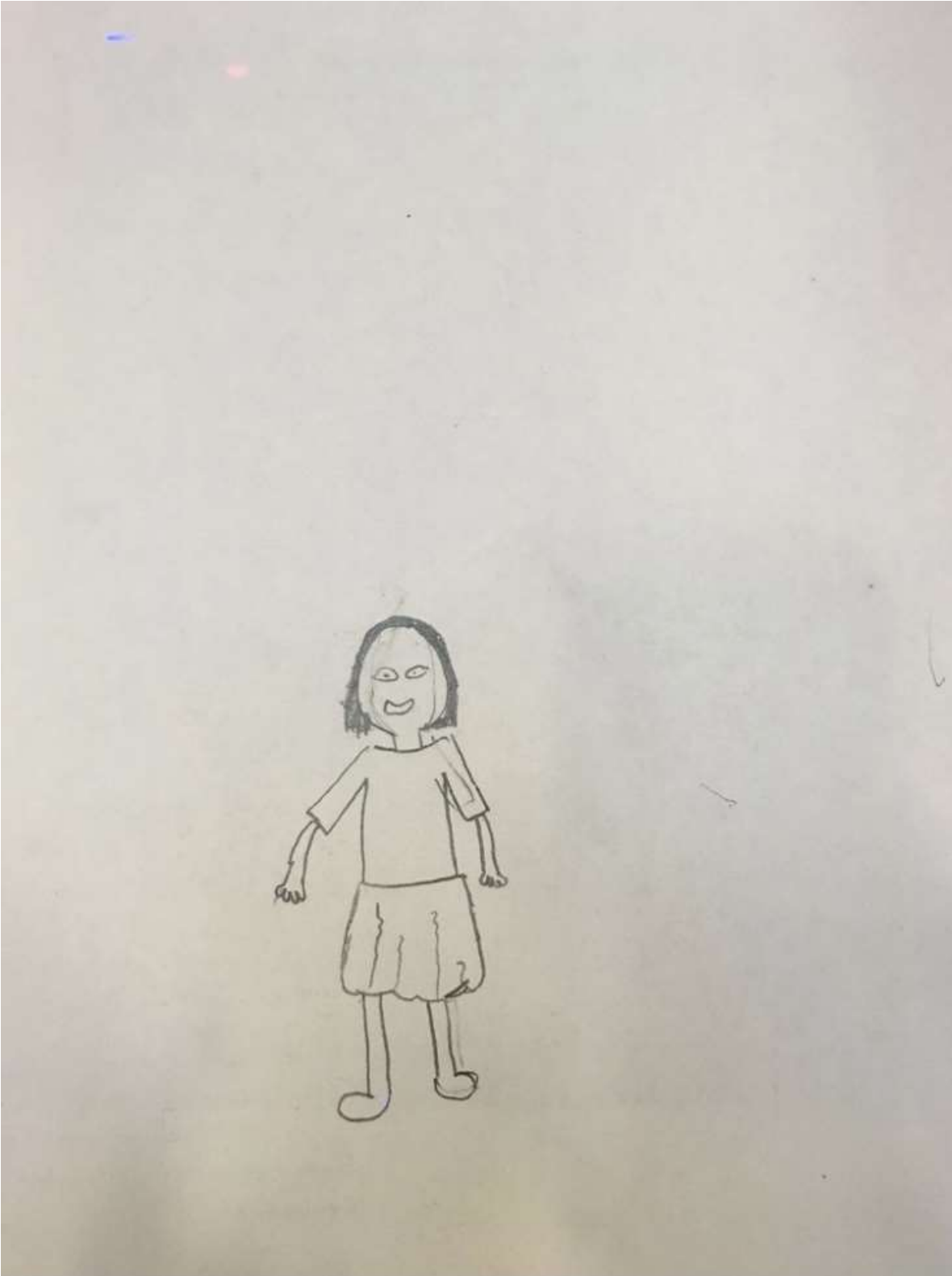
Nombre: Emiliano

El niño nuevo

edad: 13

Emiliano era un niño cualquiera con una vida cualquiera pero todo cambió un día cuando llegó un niño nuevo para Emiliano la vida se le hizo más difícil seguir en la escuela por que el niño nuevo lo molestaba le pegaba y aparte el niño nuevo se cortaba los brazos el niño nuevo le dijo a todo que cortarse se sentía bien.

Emiliano como escuchó que se sentía bien se empezó a cortar los brazos, y desde entonces tu vida de Emiliano cambió ya no era el mismo ya no disfrutaba ir a la escuela ya no tenía tantos amigos todo cambió hasta que un día todo cambió el le puso final a su vida.



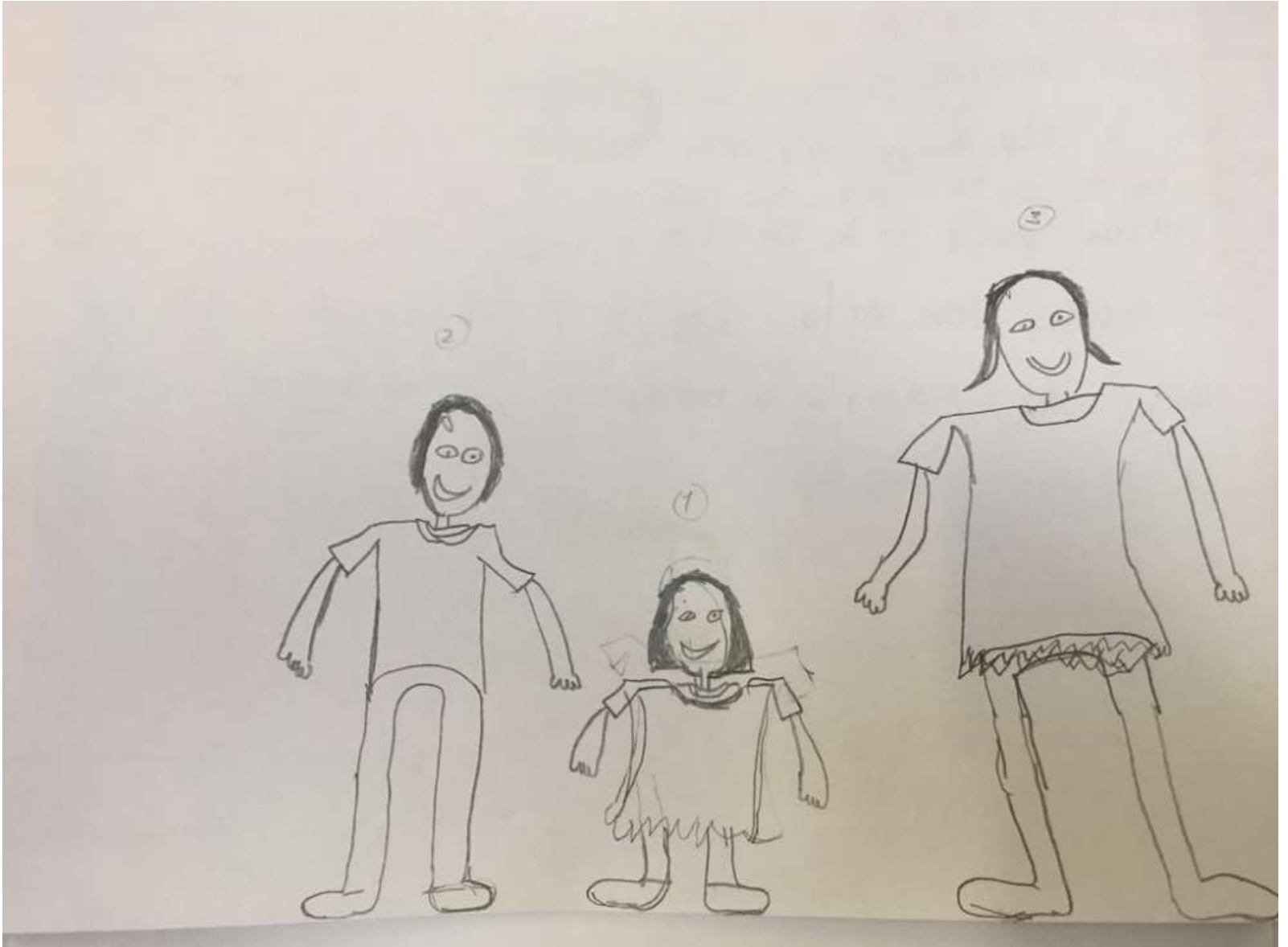
Nombre: Pamela La niña con problemas
Edad: 12

Pamela era una niña con problemas en casa
en la escuela x en todos lados.

Pamela ya no quería ir a la escuela por que sus
compañeros la molestaran mucho.

Pamela ya no quería salir de su habitación
por que sus padres la regañaban.

Pamela siempre se encerraba en su cuarto x pensaba
que le decían sus padres que fue un error que
ella hubiera nacido x Pamela dejó de sufrir
hasta que murió.



Esta es una familia conformada por 3 personas el hijo se llama Gael la hija se llama Camila y la mamá Karen, esta familia es muy feliz aunque no tanto como antes, todo cambio cuando el papa murió, esta familia trato de olvidarlo pero nunca lo olvidaron, hicieron lo posible para no recordarlo pero no se pudo así que pasara lo que pasara nunca se iban separar pero todo cambio cuando el hermano mayor murió solamente, por estar con su papa en el cielo, que la mamá y la hermanita ya no fueron felices.