



O DANO

Xogarse o peello: unha visión clínica das autolesións

Carmen Conde Díaz

Inscricións corporais indelebles. Tatuaxes, escarificacións, piercing e a súa lóxica cultural

Enrique Couceiro Domínguez

Autolesións e marcas corporais: do conflito intrapsíquico ás tribos urbanas na adolescencia

Pablo Villarino Torrado

Encontros coa autolesión a través dun caso: experiencias durante a residencia

Almudena Campos González / Esther Reguera Rodríguez

Autolesións como estratexia autorreguladora cando non contamos cunha vinculación segura

María Balsa García

O dano en psicoterapia: confesións dun terapeuta centrado no erro

Antonio Olíves Alonso

FERRAMENTAS

Autolesións: lugares comúns e experiencias clínicas

Ignacio Dopico González

ANUARIO ABERTO

• COMUNICACIÓN LIBRE:

Rehabilitación neuropsicolóxica en dano cerebral adquirido en fase crónica. Á mantenta dun caso

Rocío Andrade-Grela / Sandra Rubial-Álvarez

• TRABALLOS PREMIADOS NAS XXI XORNADAS DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG:

- Correlatos diferenciais entre o abuso de Internet e de substancias

Cristina Alonso / Estrella Romero

- Tratamento de noticias de suicidio nun diario dixital

De La Torre Hernández, H. / López Cerdido, E. / Martínez Lamosa, E.



O DANO

AUTOLESIÓNS E COMPORTAMENTOS AUTODESTRUTIVOS

APUNTAMENTO

A preferencia de idioma no orixinal de cada artigo foi determinada polo seu autor/a, coa posterior tradución e revisión do COPG.

Nº10 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

Consello Editorial

Francisco Javier Sardiña Agra, Presidente
Delia Guitián Rodríguez, Vicepresidenta
José Eduardo Rodríguez Otero, Secretario
Luis Carlos Álvarez García, Tesoureiro
Alicia Carballal Fernández, Vogal
Rosa Cerqueiro Landín, Vogal
Mercedes Fernández Cabana, Vogal
Ignacio Dopico González, Vogal
Dolores Mosquera Barral, Vogal

Consello de Redacción

Marta González Rodríguez (Directora)
PSICÓLOGA CLÍNICA, CENTRO TERAPÉUTICO DE
MENORES CHAVEA (VILAGARCÍA DE AROUSA).

Adalberto Iglesias Doval
PSICÓLOGO CLÍNICO, ASOCIACIÓN DOA
SAÚDE MENTAL.

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA, EAPS (EQUIPO DE ATENCIÓN
PSICOSOCIAL), CRUZ ROJA, A CORUÑA.

Patricia María Tamara Rego Ribeiro
PSICÓLOGA CLÍNICA.

Xacobe Abel Fernández García
PSICÓLOGO CLÍNICO, CENTRE DE SALUT MENTAL
D'ADULTS 1. INSTITUT MUNICIPAL DE SERVEIS
PERSONALS DE BADALONA.

Delia Guitián Rodríguez
PSICÓLOGA CLÍNICA, USM (UNIDADE DE SAÚDE
MENTAL), EOXI LUGO-CERVO-MONFORTE.

Sabela Bermúdez Míguez
PSICÓLOGA CLÍNICA, HOSPITAL LA MAGDALENA
(CASTELLÓN DE LA PLANA).

Edita

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Españeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

Deseño e maquetación

ekinocio comunicación

Imaxe de portada

©Jilbert Ebrahimi - Unsplash

ISSN: 2444-6653.

Novembro, 2017

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións verquidas nos artigos publicados. As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do Consello Editorial.

<https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

VERSIÓN EN GALEGO

- 7 Presentación
- 9 Xogarse o peello: unha visión clínica das autolesións
CARMEN CONDE DÍAZ
- 17 Inscricións corporais indelebles. Tatuaxes, escarificacións,
piercing e a súa lóxica cultural
ENRIQUE COUCEIRO DOMÍNGUEZ
- 29 Autolesións e marcas corporais: do conflito intrapsíquico
ás tribos urbanas na adolescencia
PABLO VILLARINO TORRADO
- 37 Encontros coa autolesión a través dun caso: experiencias
durante a residencia
ALMUDENA CAMPOS GONZÁLEZ / ESTHER REGUERA RODRÍGUEZ
- 44 Autolesións como estratexia autorreguladora cando non
contamos cunha vinculación segura
MARÍA BALSA GARCÍA
- 51 O dano en psicoterapia: confesións dun terapeuta
centrado no erro
ANTONIO OLIVES ALONSO

FERRAMENTAS

- 65 Autolesións: lugares comúns e experiencias clínicas
IGNACIO DOPICO GONZÁLEZ

ANUARIO ABERTO

● COMUNICACIÓN LIBRE:

- 83 Rehabilitación neuropsicolóxica en dano cerebral adquirido
en fase crónica. Á mantenta dun caso
ROCÍO ANDRADE-GRELA / SANDRA RUBIAL-ÁLVAREZ

● TRABALLOS PREMIADOS NAS XXI XORNADAS DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG:

- 91 COMUNICACIÓN ORAL:
Correlatos diferenciais entre o abuso de Internet e de
substancias
CRISTINA ALONSO / ESTRELLA ROMERO
- 96 COMUNICACIÓN ESCRITA-PÓSTER: Tratamento de noticias
de suicidio nun diario dixital
DE LA TORRE HERNÁNDEZ, H. / LÓPEZ CERDIDO, E. /
MARTÍNEZ LAMOS, E.

99 NORMAS DE PUBLICACIÓN

**A VERSIÓN
EN ESPAÑOL
COMEZA NA
PÁXINA 99**



Marta González Rodríguez

PSICÓLOGA CLÍNICA, CENTRO TERAPÉUTICO DE
MENORES CHAVEA (VILAGARCÍA DE AROUSA)

✉ marta.glez.riguez@gmail.com

É o que teñen as autolesións: non só te colocan, senón que tamén che permiten expresar o noxo que che inspiran o mundo e a túa persoa, controlar a dor física, gozar do ritual, das endorfinas, desa violencia sórdida, bestial e exercida contra un mesmo en privado e non facer dano a ningunha outra persoa. (...) Era perfecto. Atopara algo que, aínda que fose temporal, axudábame a funcionar mellor, a estar máis dispoñible, a non deixar á miña familia tirada, a poñerme a careta.

AUTOLESIÓNS, JAMES RHODES

Teño que recoñecer que este ano a elección non foi nada democrática, foi cousa miña directamente. Escollín este tema por varias razóns. Lembro cando empecei a traballar o pavor que me daban as autolesións, na miña mente simplificada «preparada-para-responder-preguntas-PIR», asociábase directamente ao TLP, e inmediatamente viñan á mente cuestións como manipulación, relacional, cronicidade, suicidio... Unha chea de termos que engadían medo e que axudaban pouco ou nada a pensar en como traballar. Pero na consulta foron aparecendo casos, e a exposición debeu de facer que o medo se reducise e aparecese a curiosidade por aprender, que axuda máis a traballar. Na mente xurdían cuestións sobre a utilidade desa conduta, que empecei a ver como máis frecuente e mesmo tamén en personalidades non «tipicamente límites» e con padróns que moitas veces non tiñan que ver co relacional... Pensaba na autorregulación emocional, pensaba na identidade... E en todo ese proceso mental de «despatoloxización» (o «minus» ou chámalle X), o DSM5 saca como posible novo diagnóstico o «trastorno de autolesións non suicidas». Volta ao patolóxico...

Máis recentemente, ademais de seguir vendo con frecuencia este comportamento, cae nas miñas mans unha novela autobiográfica que me impacta profundamente: *Instrumental*, de James Rhodes. As primeiras liñas desta presentación son unhas verbas que escribe sobre o momento en que empeza a usar os cortes como unha forma de ancoraxe para evitar perderse a si mesmo.

Así foi que llelo propuxen ao resto dos compañeiros e compañeiras do Equipo de Redacción e empezamos a pensar sobre o dano, tratando nun principio de darlle un enfoque máis amplo que a autolesión. Con todo, penso que se nos pechou o círculo de novo ao redor dos cortes, dado que os autores e as autoras así o quixeron nos seus artigos. Quizais realmente sexa un tema sobre o que é interesante pensar de forma detida para poder sentir e entender.

Abre o *Anuario* a compañeira psiquiatra Carmen Conde co seu artigo «Xogarse o peello», no cal achega unha ollada clínica e antropolóxica, comparte diferentes modelos explicativos e resalta o efecto que esta conduta produce na propia persoa terapeuta e como poderíamos responder ás nosas propias emocións.

O sociólogo Enrique Couceiro tamén quixo colaborar connosco e contribúe cunha guía sobre a función do dano contra a propia persoa en situacións culturalmente aceptadas. Fálanos no seu artigo «Inscripcións corporais indelebles» da lóxica cultural das tatuaxes, das escarificacións e dos *piercings*.

Pablo Villarino é un psicólogo con ampla experiencia na adolescencia. No seu artigo «Autolesións e marcas corporais» axúdanos a comprender a autolesión como un intento de acceso a certa identidade, nun momento xeral de crise das grandes estruturas sociais que non facilita a crucial tarefa evolutiva na adolescencia.

Almudena Campos e Esther Reguera achégannos unha visión intimista dun caso clínico que ambas trataron durante a formación como especialistas en Psicoloxía Clínica. O caso de A. é complexo; as autolesións son importantes e están moi presentes, chegando a determinar a intervención do persoal clínico.

María Balsa é unha psicóloga clínica que traballa no ámbito da infancia. No seu artigo fala da importancia do padrón de apego establecido na infancia como base para desenvolver capacidades de autorregulación e do déficit nestas áreas en moitos casos de autolesión. Ilustra cun par de casos clínicos a súa exposición.

Con Antonio Olives buscabamos a visión dun terapeuta familiar sobre a autolesión, pero el deulle outra volta, a cal sempre lle agradeceremos. Antonio fálanos da iatroxenia: o dano que nós podemos causar polo efecto do noso traballo; unha reflexión moi importante e que se fai con moita menos frecuencia da que se debería. Penso que é un artigo de obrigada lectura para calquera que queira empezar a exercer no noso ámbito.

Finalizamos a parte monográfica co psicólogo clínico Ignacio Dopico, que se fai cargo da sección «Ferramentas», a parte máis práctica do *Anuario*. O compañeiro fai unha moi boa revisión das posibles intervencións, mentres que rescata comunalidades e subliña o compromiso e a actitude terapéutica.

Publicamos tamén os dous traballos gañadores nas Xornadas da Sección de Psicoloxía e Saúde do ano pasado: «Correlatos diferenciais entre o abuso de Internet e de substancias» e «Tratamento de noticias de suicidio nun diario dixital». Parabéns ás persoas premiadas polo bo traballo.

Na parte «Anuario aberto», contamos coa colaboración de Rocío Andrade e de Sandra Rubial, as cales presentan un impecable caso de rehabilitación neuropsicolóxica en dano cerebral adquirido en fase crónica.

Como sempre, moitas grazas a todas as persoas autoras, ás miñas compañeiras e compañeiros de equipo, á directiva da Sección pola confianza e ao Colexio por axudarnos coa revisión lingüística.

Esperamos que gocedes da lectura tanto como nós da elaboración.

Marta González Rodríguez
DIRECTORA CONSELLO DE REDACCIÓN



unsplash.com
©Nathalie Rhea Riggs

XOGARSE O PELELLO: UNHA VISIÓN CLÍNICA DAS AUTOLESIÓNS

Carmen Conde Díaz

PSIQUIATRA, UNIDADE DE
SAÚDE MENTAL DE LUGO

✉ Carmen.Conde.Diaz@sergas.es

RESUMO: Os comportamentos autolesivos non suicidas en forma de escarificaci3ns est3n aumentando entre os adolescentes segundo todos os estudos. Esta 3 unha nova expresi3n do malestar dos mozos, nun momento clave do desenvolvemento; estamos ante un fen3meno que transcorre no l3mite do ps3quico e o social, favorecido pola crise de l3mites e de identidade da sociedade actual. Como conduta de ruptura precoz e factor de risco da conduta suicida 3 obxecto de debate e alerta social.

PALABRAS CLAVE: autolesi3ns, conduta autolesiva, automutilaci3n, escarificaci3ns, condutas non suicidas.

ABSTRACT: According to all studies, self-harming non-suicidal behaviours in the form of scarification are increasing among teenagers. This new expression of discomfort among youngsters, in a key stage of their development, brings us face to face with a phenomenon which takes place at the limit between what is psychic and what is social, favoured by both crisis of boundaries and identity, which are present in the current society. This is a conduct of precocious breaking and a risk factor of suicidal behaviour; therefore, it is a subject of discussion and a cause of social alert.

KEY WORDS: Self-damaging, self-harm, deliberate self-harm, self-cutting, scarification, non-suicidal behaviours.

SUMARIO:

- 1 Introduci3n.
- 2 Modelos de compresi3n.
- 3 Relaci3n entre autolesi3n e suicidio.
- 4 A autolesi3n como fen3meno psicosocial.
- 5 Adolescencia "a flor de pel".
- 6 Abordaxe terap3utica e contratransiencia.

O m3is profundo no home 3 a pel.

PAUL VAL3RY

A pel 3 a memoria, o relato dos nosos traumas, das nosas feridas, dos nosos praceres e de todas as cicatrices da existencia. A pel 3 unha narraci3n e conv3rtese no arquivo dun mesmo.

CHANTAL CLERCIER

REFERENCIAS BIBLIOGR3FICAS:

Anzieu, D. e S3chaud, E. (1985). *Le moi-peau* (Vol. 1). Paris: Dunod.

Brossard, B. (2010). L'automutilation: un rituel 3 m3me la peau?. *Enfances & Psy*, (4), 53-64.

Cantero, M. D. e Villavicencio, P. (2005). Corporalidad y trauma. En L. Montiel (Ed.), *Psicopatol3gia y fenomenol3gia de la corporeidad*. Madrid: Sociedad de Historia y Filosof3a de la Psiquiatr3a.

Castells, M. (1999). Internet y la sociedad red: Llic3 inaugural del programa de doctorat sobre la societat de la informati3 i el coneixement. *Recuperado el, 22*.

Clercier, C. (2006). *Un tissage aux fils de soi: contribution 3 une approche de la construction de l'identit3 des femmes par leur pr3sentation vestimentaire* (tese doutoral). Universit3 de Pau.

Corcos, M. e Richard, B. (2006). L'3motion mutil3e: approche psychanalytique des automutilations 3 l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(2), 459-476.

Douville, O. (2004). L'automutilation, mise en perspectives de quelques questions. *Champ psychosomatique*, 36 (4), 7-24.

Duverger, P. (2006) "Scarifications 3 l'adolescence". "A fleur de peau". <http://www.univ-angers.fr/>

Favazza, A. R. e Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283-289.

Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.

Freud, S. (2000). *El yo y el ello y otros estudios de metapsicolog3a*. Bos Aires: Alianza editorial.

Garel, P. (2008). L'automutilation superficielle 3 l'adolescence: le corps dans tous ses 3tats. *Cahiers critiques de th3rapie familiale et de pratiques de r3seaux*, 40(1), 227-235.

Jeammet, P. (1998) Violencia y narcisismo. *Revista N/A*, 11, 54-61.

Jeammet, P. (2007). L'adolescence aujourd'hui, entre libert3 et contrainte. *Empan*, 66(2), 73-83.

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.

Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P. e Walsh, B. (2011). Non-suicidal self-injury. *Advances in psychotherapy: Evidence-based practice*. Cambridge, MA: Hogrefe.

Le Breton, D. (2002). *Signes d'identit3: tatouages, piercings et autres marques corporelles*. Paris: M3talli3.

Le Breton, D. (2003). *Anthropologie du corps et modernit3*. Paris: PUF.

Le Breton, D. (2003). *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*. Paris: M3talli3.

Le Breton, D. (2004). *Conduites 3 risque*. Paris: PUF.

Lipovetsky, G. (2003). *De la ligereza*. Barcelona: Anagrama.

Lipovetsky, G. (2003). *La era del vaci3*. Barcelona: Anagrama.

L3pez Ortega, M A. (2012). *Autolesiones en las canciones, el cine y la literatura..* 13º Congreso Virtual de Psiquiatr3a.com Interpsiquis Universidad de La Salle, Morelia, M3xico.

Mauer, S. e May, N. (2015) Cortarse solo: Acerca de las autolesiones en la piel. *Controversias en Psicoan3lisis de Niños y Adolescentes* (16), 1-6.

Menninger, K. A. (1935). A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations. *The Psychoanalytic Quarterly*, 8, 408-466.

CONTINU3 NA
P3X. SEGUINTE

Mollà, L. et al. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.

Mosquera, D. (2008). *Autolesión. El lenguaje del dolor*. Madrid: Pléyades.

Muriel, E. e Campo, M. J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria e Internet: Una relación peligrosa. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría.com Interpsiquis.

Nader, A. e Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o síndrome. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14(1), 32-37.

Neuburger, R. (2006). Automutilation. Quelques généralités sur un nouveau symptôme. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), 145-154.

Pattison, E. M. e Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872.

Pommereau, X. (2006) *Ado à fleur de peau*. Paris: Albin Michel.

Pommereau, X., Brun, M. e Moutte, P. H. (2009). *L'Adolescence scarifiée*. Paris: L'Harmattan.

Richard, B. (2005). Les comportements de scarification chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(3), 134-141.

Santé Mentale (2009) Dossier Automutilations (143).

Scaramozzino, S. (2004). Pour une approche psychiatrique de l'automutilation: implications nosographiques. *Champ psychosomatique*, 36(4), 25-38.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.

Van der Kolk, B. A. (1989). Psychobiology of the trauma response. En B. Lerer e S. Gershon (Eds.), *New Directions in Affective Disorders* (pp. 443-446). Nova York: Springer.

Walsh, B. W. e Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. Nova York: Guilford press.

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 35-74.

1 | Introducción

Enténdese por autolesión ao dano autoinflixido deliberado e sen intencionalidade suicida que aparece con frecuencia entre os adolescentes entre 13 e 17 anos, fundamentalmente en forma de cortes superficiais ou escaificaciones, observándose un aumento importante da súa frecuencia nos últimos anos e unha alerta crecente nos medios por esta tendencia xuvenil.

A autolesión superficial ou moderada, coas súas modalidades compulsiva ou impulsiva e episódica ou repetitiva, é unha das catro categorías da clasificación fenomenolóxica das automutilacións feita por Favazza (1989), a máis empregada actualmente (Deliberate Self Harm Syndrome). Este considérase como unha resposta patolóxica á falta de regulación emocional, propoñendo un modelo funcional para a realización de avaliacións clínicas, que inclúen a comprensión dos antecedentes do acto, os desencadeantes, os sentimentos e os pensamentos concomitantes e as vulnerabilidades asociadas.

Ao ser un acto fundamentalmente solitario e secreto, hai que ser prudente en canto aos datos epidemiolóxicos diferentes segundo os estudos. A súa prevalencia en rapazas estímase no 6-7% e en rapaces no 1,5-2%. Un 50% terían antecedentes de abusos sexuais na infancia.

Considéranse **autolesións típicas** as pequenas incisións (*delicate self-cutting*) en pulso, antebrazo e coxas, paralelas ou en forma de rede. Danse sobre todo en mulleres, durante a puberdade e en momentos claves da adolescencia. Fanse de forma premeditada e ás veces ritualizada, con obxectos cortantes que teñen en ocasións outra función e que se ocultan. Poden ser impulsivas en momentos de gran tensión. Xeralmente repítense, ás veces de forma compulsiva, aínda que raramente se converten nun comportamento duradeiro. Deixan cicatrices finas que se borran co tempo. É un acto segredo que raramente se exhibe. Poden aparecer en lugar ou despois de crisis de bulimia. As queimaduras con chisqueiro ou cigarros, que representan un 25% das autolesións, serían máis frecuentes en vítimas de agresión sexual.

As **autolesións atípicas** serían sintomáticas de maior gravidade. Máis frecuentes en varóns, aparecen antes da puberdade ou despois dos 16-18 anos. As incisións realízanse noutras partes do corpo como no abdome ou nos xenitais (trastorno da identidade, trastornos graves da personalidade). Se se presentan na cara, importante referente de identidade, serían evocadoras de psicose. Ás veces obsérvanse inscricións de palabras mórbidas. Os métodos utilizados son máis perigosos e violentos. Adoitan acompañarse de illamento social.

Nas clasificacións internacionais CIE-10 e DSM-V non se atopan criterios diagnósticos para o comportamento autolesivo, que se considera como unha «condición que require maior estudo».

As autolesións poden atoparse en distintas patoloxías: 1) trastornos de personalidade fundamentalmente do grupo B (antisocial, histriónico e límite); 2) trastorno xeral do control dos impulsos, relacionándose coas condutas aditivas, o abuso de substancias e a bulimia (asociación frecuente); 3) trastornos disociativos; e 4) depresión.

Aínda que estas condutas aparecen nos pacientes con trastorno límite da personalidade («sobreevaluación do diagnóstico entre os que se autolesionan», Yates, 2004), non están en relación con ningunha estrutura psico-

patolóxica específica. Na súa inmensa maioría estas condutas preséntaas un grupo heteroxéneo de mozos sen patoloxía psiquiátrica, pero que sofren polas feridas reais ou imaxinarias da súa existencia.

A meirande parte dos estudos anglosaxóns do que eles chaman *self-harm* ou *self-cutting* son fundamentalmente epidemiolóxicos, como resultado de investigacións, programas de prevención e estudos sociolóxicos que presentan unhas clasificacións descritivas e ateóricas.

2 Modelos de comprensión

Os intentos de comprensión actuais son transnosográficos e abordan as funcións da autolesión (Klonsky, 2007) como a regulación emocional, o alivio dunha ansiedade difusa, a obtención de sensacións, o autocastigo e a busca de límites psíquicos ante unha vivencia disociativa.

O exceso de modelos de comprensión traduce a súa complexidade. Suyemoto en 1998 fixo unha síntese dos mesmos:

1. Modelo medioambiental: focalízase na interacción coa contorna.

A. Terapia condutivo-condutual: este comportamento sería unha forma de control sobre os outros. Nun «modelado familiar abusador», esta conduta consideraría-se como adaptada e a dor asociaríase aos cuidados obtidos. É útil entender as experiencias de vulnerabilidade dolorosa e as estratexias desenvolvidas para afrontalas como secuelas de sistemas relacionais disfuncionais. No modelo do castigo, Marsha Linehan (Mosquera, 2008) expón que os suxeitos que foron criados en ambientes desfavorables aprenden que o castigo é aceptable e incluso necesario para moldear comportamentos; a autolesión sería entón unha medida de autocontrol.

B. Terapia familiar sistémica: a autolesión sería unha forma de expresar os conflitos familiares mantendo a homeostase e desviando a atención da súa disfuncionalidade.

2. Modelo psicodinámico.

A. Modelo antisuicidio: a autolesión evita o suicidio ao canalizar as tendencias autodestrutivas. Para Menninger (1935), pioneiro do estudo psicodinámico destes fenómenos, estamos ante un paradoxo; o síntoma é unha tentativa de autocuración, unha forma de evitar o suicidio.

B. Modelo sexual: A relación coa sexualidade vén dada pola súa aparición durante a puberdade, a súa maior frecuencia en mulleres que interiorizan máis o seu malestar e o seu descontento cun corpo en proceso de cambio difícil de asumir, a súa correlación cos abusos sexuais e a elevada incidencia de sexualidade precoz. A frecuente revelación de abusos sexuais falaría dunha identificación co agresor. As persoas que foron obxecto de abusos físicos e sexuais crónicos son moi ambivalentes respecto do seu autocoidado e teñen pouco sentido da propiedade dos seus propios corpos, que son percibidos de forma negativa. Non é estraño pois que os utilicen para liberar a tensión provocándose autolesións.

3. Modelo de regulación dos afectos.

A autolesión produce unha dor física que materializa o sufrimento emocional mal identificado e que non se pode expresar. Existe unha incapacidade do suxeito para verbalizar as súas emocións, unha dimensión alexitímica.



unsplash.com
©Cristian Newman

4- Modelo dos límites psíquicos.

Sostén que o suxeito non desenvolveu un sentido de identidade integrado, cunha dolorosa dificultade para separarse de obxectos significativos. O medo ao abandono suscita emocións intensas que ameazan ao eu do suxeito. A súa falta de límites faulle vivir toda perda como unha perda de si mesmo e toda aproximación afectiva coma un risco de fusión.

A pel representa un límite fundamental entre o eu e os outros, entre o interno e o externo. Existiría unha proxección sobre a pel de procesos inconscientes; «a pel é un lugar de fabricación de identidade» (Anzieu, 1985). As expresións coloquiais como «salvar o peullo», «xogarse a pel» e «meterse na pel de alguén» demostran que a pel e o eu se confunden. A autolesión reforzaría unha representación do eu separado e diferenciado. Nun estado dissociativo, os cortes permitirían reconectar co mundo a través da dor, mentres que na despersonalización o sangue permitiría reconectar o individuo co propio corpo.

5- Enfoque multifactorial en cinco dimensións independentes: ambiente, cognición, dimensión afectiva, comportamento e bioloxía (Bessel van der Kolk en 1998 propuxo a hipótese de que a autolesión descarga opiáceos endóxenos).

3 Relación entre autolesión e suicidio

A relación é complexa e a miúdo se confunden. Hai autores que consideran a autolesión como unha protección ante o suicidio, ao producirse unha liberación da tensión e dos afectos negativos. A autolesión moderada ou superficial non se considera unha tentativa de suicidio. Con todo, non hai que esquecer que a autolesión é un importante factor de risco do acto suicida consumado. Os pacientes con trastornos límites da personalidade que se autolesionan tamén se suicidan máis que os outros.

Walsh e Rosen (1998) propoñen catro variables para distinguilos: 1) intención de matarse, ás veces difícil de avaliar; 2) dano físico resultante; 3) frecuencia e cronicidade; 4) métodos utilizados.

Pattison e Kahan (1983) distinguen: 1) **as automutilacións impulsivas** que aparecen en rapaces que empregan diversos métodos e cuxa letalidade é pouco importante. Son percibidas como unha manipulación ou unha chamada de atención. Os pensamentos de morte son pouco frecuentes e van acompañados dun abuso moderado de alcol e medicamentos. E 2) **comportamentos suicidas**, máis frecuente en homes maiores de 45 anos, cuxa mortalidade é elevada, e van acompañados dun abuso moderado de alcohol e medicamentos. O método é único e é percibido pola contorna como algo grave ou coma unha petición de axuda. Aparecen pensamentos recorrentes sobre a morte.

Por outra banda, hai que diferenciar as autolesións das tentativas de suicidio por venodisección ou flebotomía, aparecendo estas últimas nun contexto de agresividade ou de crise. Os anglosaxóns distinguen os a) *coarse cutters*, deprimidos, suicidas, que se fan cortes profundos e perigosos, co método máis á man; e b) *delicate cutters*, non son suicidas, que non notan a dor, non se asustan ao ver o sangue, córtanse de xeito ritualizado e exhiben os seus cortes.



unsplash.com
©Joshua Jordan

4 A autolesión como fenómeno psicosocial

O aumento das autolesións nos últimos anos entre os adolescentes, así como o das inscricións corporais, tatuaxes e *piercings* demostran o impacto da evolución sociocultural sobre a expresión dos trastornos psíquicos. Fálase disto no cine, nas cancións, na literatura e en Internet. O contaxio observado en distintas colectividades (cárceres, unidades de hospitalización de adolescentes, internados) é o primeiro argumento para facer unha lectura sociocultural. Durante a adolescencia o grupo de iguais é importante para desenvolver o proceso de separación e individuación propio deste período, necesario para lograr a autonomía e a identidade como suxeito.

O auxe que alcanzaron as novas tecnoloxías nas últimas décadas así como a súa rápida expansión propiciaron a aparición de fenómenos novos que nos permiten relacionar algúns dos síntomas ou das patoloxías recentes coa formación de grupos durante a adolescencia. Nun «narcisismo colectivo» xúntanse os que se parecen e comparten os mesmos problemas existenciais. «O narcisismo atopa o seu modelo na psicologización do social, na subxectivización de todas as actividades» (Lipovetsky, 2003). Considérase que a evolución da sociedade co seu impacto no desenvolvemento psicoafectivo infantil tende a favorecer patoloxías do narcisismo onde o acto predomina. Nunha cultura que propicia a acción como linguaxe predominante e nunha sociedade baixo a «tiranía das aparencias», as transformacións inducidas pola puberdade son a miúdo traumáticas.

Calquera estudo de prevención, desde o diagnóstico ata o tratamento ou a reinserción social, deberá contemplar Internet como favorecedor das condutas autolesivas, cuxo contaxio é coñecido. Existe un aumento de casos, pero tamén da súa mediatización. Os adolescentes falan diso nas consultas (práctica secreta e solitaria), mais tamén nesa ágora xuvenil que é Internet (práctica verbalizada e reivindicada). Incluso no adolescente que o nega ou o esconde existe un desexo secreto de recoñecemento. A Academia Americana de Pediatría alerta da influencia dos máis de 5.000 vídeos explícitos en YouTube, sobre os adolescentes en pleno desenvolvemento.

As chamadas páxinas pro-SI (*self-injury*) propoñen e promoven a utilización da dor autoinflixida como unha forma de afrontar os episodios de angustia tan frecuentes na adolescencia. Estas páxinas hoxe independentes, xurdiron hai poucos anos no ámbito das páxinas pro-trastornos da alimentación, asociando as autolesións coa perda de peso e especificando con canta dor ao día e en que zonas se queimaban tantas calorías. Posteriormente propuxeron a dor como forma de autocontrol sobre o propio organismo e a sensación de fame e ademais como unha forma de autocastigo tras a inxestión de alimentos (Muriel e Campo, 2006). Para o adolescente que se recoñece como «pro-SI», a conduta converteríase nun aceno de identidade, a única cousa que lle pertencería como propia. O que era episódico podería converterse en crónico e ritualizado, como unha adicción que se reforzaría coa práctica constante e que perdería progresivamente o seu senso. Non obstante, para contrarrestar a alerta por estas páxinas, un estudo da British Telecom demostra que Internet é un instrumento que desenvolve pero que non cambia comportamentos. «Son os comportamentos os que se apropian de Internet, onde se amplifican e se potencian» (Castells, 1999). Ademais, hai que engadir que existen numerosísimas páxinas web, foros e comunidades virtuais cuxo obxectivo é a información e a prevención do «contaxio», dirixidos tanto a pacientes como a familiares e profesionais.

Se a sociedade represiva favorecía a patoloxía dos conflitos, a sociedade liberal favorece a patoloxía dos límites, do vínculo e da dependencia (Jeammet, 2007).

“Nunha cultura que propicia a acción como linguaxe predominante e nunha sociedade baixo a «tiranía das aparencias», as transformacións inducidas pola puberdade son a miúdo traumáticas”

5 | Adolescencia «a flor de pel»

É difícil falar de adolescencia sen falar do corpo, unha etapa na que a imaxe corporal e a sexualidade adquiren importancia. «O Eu é antes de nada corporal» (Freud, 2000), derivado principalmente das sensacións da superficie corporal. Segundo Bion, «a emoción provén do corpo e é a nai de todos os pensamentos».

Parece interesante expoñer aquí os estudos de dous autores, Xavier Pommerau (2006 e 2009) e David Le Breton (2002, 2003 e 2004). Para **Xavier Pommerau, especialista en adolescencia**, estas condutas, vistas durante longo tempo como marxinais e case patognomónicas de trastornos graves da personalidade, considéranse actualmente como condutas precoces de ruptura, asociadas a un aumento de risco suicida. Non se trataría dunha nova patoloxía, senón dunha nova expresión do malestar dos mozos unida á transformación dos soportes da identidade.

Os desmaios antes frecuentes no medio escolar terían dado paso a condutas de evitación (fobias escolares) e a condutas que atacan ao tubo dixestivo (crises de bulimia) ou á pel, persistindo o seu carácter espectacular.

A crise de adolescencia actual sería máis unha crise de límites e identidade que unha crise interxeracional. Nas familias contemporáneas o fillo é o centro de todo, desde a súa concepción ata fases avanzadas do seu desenvolvemento. Inténtase protexelo máis que contelo. Este defecto de contención e de límites faría confusos os intercambios entre a realidade interna e a externa. O adolescente buscaría entón liberarse desta opresión, pero, paradoxalmente, permanecendo na familia.

Nun senso clínico cortarse, sendo ao mesmo tempo vítima e verdugo, suporía un desafogo e paralelamente a inscrición na pel da pegada da separación. As marcas asegurarían a continuidade de si mesmo e a súa diferenciación, suscitarían a confrontación cos adultos e confirmarían a súa pertenza ao grupo de iguais. Para os que van ben sería un xeito de diferenciarse, pero para os que non van ben suporía unha ruptura.

O verse autolesionándose e sangrando é o que tranquiliza; velo significa controlalo. O sangrado, como o vómito tras unha crise de bulimia, tería unha significación catártica, para a maioría sería unha purificación. Pola contra, as queimaduras parecerían máis un castigo como resposta a un sentimento de culpa.

O **enfoque antropolóxico** que fai Le Breton, antropólogo especializado no corpo e nas condutas de risco, relativiza a dimensión patolóxica destes fenómenos. A pel que reviste o corpo e participa da aparencia sería para o adolescente unha fonte de identidade, un «pasaporte identitario fundamental», xa sexa de xeito lúdico (tatuaxe, *piercing*), xa sexa de xeito doloroso (escarificacións).

A propia estima sería o resultado da mirada dos demais. As condutas de risco terían a súa orixe no abandono e na indiferenza familiar, pero tamén na sobreprotección, especialmente materna. «Cámbiase o corpo cando non se pode cambiar o contorno».

Esta necesidade de facerse dano para sufrir menos, de comprobar as fronteiras do corpo para asegurarse da propia existencia, tería enormes variedades individuais e a súa significación íntima sería polisémica.

O sufrimento psíquico destrúe os límites do eu, o corte devolve a sensación de estar vivo e restablece as fronteiras do mesmo. O paradoxo da ferida deliberada é a de cerrar a brecha do sufrimento, é un «recurso antropo-

“A pel que reviste o corpo e participa da aparencia sería para o adolescente unha fonte de identidade, un «pasaporte identitario fundamental», xa sexa de xeito lúdico (tatuaxe, piercing), xa sexa de xeito doloroso (escarificacións).”

lórico» de loita contra un sufrimento maior, un remedio contra a desintegración persoal. «Existo porque sinto e a dor o testemuña».

A escarificación imprime na pel un sufrimento imposible de representar doutro xeito, o materializa e o extirpa dun mesmo. A dor consentida procura unha sensación brutal de realidade que lles falta a certos adolescentes. Se as autolesións parecen comprometer a vida e poñela en perigo, tamén a protexen, «castigar a pel para salvar o pelo».

A incisión corporal daría testemuño dunha serie de transgresións insoportables para a nosa sociedade occidental: 1) as fronteiras do corpo, pois a pel é un recinto infranqueable cuxo desgarrar provoca espanto; 2) o dano a un mesmo é impensable e evoca a loucura, o masoquismo ou a perversidade; 3) facer fluír o sangue, a súa simple vista provoca desmaios ou pánico en moitas persoas; 4) xogo simbólico coa morte, pois imita a aniquilación de si mesmo.

6 | Abordaxe terapéutica e contratransferencia

Como fenómeno complexo no límite do psíquico e do social (Mauer, 2015) existe o risco da banalización que esquece o sufrimento subxacente, aínda que tamén hai que evitar a súa excesiva dramatización.

Pola súa espectacularidade, téndese a considerala como unha situación de crise cando en realidade se trata dunha conduta «habitual», un xeito de expresarse e de comunicarse co contorno. Esta función comunicativa non debe de facer esquecer o seu aspecto autorregulatorio que parece fundamental. Quen se autolesiona non adquiriu habilidades para calmarse e controlar o estrés e a frustración.

É un acto pouco comprensible e con frecuencia intolerable para o contorno a quen se dirixe e ao que sen ningunha dúbida agride, aínda que se recorra a el polo seu efecto intrapsíquico, máis que polo seu impacto relacional. Ningún tratamento para as autolesións demostrou suficiente evidencia. Os límites terapéuticos veñen dados porque a autolesión é unha defensa contra a angustia. «Nada hai máis difícil que propoñer un tratamento a alguén que xa atopou o seu» (Neuburger, 2006). Como é unha estratexia de adaptación, interésanos saber o que subxace. Para evitar a repetición, un bo tratamento ideal axudaría a expresar o sufrimento doutro xeito e a conter mellor as emocións intensas axudándolle a facer un novo relato sobre si mesmo.

Os terapeutas vense confrontados á violencia e ao discurso pobre e estereotipado dun adolescente incapaz de explicar o seu xesto e cánsanse de ver sempre as mesmas pacientes con novos cortes. Custa posicionarse entre a banali-



unsplash.com
©Christian Newman

zación total e as medidas de represión. As reaccións contratransferenciais mal controladas adoitan ocasionar actitudes punitivas, hospitalizacións forzadas e tratamentos masivos. Varios autores sinalan que estes pacientes adoitan ser obxecto de malos tratos nos hospitais e a miúdo se lles suturan as feridas sen anestesia nos servizos de urxencias.

O paciente oponse á busca de senso ao seu acto, que lle serve para non pensar e para negar a influencia que teñen os demais sobre el. Descríbense modalidades transferenciais e contratransferenciais parecidas ás que suscitan os pacientes que se consultan tras un trauma. O discurso meramente informativo e moi descritivo suscita sentimentos de lasitude e impotencia e ata certo horror cando as imaxes son moi crúas.

Un campo de observación privilexiado é o **medio hospitalario**, onde as autolesións poden converterse en «epidemia» e dar lugar a unha angustia contaxiosa, cun efecto desorganizador para a institución. O paciente pode provocar impotencia, horror, culpabilidade, noxo, tristeza e ira. A reacción común é o rexeitamento, poucos pacientes poden producir tal exasperación. Se o equipo se sente desbordado, o paciente non se sentirá protexido, alimentándose o círculo vicioso. A demanda do paciente é contraditoria e a resposta da institución vívese como unha intrusión inadmisíble, «o meu corpo pertéceme», ou coma un abandono. Malia que o paciente lle reprocha ao equipo psiquiátrico a súa falta de dispoñibilidade e a súa incapacidade para axudalo, fai o mesmo tempo unha negación da súa dimensión heteroagresiva, da súa necesidade de axuda e da súa situación de dependencia. A dimensión relacional non é aceptada e o paciente reivindica que o acto só ten significado para si mesmo.

A resposta axeitada ten que conciliar as mostras de interese, a reintrodución de límites, de diferenciación e de distancia, tendo en conta a agresividade transferencial e contratransferencial. «A expresión e o manexo flexible da nosa propia agresividade é a miúdo tranquilizadora para o paciente» (Richard, 2005). «A miúdo hai que actuar para ser entendido»; pódese propoñer o descanso frecuente, programado e non reactivo na habitación, que evita o rexeitamento. O paciente séntese contido e atendido, introducíndose un límite e unha distancia. É moi importante non esquecer o resto dos pacientes que poden estar tentados de recorrer aos mesmos medios de expresión, se o tratamento especial a un deles se vive como un privilexio.

En xeral hai que manter unha postura aberta diante do individuo en construción que é o adolescente. Máis que unha actitude reactiva tinguida de afectos, o esencial é ter unha actitude reflexiva. Comprender e conectar coa experiencia subxectiva dos adolescentes que se cortan debe ser o noso obxectivo.

Isto pode facilitarse se entendemos as autolesións como unha «tentativa de tratamento dunha problemática particular da adolescencia, durante a cal o corpo se vive como estraño. Este tratamento non parece desprovisto de eficacia, pois a meirande parte se cura espontaneamente aos 20 anos, foran tratados ou non, coa excepción dos que teñen un diagnóstico psiquiátrico» (Neuburger, 2006).

“Máis que unha actitude reactiva tinguida de afectos, o esencial é ter unha actitude reflexiva. Comprender e conectar coa experiencia subxectiva dos adolescentes que se cortan debe ser o noso obxectivo.”

INSCRICIÓN CORPORAL INDELEBLE. TATUAXES, ESCARIFICACIÓN, PIERCING E A SÚA LÓXICA CULTURAL

Enrique Couceiro Domínguez

SOCIÓLOGO. DOUTOR EN ANTROPOLOXÍA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

✉ enrique.couceiro.dominguez@udc.es

RESUMO: As inscricións corporais veñen sendo obxectos de exame teórico por parte de diferentes enfoques antropolóxicos alternativos. Estas abordaxes salientan, segundo o caso, o seu carácter de prácticas do corpo implicadas nos procesos perceptivos e existenciais; os seus usos como estratexias de ideación, comunicación ou disputa da realidade sociocultural; a utilización simbólica do corpo como transunto da sociedade; o seu emprego como prácticas de biocontrol ou como recursos para a rebeldía; ou a vestimenta como demarcador de orixe e pertenza. Tras un repaso dos devanditos paradigmas, preséntanse catro estudos etnográficos sobre a tatuaxe ou a escarificación, ilustrando a especificidade e complexidade de formulacións e sentidos localmente asociados á arte corporal incisa. As conclusións propoñen a indelebilidade encarnada das inscricións corporais, e non o seu carácter «cruento», como trazo universalmente diacrítico e pretendido: aquel que constitúe a condición de posibilidade para calquera combinación específica dos restantes sentidos dados a tales prácticas.

PALABRAS CLAVE: tatuaxe, cultura, *embodiment*, indelebilidade, dor.

ABSTRACT: Body inscriptions are objects of theoretical examination by different alternative anthropological approaches. Depending on the case, these approaches emphasize their character of 'body practices' involved in existential and perceptual processes; their use as strategies of ideation, communication, or dispute about sociocultural reality; the symbolic use of the body as a transcript of society; the employment of such inscriptions as practices of biocontrol, or as resources for rebellion; or the "dressed body" as indicator of origin and belonging. After a review of these paradigms, four summaries of ethnographic studies on tattoo or scarification illustrate the specificity and complexity of approaches and directions locally associated with the tattooed body art. In the conclusions, I propose the embodied indelibility of body inscriptions, and not their 'bloody' character, as their universally diacritic and intended trait: the feature that becomes the condition of possibility for any specific combination of the remaining senses given to such practices.

KEY WORDS: tattoo, culture, embodiment, indelibility, pain

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Experiencia incorporada, sentido simbólico e función psicosocial: a mirada antropolóxica das prácticas de inscrición corporal.
- 3 Tatuaxe, escarificacións e arte corporal en sociedades oceánicas e africanas.
- 4 Tatuaxe, individuación e identificación grupal nas sociedades urbanas occidentais.
- 5 Conclusión. Indelebilidade e pluralidade de sentidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México, FCE.
- Bell, F. L. S. (1949). Tattooing and Scarification in Tanga. *Man*, 49, 29-31.
- Bohannon, P. (1956). Beauty and Scarification Amongst the Tiv. *Man*, 56, 117-121.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18, 5-47.
- Douglas, M. (1978). *Simbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- Ellen, R. F. (1977). Anatomical classification and the semiotics of the body. En J. Blacking (Ed), *The Anthropology of the Body*. Londres: Academic Press.
- Feldman, A. (1991). *Formations of Violence*. Chicago: University of Chicago Press.
- Firth, R. (1936). Tattooing in Tikopia. *Man*, 36, 173-177.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad, 1: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Gell, A. (1993). *Wrapping in images. Tattooing in Polynesia*. Oxford: Clarendon Press.
- Jackson, M. (1983). Knowledge of the body, *Man*, 18, 327-45.
- Le Breton, D. (2006). Signes d'identité: tatouages, piercings, etc. *Journal français de psychiatrie*, 24, 17-19.

Leach, E. (1981). *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI.

Lock, M. (1993). Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge. *Annual Review of Anthropology*, 22, 133-155.

Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.

Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Michael, J. (1998). Dressing Shibboleths: Costume and Community in the South of France. *The Journal of American Folklore*, 111, 146-172.

Morinis, A. (1985). The Ritual Experience: Pain and the Transformation of Consciousness in Ordeals of Initiation. *Ethos*, 13, 150-174.

Rappaport, R. (2003). *Ritual y religion en la formación de la humanidad*. Madrid: Akal.

Rosenblatt, D. (1997). The Antisocial Skin: Structure, Resistance, and "Modern Primitive" Adornment in the United States. *Cultural Anthropology*, 12, 287-334.

Schildkrout, E. (2004). Inscribing the Body. *Annual Review of Anthropology*, 33, 319-344.

Sinclair, A. T. (1909). Tattooing of the North American Indians. *American Anthropologist*, 11, 362-400.

1 | Introducción

Para unha reflexión sobre a lóxica sociocultural das inscricións corporais indelebles, incluído a chamada «arte corporal incisa», creo conveniente comezar coa presentación das principais abordaxes teóricas que en antropoloxía privilexiaron distintos ángulos singulares do fenómeno: o seu carácter de prácticas corporais, a peculiaridade dos seus significados culturais, a función da dor no contexto ritual, a biopolítica ou a resistencia corporeizada, entre os máis significativos.

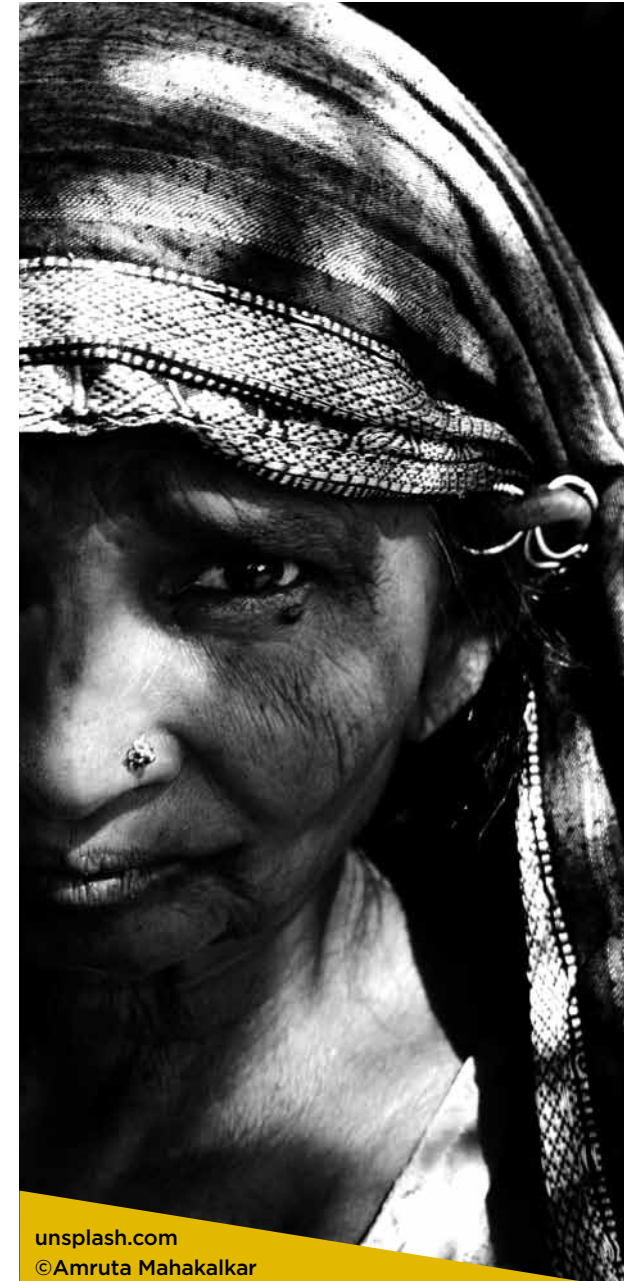
2 | Experiencia incorporada, sentido simbólico e función psicosocial: a mirada antropolóxica das prácticas de inscrición corporal

O paradigma do *embodiment* –corporeización ou encarnación– prosperou na teoría antropolóxica durante as últimas décadas, centrándose na análise que as prácticas do corpo desempeñan nos procesos da percepción e da experiencia. Compartindo o seu enfoque fenomenolóxico, distintos autores coinciden no esforzo por superar o hiato entre o coñecemento e a práctica, tratando para iso de descentrar a construción meramente cognitiva da experiencia, e de desmontar dualidades categoriais primordiais como mente/corpo, subxectivo/obxectivo e natureza/cultura. O que demandan é o recoñecemento da centralidade protagonista do corpo na existencia, sempre situado no seu contexto sociocultural real e concreto.

Non entro a considerar neste lugar o máis que dubidoso éxito que a teoría do *embodiment* poida alcanzar en canto á demolición categórica de tales dualidades analíticas. Pero o enfoque ten o mérito de ensaiar unha vía de conciliación entre a teoría e a práctica, e de mostrar que na análise antropolóxica non pode ignorarse a subxectividade e a súa relación coa bioloxía e a sociedade. Para iso, os avalistas do *embodiment* apártanse da clásica tendencia sociolóxica a retratar o corpo como un patrón pasivo para a organización social, ou como un obxecto situado no dominio do «biolóxico», e desconectado da mente. En cambio, conciben o *embodiment*, a experiencia corporal, como previa á conciencia; ou tratan de sortear a alusión á conciencia, substituíndoa pola mera percepción, como defende Csordas (1990), apoiándose no concepto de «preobxectivo», tomado de Merleau-Ponty (1962).

Dado que a distinción suxeito-obxecto é un produto da análise, e os obxectos en si mesmos son resultados finais da percepción máis que ser dados empiricamente á percepción, é necesario un concepto que nos permita estudar o proceso corporeizado de percepción desde o principio ata o final, e non á inversa. Para este propósito, Merleau-Ponty ofrece o concepto de *preobxectivo*.

Con todo, aínda que tal teoría aborde a constitución preobxectiva da percepción, baseándose nos conceptos de «técnicas do corpo»¹ de Mauss, e de *habitus* de Bourdieu (1977), non postula que a existencia corporeizada sexa previa á cultura, senón que ao comezar polo preobxectivo –pola percepción corporeizada– expón algo «preabstracto», non «pre-cultural», ofrecendo aquel concepto á análise cultural un proceso humano inconcluso de aceptación e habitación do mundo cultural.



unsplash.com
©Amruta Mahakalkar

Este enfoque leva unha crítica aos paradigmas hermenéutico e simbolista que orientan boa parte da investigación antropolóxica, consagrados á interpretación de sentidos culturais, e a fenómenos de clasificación e diferenciación; enfoques que priman os procesos lingüísticos, discursivos, semánticos e socio-estruturais transmitidos na construción e na expresión da experiencia, e que viñeron desestimando relativamente a importancia crítica do papel que as emocións, as vivencias físicas do corpo –para Csordas, «o corpo é o terreo existencial da cultura»– e a percepción individual desempeñan na mesma. Convén resaltar desde o enfoque do *embodiment*, como significativa en relación ao tema das inscricións corporais que aquí abordo, a tese de Jackson (1983): o corpo non é un pasivo «convidado de pedra» na incorporación da experiencia, senón que as prácticas corporais pautadas procrean imaxes mentais e instilan calidades morais; as prácticas corporais median unha relación persoal dos valores sociais.

Con todo, as abordaxes sociolóxicas, interpretativas e simbolistas resultan ineludibles para calquera análise antropolóxica do corpo e os seus usos como *loci* de construción, ideación, comunicación, e mesmo disputa da realidade social e cultural. Xa Mauss (1979), partindo da convicción de que toda expresión corporal (xestualidade, movementos, etc.) é adquirida por aprendizaxe (educación e mímese), entendía que o corpo é simultaneamente o obxecto orixinal sobre o que a cultura efectúa o seu traballo, e a ferramenta orixinal coa que se obtén a cultura. Para este antropólogo francés, as «técnicas do corpo»¹ utilizadas tanto de xeito ritual como cotián, corresponden ao cartografado sociocultural do tempo e o espazo; é dicir, o corpo é un obxecto tan socioculturalmente modelado e condicionado como a súa posta en escena (Lock, 1993).

Douglas (1978) insiste en que os sistemas clasificatorios fan uso dos «símbolos naturais» –como os límites internos e externos do corpo; os seus orificios, as súas partes, membros e disposicións, o sexo, a complexión, etc.– para reproducir e fixar no tempo e no espazo a estrutura social e a orde moral dominantes mediante homoloxías de tipo metafórico e metonímico, convertendo, por exemplo, o corpo nunha concreción simbólico-práctica da sociedade e a convivencia, e nunha paisaxe moral. Ditos sistemas clasificatorios e morais asumen resoltamente principios de holismo, inclusión e unidade; pero á vez, constitúen ideoloxías que xustifican, coa rotundidade da naturalización, xerarquías, diferenzas e exclusión social. A postura teórica de Ellen (1977) resulta singular porque, recoñecendo a importancia dunha interacción triádica entre o cerebral, o material e o social, considera que o impulso activo corresponde en última instancia ao condicionamento sociocultural: é a cultura o que concreta o sistema clasificatorio. En suma, a perspectiva sociocultural e simbólica, que reformula o problema do corpo como unha cuestión de semiose social –combinada cun maior ou menor recoñecemento do papel decisivo da axencia individual–, impera nas análises antropolóxicas da maioría das etnografías sobre as prácticas de incisión corporal.

Ademais dos dous marcos paradigmáticos que presenteí, cabe considerar outras aproximacións que nalgún caso tenden a articularlos, aínda que apuntan a formulacións diferentes, e así mesmo relevantes para a reflexión antropolóxica sobre as inscricións corporais indelebles. Así, nunha liña próxima ao enfoque do *embodiment*, que trata de indagar nos efectos mentais intencionalmente buscados da experiencia física, sen eludir concertar esta sondaxe coa característica función ritual de produción semántica e indexical de sentidos, Morinis (1985) expón por que as prácticas cruentas que intensifican a dor corporal están case universalmente presentes nas probas de iniciación ritual. As incisións cruentas, como a tatuaxe, as escarificacións, as circuncisións, as infibulacións, as amputacións de falanxes e demais, son submodalidades das probas iniciáticas dependentes da tradición cultural considerada, e ás veces non vinculadas a rituais de sentido social –como é o caso en Occidente

“As incisións cruentas, como a tatuaxe, as escarificacións, as circuncisións, as infibulacións, as amputacións de falanxes e demais, son submodalidades das probas iniciáticas dependentes da tradición cultural considerada, e ás veces non vinculadas a rituais de sentido social”

¹ Actos eficaces tradicionais cuxo actor supón de tipo mecánico, físico ou químico, como a xestualización, o camiñar, o modo de sentarse, etc. Enténdese que a miúdo tales actos danse exonerados de atención consciente.

de moitas das tatuaxes, *piercings* ou incisións terapéuticas-. Con todo, Morinis aprecia que aínda que a simbolización de valores culturais adscritos a homes ou mulleres, ou a simultánea indicación de cambios no status e condición sociais dos neófitos sexan importantes obxectivos das probas iniciáticas, o sometemento a estes transos non se explica por eles, senón que vai máis aló: o sufrimento que causan diríxese a unha «intensificación da experiencia» vivida, que provoque unha transformación da conciencia do iniciando. Apoiándose en Rappaport (2003), sinala que a eficacia do ritual estriba, máis aló do puramente convencional, na súa extensión ao orgánico, producíndose así a articulación de procesos psicosociais privados coas ordes públicas; e que inflixir dor en tales contextos é «recomendado» ou prescrito nas tradicións da maioría das sociedades polo eficaz papel que a súa experiencia desempeña á hora de consumir o cambio psíquico e social que pretende inducirse mediante o rito de paso.

Pola súa profunda e expresa proxección sobre as representacións antropolóxicas do corpo, e –por inclusión– sobre as súas implicacións respecto dunha teoría das incisións corporais, é mención obrigada a do concepto de «biopoder» –o control político pola sociedade dos individuos, nos seus corpos e cos seus corpos– desenvolvido por Foucault (2005). Resultou especialmente influente o interese deste autor pola vixilancia institucionalizada a través de «técnicas disciplinarias», cuxa aplicación sistemática produce corpos dóciles. Desde este marco teórico, pode afirmarse que os ritos de iniciación á idade adulta, coas modificacións corporais que comportan, así como as marcacións ao ferro de escravos ou prisioneiros, representan modalidades de técnica disciplinaria tradicional, aplicada como estratexia biopolítica. Respecto diso, sería un erro considerar unha exclusividade occidental o emprego de «técnicas disciplinarias» como prácticas de biocontrol corporal, xa que dispoñemos de innumerables exemplos destas outras tradicións culturais. Iso queda perfectamente ilustrado pola deformación do cranio na civilización inca, a redución do tamaño dos pés das mulleres na chinesa tradicional, a imposición de aros para estirar o pescozo entre as mulleres kayan padaung de Tailandia, as escarificacións iniciáticas entre os nuer do Sudán ou a inserción de discos bucais e auriculares entre os botocudos amazónicos, entre outros moitos exemplos.

Pero algunhas das «carencias» foucaultianas motivaron reformulacións da teoría sobre a dominación biopolítica, abrindo unha ampla marxe de comprensión ao fenómeno do uso do corpo tamén para a discrepancia ou a resistencia. Ata a década dos 90, en antropoloxía a discrepancia corporal resultou un fenómeno desdixado ou reducido a unha condición secundaria ou patolóxica; pero o aumento da atención etnográfica ás vidas cotiás de persoas e colectivos marxinais estimulou un xiro teórico cara ao recoñecemento do corpo como un fenómeno saturado de significación social, e historicamente contextualizado. Deste xeito, o corpo –e con el as incisións e a arte corporal– pasa a recoñecerse non só como un vehí-

culo de expresión e implantación da identidade de pertenza, ou da orde nunha xerarquía social dada, senón tamén como un escenario privilexiado para a (auto) reflexión e a manifestación do desacordo, a resistencia social ou o duelo pola perda de valores, persoas ou situacións, seguindo estratexias simbólico-icónicas e performativas. É dicir: tras actuacións corporais de resistencia, ou tras inscricións incisivas na pel, actúan a estrutura, a convención ou o imperativo grupal; pero tamén a axencia individual autónoma e transformadora. A expresión corporal revélase entón como unha estratexia dual e ambigua, xa que transmite pertenza e discrepancia relativas, a miúdo de forma simultánea. Ambos os aspectos son loxicamente efecto da influencia cultural e dos patróns ao uso dispoñibles: pero tamén da interacción dialéctica entre a devandita influencia e unha iniciativa persoal que opta –desde unha marxe de manobra dependente da presión social e da época– por externalizar unha determinada representación no curso da vida social. Este extremo é especialmente relevante para interpretar o uso das incisións corporais entre, e por, a mocidade urbana occidental contemporánea.

Este enfoque interesado no uso do corpo para a resistencia resultou empregado na comprensión da violencia política (Feldman, 1991); pero pola súa énfase na procura da autenticidade e da autonomía da axencia persoal, tamén foi útil en estudos sobre as inscricións corporais. Así, Schildkrout (2004) chega á conclusión de que o corpo non é meramente o lenzo onde se inscribe a cultura, senón un lugar onde o individuo se define e insire dentro da paisaxe cultural. Deste xeito, cando as tatuaxes, as escarificacións, os *piercings*, etc., son voluntariamente asumidos –cousa que ocorre tanto en Occidente como nas numerosísimas sociedades tradicionais onde se etnografiou a arte corporal–, representan modos de escribir a propia autobiografía sobre a superficie do corpo; de expresar pertenza e exclusión; de fundir pasado e presente, sorteando así discontinuidades que desorganicen a experiencia do mundo e as relacións sociais. E, para o individuo –segundo a Csordas–, representan «un modo de estar no mundo», con todas as ecuacións e as oposicións morais e identitarias que iso poida comportar. Así mesmo, Schildkrout –evocándonos a teoría de Barth (1976) sobre a lóxica liminar das identidades étnicas–, sinala como todas as inscricións corporais tratan de límites entre un mesmo e a sociedade, entre grupos, entre valores, e entre os humanos e a divindade.

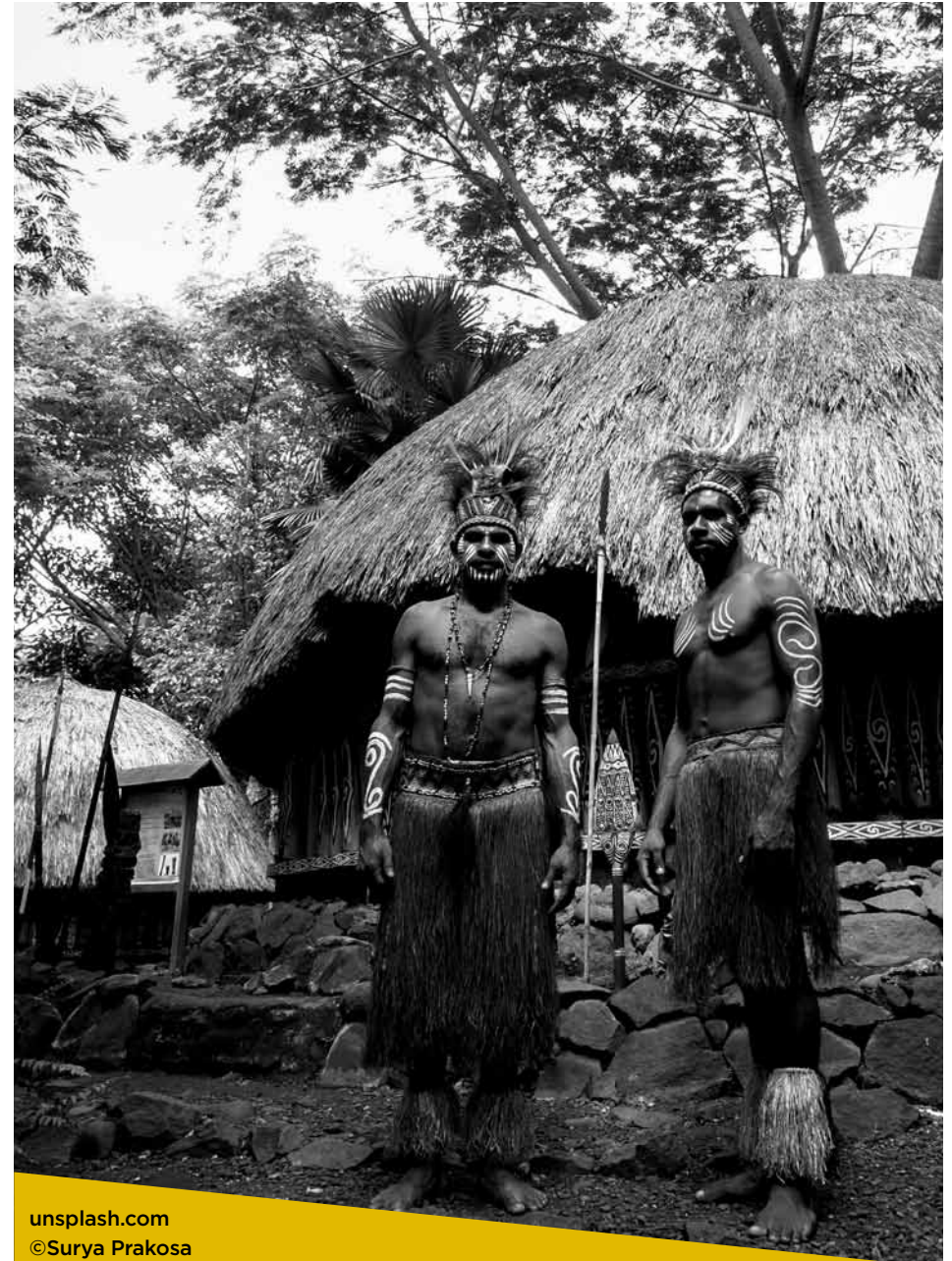
Michael (1998) tamén pon a énfase na función delimitadora de identidades coa súa teoría da vestimenta como «shibboleth»². Para a autora, a vestimenta inclúe vestimentas e xoiería, pero tamén alteracións máis permanentes como a tatuaxe, a escarificación, o *piercing* ou a cirurxía, ademais de aspectos máis sutís como o acento, a posición ou a xesticulación. O vestir, neste sentido, é unha práctica

² Indicador ou «santo e sinal» diacrítico que delata a orixe social ou cultural.

cultural mediante a cal un grupo que desexa separar tallantemente os seus membros dos estraños converte o «vestido», máis que en mero descritor, en prescrición para a membresía. É dicir, o «shibboleth» búscase para definir os límites dunha comunidade de fe e para conter os seus membros dentro deses límites. Consistindo en ferramentas de discriminación, poden converterse mesmo en instrumentos de poder coactivo. Esta análise de Michael aproxímase, así, tanto á teoría foucaultiana do biopoder como á tese de Schildkrout.

Unha postura máis categórica é a de Rosenblatt (1997), quen subliña na súa interpretación da tatuaxe e do *piercing* entre os mozos «novos primitivos» estadounidenses como unha clave do poder e a atracción destas prácticas estriba no modo en que non só mobilizan conxuntos de relacións entre categorías de pensamento manexadas por ese colectivo, como a oposición corpo/orde social, ou a imaxinada asociación da sexualidade «auténtica» cos primitivos, senón que tamén permiten ás persoas conectarse a estes sistemas de significados. E ao levaren a cabo estas prácticas, os tatuados van máis aló de articular verbalmente a crítica sociocultural e existencial, porque a poñen en acto: habitana, e á vez chega a ser unha parte deles mesmos. Así que someténdose ao proceso de inscribirse unha tatuaxe, de prenderse un *piercing*, as persoas escriben a crítica sobre os seus propios corpos, transformándose a si mesmas nun produto crítico á vez metafórico, metonímico e efectivo, corporeizado.

Mención moi especial merece, por último, a teoría sobre o corpo e as modificacións corporais de Le Breton (2006), particularmente incisiva. Le Breton desenvolve o seu propio concepto do *embodiment* para estudar o home a través da súa dimensión sensorial: alterando a máxima cartesiana, asume un «sinto, logo son». Desde este concepto, a súa análise destaca como a perspectiva occidental contemporánea concibe o corpo como un accesorio susceptible de moldeado: unha «prótese da identidade» da que é apremante apropiarse engadíndolle indelebles selos persoais, como sexan as tatuaxes, o *piercing* ou os implantes, *brandings*, *burnings* e cortaduras. Unha sorte de código de barras que confire singularidade ao suxeito. As persoas que habitan os universos urbanos contemporáneos observan como as marcas e as mercadorías suplantán e substitúen as antigas adhesións colectivas: a paralela desconfianza nos «grandes relatos» relixiosos ou ideolóxicos clásicos ou modernos, impulsa a adherirse a «pequenos relatos» substitutivos, os cales son as marcas ou produtos mercantilizados, as tendencias, os clubs de fútbol, os códigos de tribos urbanas, etc. Pero a desvalorización e indeterminación do social conduce a unha pronunciada concentración no eu; un repregamento no corpo e a aparencia no que a estratexia xeral para reducir a incerteza consiste en procurarse límites simbólicos próximos; mesmo literalmente encarnados. Esta desligazón social libera –e priva– a persoa dos seus vínculos identitarios e destínaa ao individualismo. Nestas circunstancias, a última trincheira dunha



unsplash.com
©Surya Prakosa

experiencia permanente da identidade redúcese ao propio corpo, e por tanto importa dispoñer deste soberanamente; dun corpo para si, que non determine en diante unha identidade social imposta, senón que quede ao servizo do eu.

3 Tatuaxe, escarificacións e arte corporal en sociedades oceánicas e africanas

A continuación, vou deixar breve constancia de tres traballos etnográficos e un comparativo que ilustran tradicións culturais relativas ás inscricións corporais indelebles en sociedades oceánicas e un gran pobo africano. Neles evidéncianse os particularismos locais; pero trato de destacar tendencias regulares entreveradas, que permiten inferir trazos xerais da lóxica e do sentido da tatuaxe, as escarificacións e as mutilacións rituais en sociedades non occidentais. Considero que estas prácticas constitúen un fenómeno politético, pois cada unha das súas distintas manifestacións xeralmente non reúne todos os trazos, funcións ou sentidos suficientes que permitirían sintetizar un improbable modelo canónico do que sexa tatuaxe ou escarificación, aínda que si aglutine un conxunto dos mesmos que nos permiten razoablemente consideralos como tales.

No seu estudo da tatuaxe e da escarificación en Tanga, illas ao leste de Nova Irlanda, en Melanesia, Bell (1949) apunta que os habitantes utilizan a palabra *tatau* -común en Tonga, Tahití e Samoa-, para describir o proceso do tatuado. Se na Polinesia a tatuaxe é practicada sobre os homes por expertos masculinos, e sobre as mulleres por mulleres, en Tanga son todos eles realizados por mulleres expertas. Predominan lixeiramente as mulleres tatuadas sobre os homes, sendo máis complicados os deseños exhibidos por elas. A tatuaxe de Tanga de cando en cando realízase no corpo por baixo do pescozo, en contraste coa rica arte corporal practicada entre os homes samoanos, ou entre as mulleres de Koita (Nova Guinea). Con todo, a espléndida tatuaxe tradicional maorí, chamada *moko*, tamén era unha ornamentación facial coa que o home se distinguía e marcaba a súa pertenza a un clan (identidade social conforme ao parentesco). En Tanga, os principais trazos traballados e embelecidos mediante a tatuaxe son a fronte, as fazulas, o nariz e o queixo. As incisións consisten en series de cortes pequenos e profundos (*teflikine*) realizados cun coitelo de bambú, cunha obsidiana ou cun cristal, ao longo das liñas do deseño. Tras realizar cada liña, aplícase cunha folla ás feridas unha mestura tisnada da zume queimado da améndoa do *canarium*, e frégase ben esta tinguidura dentro das feridas. O oficio de tatuador non é a tempo completo, e a práctica da súa arte é esporádica. A diferenza da maioría dos pobos melanesios, os habitantes de Tanga reciben os primeiros deseños ao principio da vida adulta. O carácter da práctica, neste sentido, é algo ambiguo: Bell advirte que se constitúe un dos «acompañamentos» da entrada na condición de plena adultez, non representa de

ningunha maneira un signo obrigatorio de tal estado. Moitos nativos pospoñen a adquisición dunha tatuaxe ata tempo despois de casar ou, especialmente entre os homes, poden non adquirir unha nunca. É dicir: a tatuaxe cobra un sentido como identificador individual, de asimetría de xénero e como distribución sexual do traballo, pero non resulta un elemento necesario en rituais de maduración, nin minora o prestixio de quen carece del. Ademais, a pesar de tratarse dunha sociedade «aristocrática», non se considera que distinga a persoa de rango do home ou muller ordinarios (como si o fai nas xefaturas polinesias comparadas por Gell). O máis relevante é que os propios habitantes indicaron expresamente a Bell que posuír unha tatuaxe mellora definitivamente a beleza, o encanto ou o donaire do seu portador ou portadora, co que chega á conclusión de que o sentido da tatuaxe en Tanga resulta puramente estético.

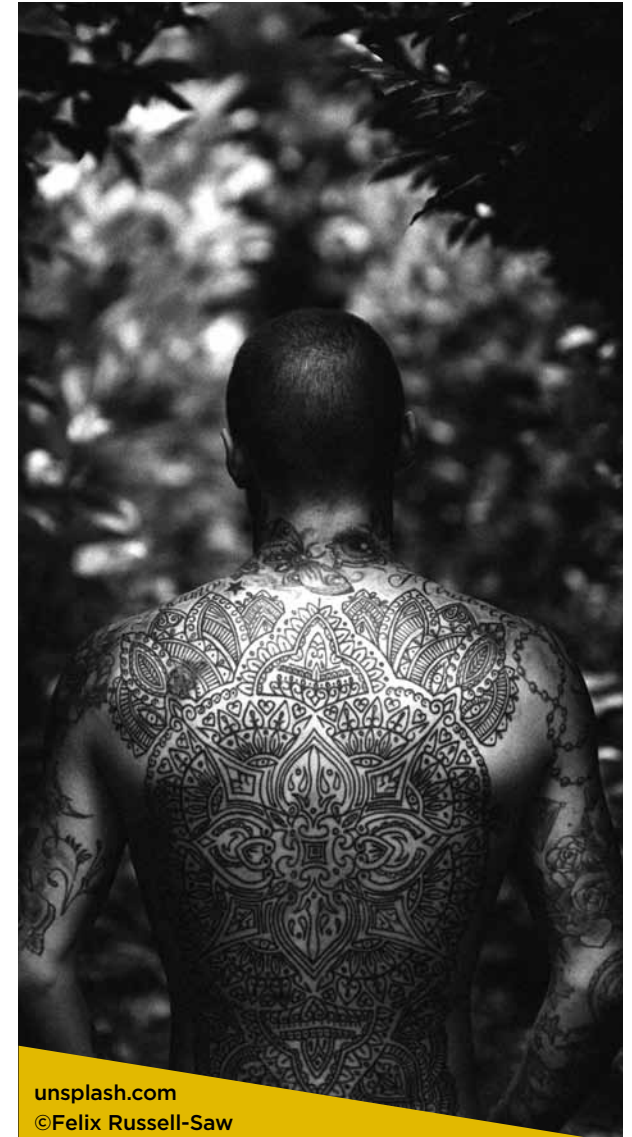
A práctica da escarificación, en contraste coa tatuaxe, constitúe en Tanga un costume exclusivamente masculino, e exercido por especialistas homes. Pero por riba, aínda que a escarificación obsérvase como complemento para a estética persoal, adoita ser realizada por razóns rituais. As escarificacións (*am tinn tun*), mediante puncións e cal, ou por pirogravado, poden ser practicadas por un amigo, pero a maioría das veces resultan autoinflixidas. Se a finalidade estética é prioritaria, aquí o propósito ritual explícase porque a danza e o canto son elementos importantes na vida dese pobo, e o dereito a participar en danzas particulares queda reservado a homes membros de determinadas sociedades: nesas circunstancias, practícanse escarificacións aos candidatos como signo de membresía, e o patrón da escarificación varía co carácter de cada sociedade.

Da citada descrición extráese que a importancia da escarificación transcende, en Tanga, á mera decoración corporal, resultando ser unha práctica social máis significativa que a tatuaxe. Con todo, ambos os costumes caracterízanse pola súa adopción practicamente universal entre a poboación, como medios de mellorar o realce persoal e social -ou utilizando o concepto de Bourdieu, trátase dun *habitus* que incrementa a «distinción» persoal, con independencia do status socio-parental que se ocupe-. Bell conclúe subliñando pertinentemente que tatuaxe e escarificacións lémbrennos que o «salvaxe espido» recorre tanto como nós á arte para embelecerse e distinguirse do seu irmán. O cal nos leva a constatar que o propósito da individuación mediante a estética da marcaxe corporal pautada e permanente tamén se testemuña plenamente en culturas tradicionais; e que existen marxes para a opción persoal de someterse a inscricións estético-individualizadoras, aínda que a gama de deseños culturalmente dispostos polo acervo cultural é sensiblemente máis restrinxida, e entra en consonancia, segundo a técnica, con prescricións rituais e convencións de integración-autorreferencia social que en Occidente non resultan obrigatorias, ou nin tan sequera socialmente previstas, agás en casos marxinais -tatuaxes carcerarios, mafiosos ou das «maras», por exemplo-.

Firth (1936) proporcionou outra temperá etnografía das incisións corporais entre os habitantes de Tikopia, onde a práctica da tatuaxe é menos sistemática que noutros pobos polinesios, como Samoa. Os homes tikopia tenden a ser tatuados en detalle no peito, e as mulleres nas mandíbulas. Os elementos do deseño tamén poden aplicarse en antebrazos, costas, reversos das mans, xeonllos e nocellos; pero apenas na área da cintura. A diferenza dos maorís, a cara non recibe un traballo tan elaborado como o *moko*, nin son ornamentadas as nádegas dos homes. A tatuaxe (*ta tau*) é realizada por expertos recoñecidos, cuxa reputación depende dos comentarios eloxiosos sobre a súa habilidade. O coñecemento da arte é de transmisión familiar. A tatuaxe practícase en seccións, alternadas cada dous días, e ao non ser as incisións profundas, o proceso non parece ser doloroso. Os deseños consisten en motivos naturais, como os peixes (*fakafoiika*) sobre as costas; os vermes do atol (*veri*); ou, sobre os ombreiros, as ás de albatros (*fakakapakau rofa*). É infrecuente que un mozo sexa tatuado totalmente ata despois de que experimentase, na puberdade, a cerimonia ritual da superincisión³. Para as mulleres, en contraste, non se practican tatuaxes corporais, salvo un peixe ou outro motivo simple na man ou na fronte. Propia delas é unha banda ao redor da mandíbula en forma de dobre liña desde a cal unhas barras se proxectan ata a fazula, practicada algún tempo despois da puberdade, pero antes de ser consideradas casadeiras. En calquera caso, segundo os tikopia, a tatuaxe, chamada *pani* ou decoración pintada, «é unha decoración ata a morte», e engaden que «se pegou ao home; non pode quitarse de encima». A adquisición da tatuaxe en ambos os sexos é considerada secundaria respecto da consecución do status de adulto, e non un símbolo definido do mesmo: non se trata dun ritual no sentido de rodearse de tabús, nin como motivo central de ceremonias, como a superincisión. Con todo, o traballo do tatuador non é tratado como un acto ordinario. Así, por exemplo, o *matau* ou a aixola de incisión é posto baixo a tutela dun antepasado a quen se dirixen apelacións para o seu uso eficiente. De novo observamos unha distintiva combinación cultural de sentidos específicos da tatuaxe, orientados fundamentalmente á demostración de estrutura e dinámica sociais: a asimetría que a tatuaxe permite expresar nos perfís identitarios sexuais; o seu carácter accesorio respecto doutras prácticas de incisión corporal predominantes desde o punto de vista dos ritos de maduración; ou o prestixio «misticamente ancestral» que con todo é recoñecido á tatuaxe e ao tatuador fronte a outros especialistas, quizá ligado -ao meu entender- á singularidade explicitamente recoñecida á súa obra, a ornamentación corporal, como indeleble, como permanentemente incorporada ao eu persoal en toda a súa ulterior extensión biográfica. Precisamente, a experiencia desta indelebilidade, asociada ao seu carácter de inscrición encarnada, é o trazo que destacarei como criticamente significativo da tatuaxe, por encima mesmo da experiencia da dor que comporta -aspecto sensorial non sempre apreciable-, en tanto que empírica e inmediata «fábrica cultural do eu».

Nesta liña, Gell (1993) aplica unha análise combinatoria para mostrar as correlacións entre os modos de practicar a tatuaxe e as diferenzas na organización social en diversas sociedades da Polinesia occidental e Fidxi -sociedades de xefatura e desigualdade definida polo rango-. O exame pon de manifesto que a práctica social da tatuaxe tamén se constituía nalgunhas áreas socioculturais como unha verdadeira linguaxe artístico-corporal con convencións reguladas por unha complexa gramática pouco proclive a deixar moita marxe de manobra á iniciativa axencial, estando estratexicamente conectada cos modelos políticos, parentais, matrimoniais e relixiosos. Para iso, atendendo a aspectos tales como as diferenzas de rango, a sacralidade dos xefes, a unidade da xefatura, ou a división diárquica da mesma -un xefe sacro-relixioso e outro secular-, o sexo, e a presenza/ausencia e o grao relativo de elaboración das tatuaxes, o autor chega á conclusión de que:

1. As diferenzas na tatuaxe asociábanse con diferenzas intrínsecas no rango das persoas e familias. Nunhas sociedades a tatuaxe era prerrogativa dos xefes, e noutras eran os xefes os que se vían libres de tatuaxe;



unsplash.com
©Felix Russell-Saw

- 3 Corte ritual na parte superior do pene que percorre toda a súa extensión e serve como iniciación do home á adultez.

2. Onde a hipergamia⁴ conducía as irmás a acadar un rango superior sobre os seus irmáns, e a un complexo sacro sororal, as mulleres ou non eran tatuadas, ou resultaban menos tatuadas que os homes;
3. A sacralidade do xefe estaba asociada con restricións á tatuaxe. Nas xefaturas diárquicas, o xefe sacro non podía ser tatuado, mentres que o gobernante secular ou executivo non só podía ser tatuado, senón que o era efectivamente.
4. A combinación da segunda tendencia e da terceira concretábase na existencia de parellas conxugais non tatuadas á cabeza das xerarquías das xefaturas insulares.

Trasladando agora a atención a África, é salientable o traballo de Bohannan (1956) entre os tiv de Nixeria. Os tiv dispoñen dunha estética explícita sobre a beleza física, incluída a moi practicada escarificación. Tal estética eríxese sobre o convencemento de que un debe manterse atractivo, algo que se proba no feito -social- de ser contemplado. A súa idea de atractivo sintetízase no termo «brillar» (*wanger*): é noción estética que une os mundos sacro e profano. Para iso fréganse cunha madeira vermella (*camwood*), especialmente a parella con ocasión do seu primeiro matrimonio; pero tamén calquera, a vontade. A noción de «brillar», de presentarse un mesmo atractivo, liso e sagrado, é importante para os tiv nas súas vidas relixiosa e persoal: o corpo debe «brillar». Un tipo de decoración facial tiv é practicado mediante punzadas de espiñas da árbore *sashe*, a modo de proba previa a escarificacións máis permanentes. E é que un dos máis importantes requisitos para a beleza consiste en que a persoa estea escarificada (*gber*: cortada). Segundo unha narración local, os tiv ao principio atopábanse libres de marcas, e adoptaron a escarificación para diferenciarse doutras tribos. Os informantes de Bohannan negaban, con todo, que se tratasen de «marcas tribais», como as que recoñecían nos veciños ibos e yorubas. E é máis: os estilos de escarificación cambian dunha a outra xeración, de modo que se as escarificacións dunha persoa poden marcar a súa xeración, non indican a súa liñaxe -carecen dun sentido, por tanto, de demarcadores de grupos de filiación nunha sociedade onde, con todo, trázase unha neta diferenza entre o parentesco directo e o colateral-. Hai catro tipos de «xeracións» de escarificación: a máis antiga, *ishondu*, propia de persoas moi anciás; *abaji*, con vultos practicados cun anzol ao redor dos ollos, en persoas de máis de 35 anos; *kusa* ou «unlla», exhibidas polos homes máis novos; e *mkali*, éscaras moi profundas realizadas con coitela e tismadas de negro, que constitúen a última «moda» consignada por Bohannan. De calquera modo, os tiv insisten en que o último propósito de toda escarifica-

ción é realzar os seus atractivos persoais. Así, os homes decoran os seus peitos e brazos con deseños xeométricos aos cales engaden animais; as mulleres, en contraste, concentran as súas éscaras nas costas e nas pernas. Os deseños de escarificación son comúns en ambos os sexos, aínda que as escarificacións que representan o peixe siluro nos ventres das mulleres dise que suscitan a fertilidade, pero na interpretación local, non o fan por influxo máxico, senón porque ao manterse sensibles durante anos tras a súa realización, resultan ser eróxenas, e as mulleres que as exhiben demandan máis atención sexual, sendo por tanto máis probable que teñan fillos. Outra forma de decoración corporal tiv, máis dolorosa que a escarificación, aínda que en rápido declive, é o labrado de dentes, do que indican que axuda a aprender linguaxes. Pero o propósito do labrado de dentes é, de novo, a beleza física, tomándose sempre en consideración o efecto facial que produce.

É particularmente salientable como na concepción tiv de escarificación e labrado dental, a predominante orientación estética destas prácticas asóciase intrinsecamente coa experiencia altamente valorada da dor aguda, e por riba coa comunicación altruísta do pracer. Bohannan relata como nunha ocasión preguntou a un grupo de tiv se a escarificación non resultaba excesivamente dolorosa. Un deles respondeulle que «por suposto que é dolorosa. Que moza podería mirar a un home se as súas éscaras non lle custasen dor?». Bohannan interpreta que entre os tiv, o esforzo por «brillar» debe ser patente, implicando custos e dificultades; a escarificación, unha das súas decoracións máis finas e valoradas, págase con dor, e esta resulta a proba positiva de que a decoración é un acto xeneroso, realizado para dar pracer a outros tanto como a un mesmo. A selección da experiencia da dor como criterio decisivo do valor da incisión corporal -xunto á atención polo «bo gusto» co que cada escarificación se adecúa e realza os trazos faciais- fai que a interpretación tiv coincida aparentemente coa idea que Morinis achega sobre a centralidade da devandita experiencia. Pero a xustificación tiv do valor central da dor como proba do custo social do «brillar» persoal é totalmente dispar respecto da teoría de Morinis sobre a transformación da conciencia do iniciando mediante a intensificación «dolorosa» da experiencia vivida.

Por outra banda, en referencia ao argumento deste traballo, o exemplo tiv mostra como, no seo dun modelo cultural dado, se concertan sen contradición a meta de individualizarse a través do realce da beleza mediante a modificación corporal, co asumir unha norma tradicional que prescribe o sometemento en tempo e forma a tales prácticas, conferíndolles unha firme dimensión social e desde un limitado número de deseños e procedementos decorativos; tradición que, con todo, experimenta a innovación a través do cambio interxeracional das tendencias de escarificación, como tamén ocorre en Occidente coas modas, aínda que aquí a un ritmo vertixinoso e desde unha gama de posibilidades de deseño case ilimitadas.

⁴ Matrimonio «cara arriba», cun cónxuxe adscrito a un grupo de parentesco ou clase de status superior.

4 Tatuaxe, individuación e identificación grupal nas sociedades urbanas occidentais

De resultar algo marxinal ou orixinal en Occidente ata finais do s. XX, a tatuaxe e o *piercing* chegaron a converterse nunha referencia esencial da mocidade contemporánea, mesmo ás veces expresando un conformismo consciente de grupo de idade (cousa que xa vimos esbozada ao seu modo entre os tiv). O seu valor actual investiuse respecto da tradición occidental, na que, desde a antiga sociedade grega, o estigma corporal simbolizaba a alienación respecto doutro –o escravo marcado ao lume–. Resultou mesmo proscrito na tradición xudeocristiana –expresamente no Levítico–; e tras o seu «redescubrimiento» no Pacífico, a mediados do s. XVIII, figurou a marxinalidade, o «salvaxismo» ou a «barbarie» dos seus portadores. Máis adiante foi inicialmente adoptada por mariños e presidiarios; pero desde décadas antes do cambio de milenio, a tatuaxe se transmuta progresivamente nunha práctica valorada, que afecta cada vez máis uniformemente a todas as clases sociais e a ambos os sexos. Convértese nun perdurable accesorio de beleza e autoafirmación identitaria persoal, contribuíndo con poderoso efectismo á posta en escena do eu, e dun modo autocontrolado: algo perceptible, por exemplo, en que non todas as tatuaxes se manifestan publicamente, sendo algunhas delas estritamente íntimas, susceptibles dunha ocultación/exposición discrecional, como a «tatuaxe ultravioleta» ou o sexual, o que pode resultar unha singularidade da cultura contemporánea concomitante coa centralidade asignada ao individuo como axente protagonista nos escenarios de interacción social. Ademais, esta tendencia á aceptación cultural xeneralizada da tatuaxe parece sosterse, debido a que as novas xeracións, a imaxe do seu maiores pero aínda máis resoltamente, medran no ambiente intelectual dun corpo concibido como inconcluso e imperfecto, que o individuo debe mellorar co seu estilo propio. Como sinala Le Breton (2006), o corpo convértese agora no emblema do eu, encarnando na súa superficie toda a profundidade do individuo. A fragmentación dos valores e das referencias tradicionais de integración e identidade social liberou o suxeito de lealdades morais e sociais, pero sen evitar que siga dependendo en moitas formas da inclusión social. Este mesmo feito de «orfandade ético-identitaria» separa o individuo respecto da súa trama social e abócao a unha confusión na cal é forzado a actuar como artesán da súa propia existencia para desprenderse do fondo de indiferenza xeneralizada. De aí a preocupación polo corpo como lugar de afirmación da liberdade persoal e proba radical e flexible da propia existencia, por cuxa mediación o individuo forcexa co mundo para buscar nel unha ancoraxe. O corpo convértese así nun lenzo; pero por procedementos a miúdo indelebles, que teñen o inconveniente de dificultar posteriores revisións de adherencias persoais manifestas, porque impiden manexalo como se fose un palimpsesto onde vellos motivos simbólicos de identidade, nomes de anteriores parellas, etc., poidan revogarse e substituírse por outros na medida que cambian modas, valores e lealdades. É moito máis custoso e difícil –cando non imposible– suprimir unha inscrición corporal que practicala, co que a tatuaxe a miúdo segue ligando, agora indesexablemente, un pasado de adhesións ideolóxico-morais, vencellantes ou identitarias que se quere eludir no presente.

Ademais, a gama de procedementos dispoñibles de moldeado cultural urbano do corpo diversificouse e ampliouse de xeito exponencial, o cal posibilitou un rango inconmensurable de opcións para a elección individual respecto das de calquera outra sociedade e época: desde a modificación cirúrxica das formas ou o sexo, pasando polo labrado da complexión muscular mediante hormonas ou dietas, ata o traballo artístico da pel polos *piercers*, tatuadores e escarificadores. Son procedementos que illan o corpo e dan status ao suxeito, ao ser concibida a súa «pel social» (Gell, 1993) como soporte á xeometría variable dunha identidade susceptible

“O corpo convértese agora no emblema do eu, encarnando na súa superficie toda a profundidade do individuo”

de domesticación e cambio. Pero o fenómeno é inexplicable atendendo unicamente á elección individual. Hai que prestar necesariamente atención á industria e á mercadotecnia do deseño corporal, que prosperou na sociedade globalizada e de mercado ampliando a oferta e potenciando a demanda dos seus servizos. Tal industria leva a posibilidade case ilimitada de realizar inscricións corporais á demanda, aínda que tamén na nosa cultura urbana tal profusión se atopa condicionada por estilos globais que marcan tendencias e a grandes liñas institúen convencións sociais, como xa vimos en sociedades tradicionais. E eses estilos-ofertas son perfectamente recoñecibles e atópanse nominalmente identificados baixo a rúbrica do *body art*: na tatuaxe trataríase do estilo *old traditional*, o *new traditional*, o *dotwork*, o *stencil*, o *brush*, realista, maorí e outros.

O caso é que, integrado nunha contorna sociocultural onde se normalizan as posibilidades desta oferta mercantil de estilos de incorporación semiótico-estética, o individuo, como sinala Le Breton, «frecuenta a superficie do seu corpo» como hábito; e para que este fale favorablemente dun mesmo hai que personalizalo. Deste xeito, o valor persoal radicará menos nas obras que un leve a cabo que no que se fixe establemente nun mesmo: aspectos extensibles, seguindo a Michael, á vestimenta e ás posturas corporais. Pero esta tendencia introduce un paradoxo en Occidente: desexando o adolescente afirmar a súa existencia mediante a demostración corporalmente tatuada da súa singularidade, polo mesmo feito porta o uniforme que o expón de golpe á mirada. Os adolescentes reúnen parecéndose uns a outros e proclaman visiblemente unha identidade de destino e clase, a pesar de que cren manifestar unha «pel antisocial», contestataria, e «provocar insolentemente a sociedade», as súas convencións e conformismos – como é o caso dos «novos primitivos» do estudo citado de Rossenblatt-. É dicir, a preocupación consiste en non pasar desapercibido; pero se iso esixe manter as distancias cos outros, á súa vez provoca paradoxalmente a fusión cos outros, con quen se comparte condición social e vital, ao inventar novas formulacións do «nós», aínda cando sexa desde a rebeldía. Ademais, os *piercings* e as tatuaxes poden representar unha intención de cambio e de toma de posesión de si mesmo – polo demais nun sentido diametralmente oposto ao antigo *branding* de convictos ou escravos-, cando a marcación corporal constitúe unha acción de emancipación simbólica respecto dos pais: o corpo, por ser pura testemuña da filiación – e da heteronomía individual orixinal, da submisión filial-, modifícase, altérase para segregar identidade, para producir individuación. Probablemente algo análogo ao que sucedía coas novas xeracións de tiv, cando adoptaban estilos de escarificación diferentes aos seus antepasados-.



unsplash.com
©Uros Jovicic

5 Conclusión. Indelebilidade e pluralidade de sentidos

Nesta sociedade urbana de referencias adscriptivas e morais provisórias, onde a mirada dos outros sobre un representa unha das poucas declaracións certas e actualizadas sobre a súa existencia e importancia, a fluidez do tempo provoca o desexo de deter a memoria sobre o propio corpo para evitar o esquecemento, imaxinando un eixo de permanencia que ligue pasado e presente, adheríndose emotivamente ao mesmo, e buscando complicidade ou desafiando a devandita mirada. As inscricións corporais son relatos icónicos ou escritos, que simbolizan unha reivindicación identitaria persoal e un apego emotivo a miúdo únicos, baixo a imaxe dunha relación amorosa, un nexo familiar, unha marca de sexo, un emblema de pertenza ou un signo de adhesión relixiosa, política ou ideolóxica. A razón é que esa reivindicación e apego poden resultar tan primordiais para a existencia persoal –ou para o grupo, calquera que sexa a entidade deste– que só hai certas vías de expresar irrefutablemente a identificación nelas e a lealdade imperecedeira para con elas, e é facelas evidentemente indelebles: invariables no tempo e a persoa. Outra vía sería a recorrente e executiva demostración da autorreferencia e do apego a canons, que constitúe a dobre mensaxe do ritual (Rappaport, 2003); pero este procedemento é discontinuo no tempo e no espazo.

Por iso, ao meu entender, desde a perspectiva das regularidades transculturais é precisamente esa indelebilidade encarnada das inscricións corporais a propiedade máis intencionalmente perseguida, constante, universal e criticamente significativa neste fenómeno. Inscricións polo demais, e dado o seu carácter polisémico, recorrentemente dotadas de sentidos sociais, éticos e estéticos, plurais e a miúdo ambiguos, concorrente en diversas combinacións e intensidades expresivas, segundo a tradición cultural de cada sociedade que as adopta. Pero a indelebilidade encarnada transcende como propósito invariablemente perseguido detrás de toda práctica de tatuaxe, escarificación ou *branding* –aínda que menos no caso do *piercing*–. É por ela –e na procura dela– polo que o signo cutáneo se converte nunha forma de inscribir na carne momentos, relacións e imaxes claves na existencia, pois é a pel o vehículo máis á mantenta, permanente e fiable para a inmediata percepción sensible de mensaxes e emocións, sendo o único coextensible ao noso percorrido biográfico. O vínculo obrado entre as ideas e a persoa tatuando imaxes selectas e estéticas no corpo devén algo máis radical que unha retórica metonímica: sen converterse no que Leach (1981) denomina un «indicador natural» do eu e/ou a súa pertenza, cabería consideralo un «símbolo sinalizado» por obra da cultura incisa, que así «obxectiva» tal asociación metafórica: a impresión estética liga para sempre un modelo de *ethos* e cosmovisión culturais ao ser humano vivo; modela a súa bioloxía transformándoa en biografía (sexa esta libre ou alienada, autónoma ou heterónoma).

Destacando a centralidade da indelebilidade, cabe relativizar a importancia que concede Morinis á dor, non no sentido de cuestionar o seu papel de catalizador de modificacións da conciencia, senón como elemento explicativo das prácticas de inscrición corporal. Observamos que se a dor física é un trazo xeralmente asociado ás devanditas prácticas, éo discontinuamente: non o é coa mesma intensidade en calquera modalidade ou técnica adoptada por estas, nin entre tradicións culturais da práctica en distintas sociedades. Se correntemente o máis ponderado en case todas as culturas é o valor estético-moral conferido ao deseño recibido, a dor da operación, en cambio, non se valora transculturalmente de igual modo. En Occidente tende a ser suprimido ou minimizado como condición indesexable, ou como molestia colateral carente de significado –aínda que non en todo contexto–. Na Polinesia, ou ben simplemente se tolera, ou ben se valora positivamente, aínda sen chegar ao extremo do caso tiv, ou doutras estimacións culturais da dor por tatuaxe, como entre os amerindios,

“É precisamente esa indelebilidade encarnada das inscricións corporais a propiedade máis intencionalmente perseguida, constante, universal e criticamente significativa neste fenómeno”

quen, segundo Sinclair (1909), non vían a práctica como unha desfiguración –ao vello modo euroamericano–, senón que se compracían de soportar a dor: consideraban que a tatuaxe «melloraba a beleza do belo sexo, e a boa aparencia dos bravos, do mesmo xeito que fixeron a súa pintura do corpo, para nós tan horrible». A tatuaxe parecía ser o tipo de arte que lles atraía, ao requirir fortaleza na operación, e ao preservar marcas indelebles da súa tribo, de proeza, de símbolos místicos, e tamén ao gratificar o seu amor polo ornamento.

Recorrentemente observamos nas inscricións corporais indelebles, por tanto, un reforzo recíproco, simbolicamente vehiculado, discursivamente denotado e tradicionalmente cristalizado, entre modelos estéticos, valores éticos e ideario sobre a organización social e o mundo. Un reforzo que polisemicamente pode personalizar –ou opostamente cousificar, nas marcas de escravitude–, adscribir identitariamente ou transformar o status, vincular a persoa a certos aspectos do mundo ou a outras persoas, expresar submisión ou rebeldía, altruísmo, espiritualidade, coraxe e outros valores persoais. Estas funcións ou sentidos non explican por si soas a tatuaxe, pero si constitúen (soas ou en combinación) modos de xustificala e concibila, de aí o carácter politético do fenómeno ao que aludín ao principio. Pero nesta trama, a dor non desempeña invariablemente un papel estratéxico. A súa experiencia física non é nunca temporalmente coextensiva á experiencia biográfica de portar e mostrar esa peza de arte indeleble: a dor é experiencia restrinxida, cando o está, ao proceso ritual de realización da tatuaxe. Tampouco o aspecto doloroso da experiencia vivida resulta igualmente relevante dunha a outra tradición, nin aparece como motivo significativo nas narrativas que achega a tatuaxe concretamente portada e o seu sentido, aínda que si adoita facelo na referencia ao seu proceso de elaboración. A indelebilidade encarnada, en cambio, constitúe o trazo universalmente diacrítico que establece a condición de posibilidade para a combinación culturalmente específica dos restantes sentidos da tatuaxe, e non o carácter «cruento» deste. Probablemente a experiencia persoal e colectiva, igualmente sensorial, da indelebilidade, si que provoque ao cabo unha transformación estable da conciencia do portador da marca, pero máis por habituación da experiencia; por «extensificación» ou perpetuación da mesma, que pola súa intensificación. E iso, aínda admitindo as reservas que na nosa sociedade occidental a miúdo se manifestan cara a «o indeleble», buscando técnicas máis ou menos eficaces para contrarrestalo cando a vida mudou de referentes estético-identitarios.



unsplash.com
©Matheus Ferrero

AUTOLESIÓNS E MARCAS CORPORAIS: DO CONFLITO INTRAPSÍQUICO ÁS TRIBOS URBANAS NA ADOLESCENCIA

Pablo Villarino Torrado

PSICÓLOGO E PSICOTERAPEUTA NO INSTITUTO WILHELM REICH-GALICIA. COORDINADOR PROVINCIAL DE SAÚDE E SOCORROS, CRUZ ROJA ESPAÑOLA-OURENSE

✉ torrado@hotmail.com

RESUMO: Influxirse dano corporal sen intención suicida é un fenómeno que foi cobrando máis protagonismo nos últimos anos, ata chegar a aparecer no DSM-5, aínda que no apartado de «Afeccións que precisan máis estudo». A explicación deste fenómeno fundamentalmente protagonizado por adolescentes enfócase desde modelos explicativos centrados en déficits nas estratexias de afrontamento ou en factores intrapsíquicos, interpersoais e/ou socioculturais. Probablemente ningún destes factores poida dar conta por separado da ocorrencia das autolesións, que aparecen intensificadas nun momento de crise das grandes estruturas sociais e no que o desconcerto arredor do lugar posible destinado ao adolescente no entramado social constitúe unha marca da nosa época. A implicación en grupos sociais específicos –tribos urbanas– aparece como unha alternativa integradora que permite visualizar un novo lugar que pode asegurarse a través das marcas corporais identitarias, substituíndo así o valor da angustia da autolesión.

PALABRAS CLAVE: autolesión, marca corporal, adolescencia, conflito intrapsíquico, tribos urbanas.

ABSTRACT: Non-suicidal self-injury is a phenomenon which has become more prominent in recent years, to the point that it has appeared in DSM-5, although in the section “Conditions that require further study.” These phenomena, which are mainly carried out by adolescents, have been explained mainly from explanatory models focused on deficits in coping strategies or intrapsychic, interpersonal and / or sociocultural factors. Probably none of these factors can account separately for the occurrence of self-injuries, which are intensified at a time of crisis in large social structures and when confusion about the possible place for the adolescent in the social framework is a hallmark of our time. The participation in specific social groups – urban tribes – appears as an integrating alternative that makes it possible to visualise a new place which can be secured through bodily marks that provide identity, thus replacing the anguish value of self-injury.

KEY WORDS: self-injury, bodily marks, adolescence, intrapsychic conflict, urban tribes.

SUMARIO:

- 1 O contexto: a adolescencia.
- 2 Autolesións, o grito no corpo.
- 3 Marcas corporais, ritos de paso e tribos urbanas.
- 4 A cara e a cruz: autolesións non suicidas e marcas corporais, un dobre camiño para o suxeito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alba Rico, S. (2017). *Ser o no ser (un corpo)*. Barcelona: Seix Barral.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D. C.: APA.
- Anzieu, D. (1998). *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bellido, J. (2017). *Seminario permanente de formación en psicoterapia emocional de integración cuerpo-mente: la vegetoterapia*. Ourense: Instituto Wilhelm Reich-Galicia.
- Castro, K., Planellas, I. e Kirchner, T. (2014): Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de enfrentamiento. *Universitas Psicológica*, 13(1).
- Fandiño, R. (2017). Adolescencia y desesperanza, una cuestión de salud pública. La Voz de Galicia. Recuperado de http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/ourense/2017/07/09/adolescencia-desesperanza-cuestion-salud-publica/0003_20170709C2997.htm
- García, D. (2015). Adolescente en conflito co seu corpo e coa realidade ante si mesmo. *II Xornadas de Saúde Emocional na infancia e a Adolescencia. Adolescentes en conflito: un reto para os/as profesionais*. Ourense, 27 de xuño.
- Ferreira, S., Martins, C., Rosendo, A. P., César, B. e Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, 24(4), 536-541.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- González, L. F.; Vasco-Hurtado, I. C.; Nieto-Betancurt, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del enfrentamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56.
- Jofré, J. L. (2011): Ensayo sobre la producción de marcas y cicatrices

A sociedade forma, altera e reprime as necesidades humanas; así desenvólvese unha estrutura psíquica, que non é innata, senón adquirida por cada individuo no transcurso da loita permanente entre as súas necesidades e a sociedade.

WILHELM REICH

corporales en occidente. *Fundamentos en Humanidades*, 12(24), 7-36. San Luis: Universidad Nacional de San Luis.

Kimbrel, N. A., Calhoun, P. S. e Beckham, J. C. (2017). Autolesión no suicida en hombres: un problema serio que se ha pasado por alto por demasiado tiempo. *World Psychiatry*, 15(1), 108-109.

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M. e Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235.

Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Bos Aires: Nueva Visión.

Lyness, D. (2015). Cortarse. *Kidshealth*. Recuperado de <https://kidshealth.org/es/parents/cutting-esp.html?WT.ac=ctg#>

Mikolajczak, M., Petrides, K. V. e Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: the protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 181-193.

Mollá, L., Batlle, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M, ... e Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.

Muñoz, A. (2013). *Programa introductorio de formación en psicoterapia emocional de integración cuerpo-mente: la vegetoterapia*. Ourense: Instituto Wilhelm Reich-Galicia

Nicolò, A. M. (2013). El adolescente y su cuerpo. Nuevas y viejas patologías. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 21, 31-40.

Pommereau, X. (2006): Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy*, 32, 58-71.

1 O contexto: a adolescencia

A adolescencia é o período da vida da persoa comprendido entre a aparición da puberdade, que marca o final da infancia, e o inicio da idade adulta. O concepto de puberdade remite a procesos corporais –físicos, hormonais, sensoriais, excitatorios– fronte aos contidos de carácter máis social e normativo aos que remite o concepto da adolescencia. Freud (1905) introduciu o concepto de puberdade no marco do desenvolvemento da sexualidade infantil en *Tres ensaios para unha teoría sexual*, obra na cal establecía que o desenvolvemento psicosexual se produce en dúas grandes etapas, a prexénital –subdividida á súa vez en oral, anal e fálica– e a xénital, que configuraría o desenvolvemento maduro da sexualidade, situándose entre ambas unha etapa de latencia na que se produce a suspensión do desexo na espera da maduración fisiolóxica que conduce á puberdade. Precisamente, para que este desenvolvemento psicosexual poida completarse, Freud sinala como esencial na puberdade o paso do endogámico ao exogámico, paso que leva á renuncia á pertenza exclusiva ao mundo familiar e o acceso á cultura. Este proceso implica un cambio no sistema afectivo-vincular estruturado ao redor da familia e o paso a un novo sistema que ten que estruturarse en relación ao mundo social esóxeno.

Nicolò (2013) considera que a adolescencia non sería tanto unha etapa como un proceso organizativo, integrativo das novidades dun corpo en proceso de cambio, unha nova sensorialidade que emerxe, unha modificación da posición fronte a un mesmo e fronte ao outro, e unha nova dimensión da sexualidade ligada ao propio corpo erotizado e o corpo erótico dos outros. A emerxencia da nova realidade corporal non só conduce ao dó polo corpo infantil, senón que desprende gran cantidade de angustia e excitación que poden desbordar as capacidades de elaboración psíquica.

Desde que Freud esclareceu o papel do inconsciente na produción dos síntomas histéricos, sabemos que o corpo expresa contidos psíquicos internos que non se poden elaborar. Será posteriormente Reich, auténtico pioneiro da terapia psicocorporal, quen establece que non existe unha dualidade corpo-mente, xa que tanto os síntomas físicos como os mentais son parte dun mesmo sistema enerxético, de maneira que todo síntoma físico ten unha repercusión emocional e viceversa, abrindo deste xeito o campo á conceptualización dos fenómenos psicosomáticos. Así, o corpo que permite expresar (e «sintomatizar») contidos máis alá da linguaxe e da conciencia do suxeito, constitúese no espazo visible dos procesos psíquicos internos. Podemos dicir, entón, que nunca é posible escapar do corpo, especialmente na adolescencia, na que a partir dos cambios físicos e hormonais da puberdade o individuo queda exposto á necesidade dun cambio fronte a si mesmo e ás demandas do seu novo corpo e de atopar un

lugar no mundo no cal situarse a partir do inevitable abandono da infancia para tratar de acceder ao mundo adulto.

Como nos lembra Fandiño (2017) na súa certa análise:

A propia lóxica da adolescencia debería levar implícito o obxectivo de chegar a ser adulto, e ese é un proceso no que hai que renunciar a boa parte do funcionamento infantil. Pero o adolescente contemporáneo ten un novo horizonte, e a adulez foi substituída pola felicidade e o éxito permanente como imperativo social. Se un mozo percibe que o esixido está lonxe do seu alcance, o medo convértese en angustia. Cando se enfrontan ao que se considera un imposible, aparece a desesperanza.

Desde aquí, a que sistema exogámico acceden actualmente os adolescentes? No momento actual, a crise da estrutura social fíxose evidente a través do concepto de posmodernidade e sociedade líquida, que describe a crise dos grandes relatos, o sistema de valores e as grandes institucións sociais –a familia, a escola, a democracia...–, a ausencia de referentes –empezando pola figura paterna, chave na introdución do sentido da norma e o límite–, e unha sensación de permanente cambio, de caducidade constante; de xeito que cada vez máis persoas aparecen desbordadas, desconcertadas e na procura de novas formas de coñecer e expresaren a súa identidade.

A partir destes elementos, e logo que cando o suxeito non pode elaborar os contidos psíquicos e emocionais, é o seu corpo o que fala. Resulta preciso pararse a pensar que nos está a indicar a autolesión, a que equivale no emocional esa tradución dolorosa no corpo. Neste sentido, pódense considerar as autolesións como intentos de elaboración das situacións emocionais –aspecto activo– ou como consecuencia dunha falta, dun déficit –elemento pasivo–.

Que ocorre no transcurso da adolescencia que pode entrañar un xurdimento de fenómenos como as autolesións? Podemos pensar que a autolesión ocupa o espazo mental e físico para encubrir o conflito adolescente. Trátase dunha estratexia defensiva que utiliza os procesos postos en marcha –o corpo coas súas novas demandas e excitacións e a elaboración das novas angustias e contidos psíquicos que esixe o mundo adulto– para crear unha distracción, un espellismo en que concentrarse para non mirar o que verdadeiramente sucede. Neste plano construído, o que aparece desde o exterior como obxecto de atención son as autolesións e a reacción ante elas, mantendo a problemática psíquica enmascarada tanto para o entorno social-profesional como para o propio suxeito.

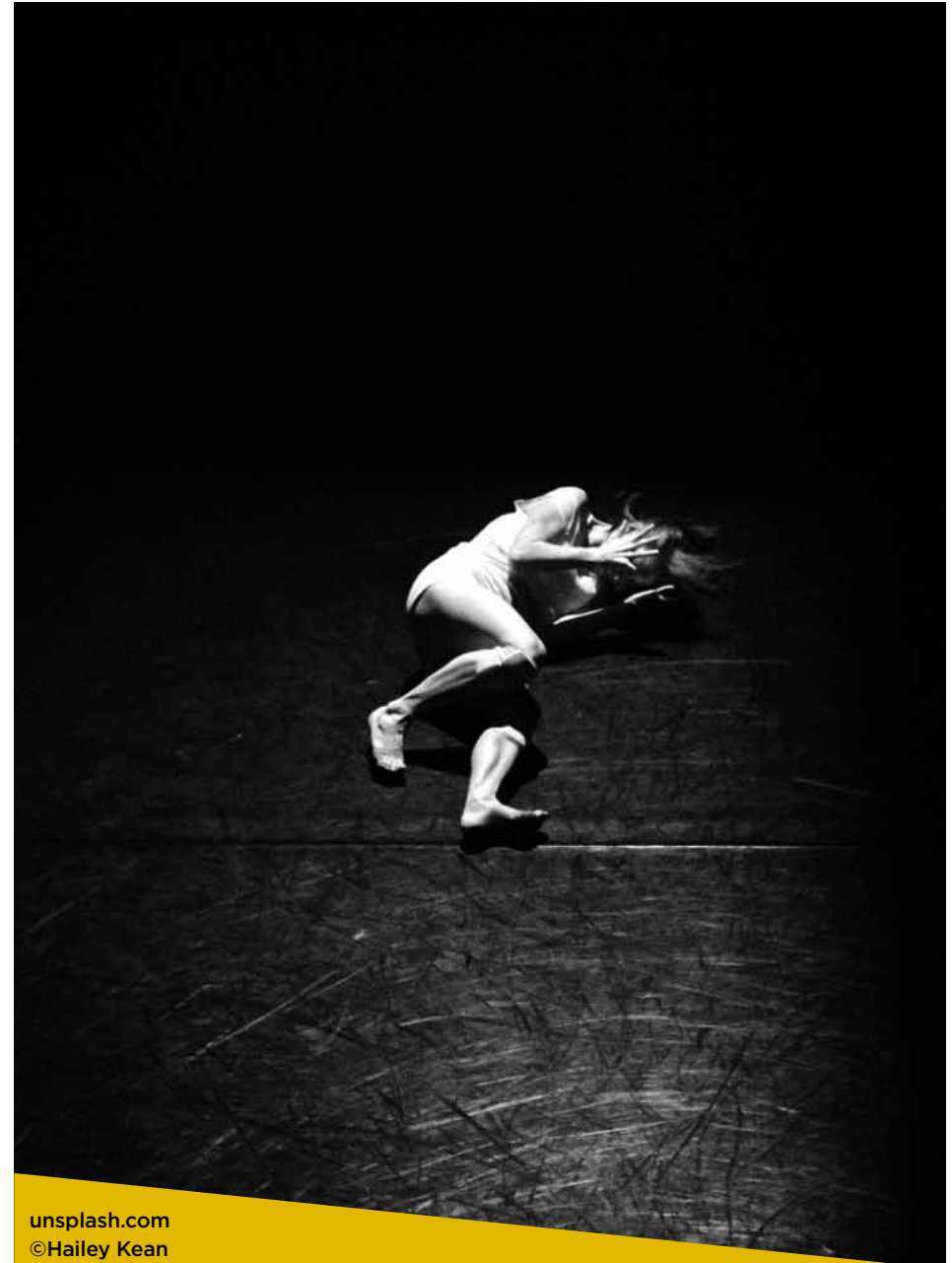
2 | Autolesións, o grito no corpo

Nas sociedades occidentais, a presenza de condutas que implican danos corporais inflixidos a un mesmo sen estar enmarcadas nalgún tipo de rito social foi habitualmente considerada un síntoma da presenza dun trastorno psiquiátrico, especialmente do trastorno límite de personalidade e o trastorno depresivo maior. Na actualidade, hai un consenso respecto ao aumento de prevalencia deste tipo de comportamentos nos últimos anos, e especialmente entre a poboación adolescente, por máis que resulta difícil establecer comparacións entre os estudos dispoñibles, que son escasos e utilizan distintas definicións e medidas para a obtención dos seus datos (Castro, Planellas e Kirchner, 2014; González-Suárez, Vasco-Hurtado e Nieto-Betancurt, 2016; Mollá et al., 2015).

Este aumento da prevalencia das condutas non suicidas de dano xerou unha maior atención a este tipo de comportamento como unha entidade en si mesmas, ata o punto de que o DSM-5 incluíu o termo de «autolesións non suicidas» (ALNS) -Non-Suicidal Self-Injury (NSSI), en inglés- para uniformar este fenómeno que foi nomeado de múltiples maneiras con pequenos matices entre os diferentes conceptos (autoagresións, violencia autodirixida, autoagresión deliberada ou conduta autolesiva, entre outras) (American Psychiatric Association, 2013; Castro, Planellas e Kirchner, 2014; González-Suárez, Vasco-Hurtado e Nieto-Betancurt, 2016; Mollá et al., 2015).

A pesar de todo, obsérvase nos estudos unha posición ambivalente, manténdose en ocasións simultaneamente a dobre consideración como trastorno en si mesmo e como síntoma, o que indica que se trata dun concepto que non está completamente precisado, nin aclarada a súa etioloxía nin determinado a súa abordaxe. Tamén se sinalou que a presenza de ALNS estaría correlacionada cun maior risco de realizar unha tentativa autolítica, polo que tería un valor predictor sobre a ocorrencia deste tipo de actos (González-Suárez, Vasco-Hurtado e Nieto-Betancurt, 2016; Mollá et al., 2015; Kimbrel, Chalhoun e Beckman, 2017), aínda que tampouco existe consenso sobre este aspecto. Ao mesmo tempo, os adolescentes que se autolesionan son máis propensos a implicarse noutras condutas de risco (Pommereau, 2006).

Téndese a relacionar as autolesións coa depresión, o trastorno límite de personalidade, a impulsividade, a baixa autoestima, os trastornos de conducta alimentaria, a presenza de conflitos persoais e outros factores ou variables situacionais -como o acoso escolar ou o abuso sexual, por exemplo-. Por outra banda, os artigos de revisión (González-Suárez, Vasco-Hurtado e Nieto-Betancurt, 2016; Mollá et al., 2015) semellan situar as dificultades de xestión emocional e de afrontamento como a causa principal deste tipo de comportamentos,



unsplash.com
©Hailey Kean

ao mesmo tempo que establecen a necesidade de posterior investigación para clarificar con maior precisión as causas e as estratexias terapéuticas que se deben ter en conta.

O DSM-5 establece que a autolesión non suicida supón unha autolesión dirixida á superficie corporal de tipo que adoitan producir sangrado, hematoma ou dor coa expectativa de que a lesión só entrañará un dano físico leve ou moderado. As características inclúen que o dano se produce de forma intencional na superficie do corpo, ten un carácter repetitivo, se trata dun comportamento non aceptado pola sociedade e ocorre asociado a pensamentos ou sentimentos negativos ou de preocupación ou a impulsos recorrentes. Como é habitual nos criterios diagnósticos, inclúese o efecto de deterioro da vida cotiá e a autonomía fronte a outro tipo de patoloxía psiquiátrica ou estados alterados. No tocante aos factores de risco e ao prognóstico, o DSM-5 recolle que, desde o punto de vista da análise funcional do comportamento, se propuxeron dúas teorías psicopatolóxicas: 1) a teoría da aprendizaxe, xa sexa como reforzamento positivo –autocastigo a unha conducta– ou como reforzamento negativo –regulación do afecto por redución de emocións e pensamentos desagradables– e 2) unha teoría que recorre ás dificultades interpersoais, considerando a autolesión como un castigo inflixido para compensar un sufrimento causado a outras persoas.

Desde a perspectiva das estratexias de afrontamento, estableceuse con certa regularidade nos diferentes estudos (Castro, Planellas e Kirchner, 2014; González-Suárez, Vasco-Hurtado e Nieto-Betancurt, 2016; Kirchner, Ferrer, Forns e Zanini, 2011) que os adolescentes que se autolesionan presentan un déficit en canto a estratexias de resolución de problemas e uso do apoio social, predominando o uso de estratexias centradas na emoción e na evitación. Con todo, ningún tratamento psicoterapéutico para as autolesións demostrou suficiente evidencia en adolescentes e o tratamento en resolución de problemas non é eficaz (Mollá et al., 2015), probablemente debido a que considera o problema específico do acto, sen atender á significación emocional que a autolesión implica para o suxeito. Do mesmo xeito, un tema que merece reflexión é o porque destes déficits e estilos de afrontamento e en que sentido se diferencian os adolescentes que se autolesionan doutros adolescentes que presentan similares padróns de afrontamento, pero non o fan. Podemos pensar que precisamente as dificultades para xestionar axeitadamente os cambios e os retos que se presentan na adolescencia podería motivar a utilización de estratexias de afrontamento ineficientes e por iso aparece o estrés emocional como síntoma. É dicir, estes adolescentes presentan importantes dificultades para afrontar os retos da vida e o proceso de entrada na vida adulta, o que reforza a idea das autolesións como intentos de elaboración e a súa frecuencia nos suxeitos con trastorno límite de personalidade ou depresión.

A definición de ALNS do DSM-5 sitúase en dous eixos: un eixo social que determina que as condutas non estean aceptadas pola sociedade, e un plano corporal dolorosamente directo que implica que as autolesións están encarnadas no suxeito, é o propio corpo e o sangue do suxeito sen ningunha mediación o que está en xogo. É a intervención activa e directa do suxeito a que xera dano, sen deixar ningunha marxe para a probabilidade ou a intervención de factores externos, polo que a autolesión suporía un xogo co límite da morte: a necesidade de tentear o límite corporal e, simbolicamente, existencial, aínda que de forma contida.

Outro tipo de autoagresións en que é o risco de dano –o incerto– o que da sentido ao comportamento non entran na definición. Exemplo disto serían o consumo de tóxicos ou a realización de prácticas sexuais en que o suxeito se expón a situacións onde é susceptible –pero non seguro– de contraer unha ITS (infección de transmisión sexual). Exemplos extremos son o *bugchasing*, práctica na cal unha persoa busca voluntariamente expoñerse a unha situación de posible transmisión do VIH, e o «xogo do resorte» ou «ruleta sexual», práctica sexual grupal na cal os rapaces sentan ou se deitan en círculo, en erección e sen roupa, mentres as rapazas se van sentando sobre eles alternativamente cada 30 segundos forzando unha penetración, de maneira que perde o primeiro rapaz que exacule. Nesta situación ábrese a posibilidade de adquirir unha ITS, de que se produza un embarazo non desexado ou de que o modo en que se produce o encontro sexual –se é que se lle pode chamar así– xere lesións físicas ou secuelas emocionais.

O papel do corpo en todo este proceso vén determinado por unha dobre dimensión:

- Como lugar onde reside a percepción, o corpo reforza o sentido da existencia.
- Como lugar da identidade, abre a posibilidade de modificar o corpo coa fantasía do cambio de identidade e incluso de posuír múltiples identidades simultaneamente.

Desde unha perspectiva evolutiva, a pel (superficie do corpo) e o sistema nervioso central e periférico derivan da mesma estrutura embrionaria, o ectodermo (Muñoz, 2013). Esta orixe común sitúa a pel como lugar privilexiado para a percepción de excitacións sensoriais e tamén como destino de significacións proxectadas polo aparato mental mediante a acción do sistema nervioso.

Desde a perspectiva simbólica da pel, Anzieu (1998) distingue varias funcións que cumpre o «eu-pel». Dúas delas son as seguintes:

- O eu-pel cumpre a función de mantemento do psiquismo, da mesma maneira que a pel cumpre unha función de sostemento do esqueleto e dos músculos.

- A función de continente do eu-pel é análoga á da pel, que recobre a superficie enteira do corpo, que é onde se insiren todos os órganos dos sentidos externos. A carencia desta función contedora do eu-pel xera a angustia dunha excitación pulsional difusa, permanente, non localizable, nin sosegable, que podemos entender como un núcleo psíquico sen codia. Noutros casos a envoltura existe, pero a súa continuidade está interrompida por buracos, de xeito que os pensamentos e as lembranzas se conservan con dificultade. Aquí a angustia derívase de ter un interior que se baleira permanentemente.

Neste sentido, «a dor emocional pode sentirse como algo vago e difícil de precisar con exactitude, falar dela ou aliviar. Ao cortarse, os adolescentes din sentir unha sensación de control e alivio ao ver e saber de onde provén a dor específica» (Lyness, 2015). Deste xeito, feitos traumáticos inscribíense na pel como reflexo da marca psíquica que produciron e como intento de elaboración. Para Mikolajczak, Petrides e Hurry (2009), a miúdo a autoagresión funciona como unha estratexia para regular as emocións, unha forma non verbal de comunicación onde os sentimentos se transmiten visualmente a través do corpo, «a través de tres traxectorias: a anulación das emocións non desexadas (como fórmula para distraerse de sentimentos intolerables); a súa materialización (facer que a emoción se converta nunha dor tanxible), e a súa transformación (a autolesión provoca a liberación de endorfinas, o que ocasiona certa «analgésia» que provoca unha sensación de benestar)» (p. 182).

Pola súa parte, Ferreira et al. (2012) identifican como motivos que dan os adolescentes para autolesionarse os seguintes: evitar ou suprimir sentimentos negativos, evitar ou suprimir imaxes ou recordos dolorosos, evitar facer algo malo que non queren facer, autocastigarse, a busca do pracer, a busca dun estado de entumecemento ou fuxir del, evitar ir ao colexio ou ao traballo, evitar relacións persoais, evitar ou suprimir pensamentos suicidas, mostrarse a si mesmos ou aos outros o forte que son e para restarse atractivo.

As autolesións, dirixidas a expresar para un mesmo, constitúen un fenómeno diferente da mutilación corporal presente nos rituais tradicionais, que conteñen unha intención comunicativa e relacional dirixida aos outros, ou o *body-art* (tatuaxes, perforacións...) nas que o corpo está integrado como soporte da obra. Esta calidade da autolesión como descarga é unha característica da nosa época, na cal abundan cada vez máis as condutas compulsivas dirixidas a paliar a sensación de baleiro, culpa e soidade presentes na sociedade actual.

Unha saída a todo este malestar sitúase na existencia de tribos urbanas que garanten unha identidade e un sentimento de pertenza a un grupo, proporcionan un marco de referencia para a interpretación do malestar e referentes na interpretación e no afrontamento do mundo.



unsplash.com
©Jairo Alzate

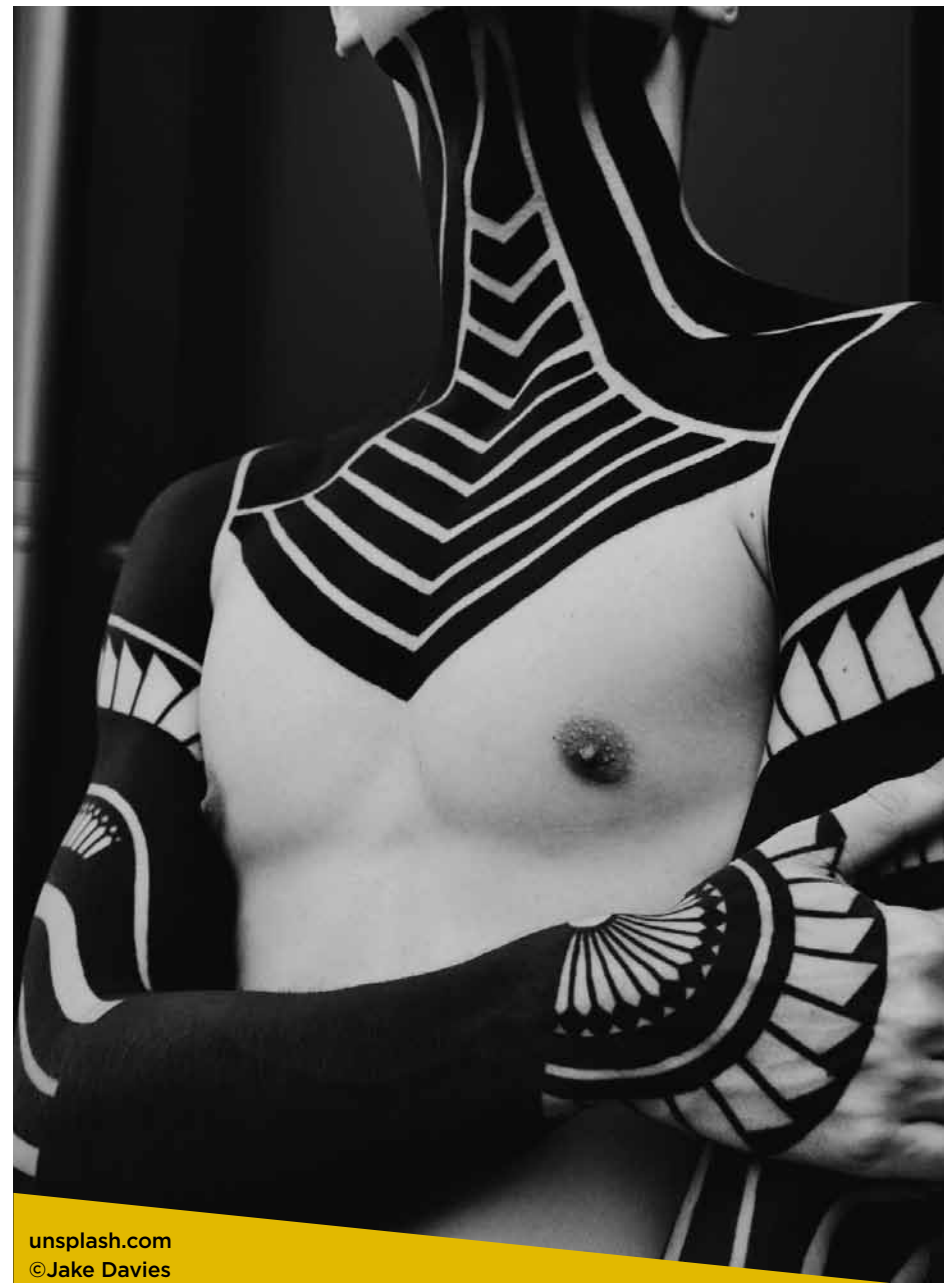
3 Marcas corporais, ritos de paso e tribos urbanas

Tradicionalmente, o rito de iniciación que se levaba a cabo na puberdade marcaba o paso da natureza á cultura e o acceso á participación social do individuo xa como adulto. É neste senso que as marcas corporais desempeñan unha función de inscrición: a pertenza dun individuo a un grupo social está marcada por incisións, esscarificacións, pinturas ou tatuaxes cos que o home primitivo intenta arrincarse a animalidade.

Existen numerosos tipos de marcas corporais: a tatuaxe, a esscarificación, a pintura corporal, a mutilación, a deformación, o implante, as queimaduras solares... En que se diferencian das autolesións? Precisamente o carácter social das marcas corporais, a súa busca da integración social é o que permite que sexan socialmente lexitimadas, mentres que a autolesión constitúe un acto individual, reservado para o propio suxeito. É desde esta significación que os rituais e marcas identitarias adoitan ser inflixidas por outro, que é quen introduce o elemento simbólico do social a través dunha cerimonia ou rito.

Os ritos de paso funcionan nunha dobre dimensión. Por unha banda, teñen unha significación interna, subxectiva, que lle indica ao suxeito que se transformou, que se converteu noutro, nun adulto. Pola outra, na súa dimensión social, ten unha significación pública -relacional- que sitúa ao suxeito, outórgalle un lugar en relación aos outros. Actualmente a carencia de ritos de paso designados socialmente obriga ao adolescente á procura de aquel acto que permita realizar este proceso. É este desencarnamento o que implica a necesidade de actos no corpo-carne que tratan de realizar esta vivencia de existencia, o de estar ligado a si mesmo para despois poder ligarse a outros.

Algúns autores defenden a concepción dalgúns tipos de marcas corporais como autolesións, recordando que «a dor, como acción directa e voluntaria sobre o corpo, é constitutiva das prácticas de iniciación na meirande parte das culturas (...); os cambios consecutivos de subxectividade non se proclaman, senón que se senten no corpo» (Jofré 2011). Deste xeito, a dor producida polo ritual é o prezo a pagar polo acceso ao social comunitario, e por iso inclúe unha cerimonia guiada por un adulto, que representa o poder do social, e dá testemuño do cumprimento da norma social. Desde esta perspectiva, a dor autoinflixida na autolesión tería a función do prezo polo acceso a un mesmo, á identidade para si mesmo, prezo que nunca se salda exclusivamente desde o propio suxeito, que se non atopa outra vía, acabará repetindo a autolesión. Neste senso, as marcas corporais poderían entenderse como autolesións simbolizadas, a través das que un conflito coa propia identidade e co corpo ten unha elaboración parcial que se resolve mediante a marca ou a modificación corporal, que dá acceso a unha identidade grupal. A partir desta idea, poderíase establecer como hipótese que cando as autolesións non compren con esta función de ligar ao suxeito a un sistema social, o proceso de busca continúa incrementando a intensidade, ata chegar potencialmente ao intento de suicidio.



unsplash.com
©Jake Davies

4 | A cara e a cruz: autolesións non suicidas e marcas corporais, un dobre camiño para o suxeito

Cada suxeito significase a través da súa historia de vida. Actualmente a presión á homoxeneización leva ao individuo a sentirse un obxecto intercambiable, substituíble por calquera outro, incluso na interpretación da patoloxía, na que tamén a través dos diagnósticos se nega a particularidade do significado do sintoma para cada persoa. Negando a subxectividades négase o valor e a autenticidade do suxeito, que queda desvalido e inerte nun mundo caracterizado polo indiferente.

Nun mundo en que os lazos relacionais están máis fragmentados que nunca, o corpo ocupa o primeiro plano. Trátase dun corpo que permite socializarse a través de códigos comúns –tatuaxes, «uniformes» de tribos urbanas, peiteados...–, pero tamén é o escenario sobre o que se produce a loita pola individuación, o ser único. Todo iso sobre un corpo fragmentado en múltiples sentidos: illado do resto da persoa –desexos, ilusións, formas de ser, personalidade e carácter– e esnaquizado en elementos que se individualizan a partir de «retoques» que moitas veces non constitúen tampouco unha narrativa corporal integrada que exprese unha mensaxe elaborada e coherente.

É desde esta perspectiva de confusión e escisión que a introdución da tecnoloxía acentuou a construción dun mundo paralelo que finalmente acaba cobrando maior valor de realidade que o mundo físico. Do visual, da imaxe, pasamos ao virtual e á imaxe desconectada do real, na que o corpo, «esta combinación de palabra e carne, de home e animal» (Alba, 2017), queda desprazado polas lóxicas do mercado e do dixital. O propio do tecnolóxico é o cambio permanente, a liquidez. Así o valor do corpo consiste en ser o soporte para o visual incorporado ao dixital e desa maneira sométese ás modas cambiantes, nas que se pode manipular, modificar, cambiar co obxectivo de poder incorporar un novo valor de novidade ao virtual. Así ocorre, por exemplo, no caso do *thigh gap* ou oco entre as pernas, que consiste en manipular o corpo para conseguir que as coxas non se xunten na cara interna: as partidarias desta moda consideran que o contrario é unha proba de gordura. O modelo que se segue é o da boneca Barbie e as modelos de pasarela, obxectos normativizados de desexo e canon da beleza «oficial» á que deben aspirar as mulleres para converterse en obxecto de desexo para os homes. O xeito de conseguir este efecto nas coxas inclúe realizar unha dieta estrita, ao borde da desnutrición, determinados exercicios para reducir o grosor das coxas e incluso cirurxía estética ou medicamentos que elimina a graxa na cara interna das coxas. Esta moda só puido establecerse desde a incorporación do tecnolóxico, das redes sociais, nas que o intercambio de fotos, consellos e experiencias substitúe a relación humana.

Como era de esperar, ao pouco de popularizarse o *thigh gap*, o seu valor de novidade xa está esgotado e xurdiu unha nova moda oposta: as «coxas de serea» (*mermaid thighs*), que reivindica que cada corpo é diferente invitando a aceptar os corpos tal como son. Non se trata dunha reapropiación do corpo, senón dun movemento de cambio permanente na procura do novo que leva dun lugar a outro nun movemento de oscilación, simplemente, pola forza da oposición ao anterior.

Que diferenza entón as autolesións non suicidas definidas polo DSM-5 e as autolesións culturalmente lexitimadas? Unha resposta é que estas últimas posibilitan a pertenza a un grupo, como os ritos de paso que permiten o acceso ao grupo social exogámico. Non obstante, observamos diferenzas nos tipos de autolesións e de rituais, o que nos leva á pregunta dos límites destes actos. É aceptable a pertenza a calquera grupo, a cal-

“Un corpo que permite socializarse a través de códigos comúns –tatuaxes, «uniformes» de tribos urbanas, peiteados...–, pero tamén é o escenario sobre o que se produce a loita pola individuación, o ser único”

quera prezo? Evidentemente non, xa que a sociedade non acepta calquera marca, como no caso de determinadas amputacións ou o coñecido xogo da balea azul, xogo no que un «titor en liña» determina unha serie de probas que deben ir superando, unha por día, e das que hai que ir publicando probas nas redes. O característico deste xogo é que as «misións» inclúen actos de dano corporal que se incrementan ata chegar ao suicidio.

Pero, que é o que nos escandaliza destes casos? A autoagresión, o tipo de dano que se produce ou a planificación dese dano en canto reflicte ata que punto estamos afastados de nós mesmos e da estrutura social que aceptamos calquera proposta de pertenza, calquera cousa que nos faga sentir vivos e en relación? Ou que sexa outro, calquera outro, incluso un outro dixital, quen permita realizar dita función?

Seguindo a Foucault, Bellido (2017) recolle o termo *assujettir* –«someter», que implica por unha parte a idea dunha figura que «somete» a outra, que complementariamente «se somete» ao seu saber e á súa guía– para insistir na importancia da dependencia como paso previo para conseguir a autonomía, a inevitabilidade de pasar pola dependencia para poder separarse. O estar «sometido» ao outro constitúe un elemento fundamental da identidade que establece a través da dependencia dese outro –a figura paterna–, que constitúe soporte e guía do suxeito no seu proceso de desenvolvemento, que ensina o que un non sabe e mostra aquilo ao que un aínda non pode acceder. O adolescente precisa saber que ten unha referencia fiable que o sostén. As autolesións supoñen un intento de ter a sensación de existencia desde a sensación do corpo, que constitúe o límite do real, porque se non hai figura paterna, non hai posibilidade de estruturación; se non hai filiación, non pode haber adolescencia, tal e como a entendemos, xa que non hai de quen separarse, non hai autoridade contra a que rebelarse para diferenciarse no proceso de constitución dunha identidade propia.

As autolesións aumentan nun contexto no que se perdeu o sentido de fronteira dos comportamentos e roles sociais, ao mesmo tempo que se diluíron os símbolos que marcan o cambio da condición psíquica e social do individuo debido ao que García (2015) chama «adolescencia líquida». Así atopamos de xeito bastante xeneralizado funcionamentos adolescentes e infantís en persoas dun amplo rango de idade, ao mesmo tempo que a hipersexualización da infancia introduce antes de tempo o propio da adolescencia a partir da puberdade e a reactivación da erotización e do desexo. Desta maneira, a adolescencia sitúase actualmente nun limbo sen espazo, empurrada pola infancia hipersexualizada e coa presión da adultescencia, que en lugar de ofrecer referentes adultos, disputa o seu lugar.

Por outra parte, nunha sociedade na que os lazos e os vínculos están diluídos, o valor social da autolesión aparece desligado dun obxectivo social e xa non

garante o acceso a unha comunidade, de xeito que o lugar ao que o suxeito adolescente pode aspirar e ao que podía acceder mediante o rito xa non está claramente determinado. O sentido da propia identidade, a conciencia de si como suxeito definido, único, está cada vez máis debilitado e incluso ausente, sendo substituído por unha especie de conciencia de consumidor, protagonista e obxecto ao mesmo tempo dun mercado no que o económico é o valor ao que se aspira e ao que se accede a través da posesión de obxectos.

Neste mercado de posesións, o corpo como lugar vivencial pasou a ser un corpo como obxecto atravesado pola mirada do propio suxeito e tamén pola mirada dos outros. O corpo permite ao suxeito dirixirse nunha dobre dirección. Nunha delas, expresa contidos psíquicos internos dirixidos a un mesmo –a autolesión sería un extremo disto–; na outra, e nun segundo momento, diríxese aos demais –marca corporal–. Este proceso non sempre se produce nestas dúas etapas, de maneira que se a intensidade do interno é intolerable e non se pode organizar o suficiente, queda bloqueado na autolesión, sen chegar a adquirir o elemento comunicativo cos demais, que require dun certo nivel de elaboración e estruturación. De aí podemos supoñer a relación entre a autolesión e os posteriores intentos de suicidio, do feito de que para algunhas persoas autolesionarse non supón unha descarga suficiente de angustia, nin sequera momentaneamente, de xeito que ten que ir un paso máis alá no intento de chegar a si mesmo para acceder a outros.

Se, como sinala Le Breton (2002), o corpo é creado historicamente e moldeado polo contexto cultural e social no que está inmerso, as prácticas corporais da actualidade parecen dirixirse cara ao incremento –cada vez máis territorio corporal intervindo– e cara ao extremo –incluíndo autolesións e autoamputacións–, reflectindo desta maneira en cada individuo a dislocación do corpo social.

ENCONTROS COA AUTOLESIÓN A TRAVÉS DUN CASO: EXPERIENCIAS DURANTE A RESIDENCIA

Almudena Campos González

PSICÓLOGA CLÍNICA

Esther Reguera Rodríguez

RESIDENTE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA NO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE.

✉ camposalmudena@gmail.com / esther.regrod@gmail.com

RESUMO: Neste artigo preténdese dar a coñecer as vivencias experimentadas coas autolesións desde os inicios da práctica clínica, no período da residencia. Para iso, dúas residentes expoñemos e describimos as nosas propias experiencias baseándonos no mesmo caso clínico (a paciente A.), co que tivemos contacto durante seis meses aproximadamente e cun espazo de dous anos de diferenza entre unha e a outra. Aquí mestúranse descrições de situacións vividas en primeira persoa coa paciente, xunto coas emocións e os pensamentos que estes encontros nos xeraron. Así mesmo, tamén se inclúen comentarios teóricos en relación con certos aspectos clínicos descritos, que teñen a intención de explicar en certa medida o exposto. Pretendemos dar un punto de vista crítico do noso papel como clínicos e os supostos que nos condicionan nas nosas intervencións.

PALABRAS CLAVE: autolesións, experiencias, residencia.

ABSTRACT: The aim of this article is to show experiences related to self-injuries from the beginning of clinical practice, during residency. We, the authors, two residents, explain and describe our own experiences based on the same clinical case (patient A.), who was treated by both of us for approximately six months, two years apart. We describe several situations experienced first-hand with the patient, and the emotions and thoughts that these meetings generated. Furthermore, theoretical comments are also included to try to explain certain clinical aspects described throughout the article. We aim to give a critical point of view of our role as clinicians and the assumptions by which we are conditioned in our interventions.

KEY WORDS: self-injuries, experiences, residence.

SUMARIO:

- 1 Experiencias do 2013/14.
- 2 Experiencias do 2015/16.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Doctors, S. (2007). *Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia*. *Aperturas Psicoanalíticas*, 27.

Dozza de Mendonça, L. (2017). Acompañamiento terapéutico con personas con patologías mentales graves. *Formación Continuada a Distancia, Consejo General de la Psicología de España*, 33, edición: abril-xuño 2017.

Favazza, A. (1990). Treatment of patients with self-injurious behavior. *American Journal of Psychiatry*, 147, 954-955.

Favazza, A. e Simeon, D. (1995). Self-mutilation. En A. H. D. J. Stein (Ed.), *Impulsivity and agresion* (pp. 185-200). Chichester: John Wiley & Sons.

Forti Sampietro, L. e Forti Buratti, M. A. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 149-154.

Garza-Laguera, A. e Castro, C. (2016). Terapia Breve en un caso de autolesión no suicida. *Revista Psicología Científica*, 9(11). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida>

Guía de Práctica Clínica. Manejo a largo plazo de las conductas autolesivas. Resumida e traducida con autorización do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Recuperado de <http://guidance.nice.org.uk/CG133>.

Holmes, J. (2009). *Teoría del Apego y Psicoterapia. En busca de la base segura*. Desclee de Brouwer.

Russ, M., Roth, S., Lerman, A., Kakuma, T., Harrison, K., Shindlecker, R., ... e Mattis, S. (1992). Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 32, 501-511.

Symons, F. (2002). Self-injury and pain: models and mechanisms. En S. Schroeder, M. Oster-Granite e T. Thompson (Eds.), *Self-injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships* (pp. 223-234). Washington D. C.: American Psychological Association.

Van der Kolk, B. A., Greenberg, M. S., Orr, S. P. e Pitman, R. K. (1989). Endogenous opioids, stress induced analgesia, and posttraumatic stress disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 417-421.

Villaruel, G., Jerez, S., Montenegro, M. A., Monte, C., Igor, M. e Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 38-45.

1 Experiencias do 2013/14

Inicios medorentos

Recordo aqueles primeiros días camiñando polo psiquiátrico, iniciando a que sería unha das rotacións máis duras, pero tamén máis proveitosas, e que para min supuxo un cambio persoal e profesional inmenso. Aqueles meses acercáranme de cheo ao máis esencial, pero tamén ao máis complexo, que caracteriza ao ser humano: o sufrimento. Que facer? Como? O como era un misterio para min (e quizais o siga a ser), a pesar de ver día tras día os profesionais realizando intervencións algunha vez sinxelas, outras moi complexas, algunhas que chegaba a comprender e outras para as que carecía de formación suficiente.

Mentres tanto, eu, presa dese medo co que comecei esta exposición, limitábame a observar e, por que non dicilo, ás veces a evitar eses intercambios e coincidencias co outro que sofre, eses intercambios que me intimidaban e que me dicían sen dicir o pouco ou nada que eu podía achegar para calmar ese sufrimento. Porque falar calma. Ás veces calma o paciente, pero outras moitas a quen calma é ao terapeuta, o interlocutor. Pero como intervir sen falar? Que lle podía ofrecer eu, inexperta, a aquela xente? Pois esa ía ser a tarefa neses meses. O máis complexo: moverme entre a exposición e a evitación fóbica, é dicir, intervir adecuadamente e non deixar de facelo polos meus propios medos.

O sufrimento no hospital tiña o nome de A. A. era unha das pacientes que máis tempo levaba ingresada nese hospital, que supuña un reto continuo para todo o persoal da unidade. As continuas demandas de tratamento, de atención, ameazas, etc. colocaban no límite ao máis experto e curtido dos profesionais. O sufrimento de A., que ás veces era silencioso, outras expresábase con voz propia en forma de petición de axuda, outras veces a través de berros e ameazas. Pero a peor das formas para min era sen dúbida a través do acto, que case sempre era unha reacción de dano cara a si mesma, a autolesión.

Levaba anos ingresada na unidade máis pechada do hospital, onde estaba máis vixiada e non podía saír con liberdade do recinto, pois o seu estado clínico non o permitía. Non estar vixiada a maior parte do día e sen certa limitación de obxectos supuña un risco para A., xa que en segundos era capaz de facer o inimaxinable, desde inxerir toda clase de obxectos, ata rabuñarse arrincando a pel da cara. Ninguén era indiferente á súa presenza, ao seu sufrimento. Tiña unha mirada ás veces penetrante, intimidatoria, viva, brillante; outras, baleira, apagada, cansa. Ás veces parecía simplemente non estar, outras era a súa presenza a que o enchía todo.

Pouco tempo pasa desde que un coñece a A. e comeza a preguntarse que lle pasa, por que acabou alí, e como a debería tratar. Despois destas cuestións ían

xurdir outras, amoreándose na miña cabeza atropeladamente, froito das miñas angustias como residente. Que lle digo? Saúdoa «normal»? E se fai «algo», que fago eu? E se me pregunta algo, que contesto? Unha especie de curiosidade mesturada con certo temor invadíame naquel momento.

Pronto me ía enfrontar a unha das situacións máis angustiosas que vivín durante a residencia (que curioso, que agora que as lembro, ambas tiveron que ver con autolesións dalgún xeito). Dispúñame, xunto a outro compañeiro residente, a levar a cabo o grupo de «Bos días» da unidade. Non lembro se foi a casualidade ou a miña intención de facilitar o contacto con A., que acabei sentada ao seu carón. Tampouco lembro con exactitude cal foi a cuestión ou se non houbo ningunha cuestión previa que xerara en A. tal enfado, pero pouco tempo despois de empezar a falar cos pacientes, A. comezou a blasfemar e a berrar cara a min, cos puños apertados en fronte da miña cara, e con esa ollada penetrante e ameazante que me deixou paralizada. Co medo, só puíden mirala fixamente, supoño que con cara de «por favor, non fagas nada» e non dixer nada, só a mirei, ou iso é o que recordo facer. A. decidiu marchar da sala. E eu? Eu seguín paralizada, supoño que durante segundos que a min me pareceron horas, e intentei rematar o grupo como puíden. Recordo que o meu compañeiro me dicía: «Pero que facías alí quieta? Case che arrea!» Non pensas, simplemente actúas, ou non, ou quizais si pensas tan rápido que a mellor decisión que tomas é quedar quieta. Quizais.

Desde logo, aqueles inicios non pintaban moi ben, e non me quedaron moitas ganas de repetir o grupo. Pero a miña tarefa era aprender, e practicar, e arriscar, e acertar; e outras veces fallar. Neste sentido, paréceme que poder compartir este tipo de cuestións cos teus compañeiros de traballo, adxuntos, etc. che axuda a poder validar as túas experiencias e a sentir que estas situacións adoitan pasar neste traballo, e son difíciles de «encaixar». En resumo, paréceme importante «coidarse para coidar».

Vínculo, alianza

Durante aqueles meses fixémonos boas amigas. Quen o diría despois daquel inicio! A. era así, violenta e amigable á vez. Durante épocas en que clinicamente non estaba no seu peor momento, dispuña dalgún tempo ao día para baixar á cafetería do hospital e tomar o seu ansiado café e fumar o seu cigarro. O café e o cigarro ben podían tranquilizar ou alborotar a A. Desde logo eran elementos sumamente importantes na estabilización ou desestabilización clínica desta paciente. Algunha vez fun tomar o café con ela. Tiñamos charlas interesantes sobre temas «femininos» (o corte e a cor de pelo, a depilación, a roupa...). E o regreso

á unidade transcorría sen problemas, ás veces con algunha demanda de tempo extra, moi razoablemente, ante a cal oscilábamnos entre uns minutos extras e outras veces a miña desculpa e argumentación de «non transgredir a norma», e que ela aceptaba con resignación.

Acercábase o día do seu aniversario e dado que unha das actividades de terapia ocupacional era o obradoiro de cociña, que mellor idea que preparar unha tarta para A. e facerlle unha pequena sorpresa. Foi algo proposto polos propios compañeiros de A. e a nós pareceunos ben participar nesta idea. Ocupámonos de falar co persoal da unidade para que dispuxesen o comedor libre e tamén para que invitasen os pacientes da unidade e do resto de unidades do hospital a unirse. En nome do persoal, decidimos mercar unha pulseira de regalo, que acordamos que sería entregada polo seu psiquiatra, co que tiña un gran vínculo. Ese mesmo día tivemos unha reunión previa de coordinación os membros do equipo terapéutico para levar a cabo o plan, na que a psicóloga clínica comentou algo que a min non se me pasara pola cabeza. Existía a posibilidade de que a sorpresa tivera unha consecuencia negativa en A., froito probablemente da intensa emoción, e que puidera facerse dano ou alporizarse de tal xeito que acabase na UCI, coma outras moitas veces pasara. Eu non facía máis que pensar no surrealista da idea, a quen non lle ía gustar esta sorpresa? Que podería haber máis «normal» que verse homenaxeada no seu aniversario e máis con este agarimo por parte de todos? Eu só podía ver cousas boas e por que non dicilo, pareceume incluso mal aquel comentario tan pesimista. Agora que o penso, a miña reacción naquel momento parecíase a un proceso de dó con todas as súas etapas, que se resolveu coa aceptación, ao ver tamén que o resto dos membros do equipo lles parecía moi lóxica esta posibilidade e estaban de acordo con estar atentos e prepararse para todo. Á fin e ao cabo, o noso deber como profesionais é estarmos preparados e sopesar as nosas intervencións. E tamén con certa culpa porque era algo necesario a ter en conta para prever maiores inconvenientes e que formaba parte das miñas responsabilidades como futura especialista e como residente en formación naquel momento.

Como acabou a cousa? Ben, moi ben. A., feliz, impresionada, sorprendida, agradecida... E o resto das persoas que alí estabamos, contentas por compartir ese momento con ela. Non se cumprira aquela posibilidade dun final amargo (menos mal, penso eu). E por que? Quero pensar que algo ten que ver coa relación, con iso que ocorre entre as persoas e entre os pacientes e os terapeutas, con aqueles que intervimos no seu proceso de recuperación. Creo que algo disto ten que ver co vínculo que se establece, coa aceptación incondicional da persoa que sofre e que tentamos axudar. Con confiar nas súas posibilidades, con ir ao seu ritmo, con respectala á fin e ao cabo.



unsplash.com
©Aimee Vogelsang

Autolesións

Unha conducta autolesiva defínese como «toda conducta deliberada destinada a producirse dano físico directo no corpo, sen a intención de provocar a morte» (Favazza, 1990). É un acto intencional e directo, e busca ter un impacto inmediato sobre o corpo. Existen gran cantidade de formas, distintas, máis ou menos agresivas, polas que unha persoa pode inflixirse dano a si mesma. Aquí cabería falar das moitas cousas que os seres humanos facemos diariamente (ás veces sen ser conscientes) que poderían encadrarse dentro das autolesións (beber, fumar, comer..., «a clínica do exceso»), aínda que non adoitan cualificarse deste xeito ao ter como obxectivo a busca inmediata do pracer.

As conductas autolesivas ou autolesións son unhas das conductas que poden presentar un paciente e que para o profesional supoñen máis gravidade. Por que? É algo visible, desagradable, incomprendible e que vai en contra do «instinto de supervivencia» que se supón que temos. Ademais, existe un risco maior de inflixirse un maior dano, como o intento de suicidio. Segundo Villarroel et al. (2013), o antecedente de conductas autolesivas é un dos preditores máis potentes de suicidio consumado. Pero, sobre todo, o máis destacable é que mostra o nivel de angustia que pode presentar alguén. Era o síntoma, expresado en acto, que máis chamaba a atención sobre A.: desde inxerir obxectos pequenos ata ser capaz de rabuñarse a cara arrincándose a pel, unha «conducta autolesiva impulsiva» (Favazza e Simeon, proposta en 1995), pero... como defendela de si mesma? Ás veces recorríase a palabras de calma que en ocasións non tiñan efecto, ata que finalmente, posiblemente como única alternativa, se procedía á contención mecánica e o paso á UCI da unidade. Isto é algo que co transcurso dos anos deu conta dun avance a nivel clínico moi importante en A., por un lado, e por outro lado, dun cambio do estilo de coidado por parte do persoal da unidade. Nos últimos anos, A. é capaz de identificar os sinais de angustia e pedirlle ao persoal da unidade que lle faciliten estar na UCI, dun xeito tranquilo e evitando a experiencia negativa da contención.

Un pensa en opcións encamiñadas a unha solución, evitar que A. se sinta mal para evitar a autolesión, evitar a autolesión en si... Pero como seres racionais e con tendencia a comprender todo o que nos rodea, na miña cabeza non deixaba de aparecer a pregunta da causa: por que? Era unha reacción impulsiva? Unha petición de axuda? Un odio cara a si mesma? Un alivio do seu sufrimento? Que paradoxal aliviar o sufrimento psíquico co físico! Iso me parecía a min naquel momento. Agora, co paso do tempo, con algunha lectura sobre este tema e coa experiencia de coñecer outras persoas que se autolesionan, entendo que pode funcionar como unha especie de cortocircuíto e desvío da atención cara a algo máis externo e palpable. É poñer fóra, facer visible a ferida interna. Por outro lado, a reacción dos demais sempre é inmediata, e sempre adoita ser a protección da persoa e o seu coidado. Ten entón un carácter interpersoal, o involucrar o outro no mesmo acto. Segundo Doctors (2007), estas reaccións de autolesión estarían relacionadas con experiencias temperás de «violencia emocional», nas que, por exemplo, un pai ou unha nai abusa dun neno (física ou psicolxicamente) e lle fai máis dano aínda dicindo que o neno provocou esa conducta de abuso ou ben que a resposta do pai ou nai é un acto de amor. O neno ou nena recorre á autoxestión emocional, e dentro desta autoxestión estaría a conducta autolesiva. A persoa «aprende» a anticipar a ansiedade que deriva da interacción co outro e retráese dela, evítala. Polo tanto, a autolesión sería un tipo de autoxestión extrema. Sería esta unha reacción que serve para rescatar a A. dunha experiencia de sentirse morta, baleira ou despersonalizada? Quen sabe, sentir dor é sentir vida.

Haberá unha especie de pracer, goce, neste tipo de conductas? Nos anos 90 intentáronse describir os procesos e os sistemas neurobioquímicos afectados polo trauma. A hipótese é que durante o trauma os

“Entendo que pode funcionar como unha especie de cortocircuíto e desvío da atención cara a algo máis externo e palpable. É poñer fóra, facer visible a ferida interna”

altos niveis de excitación emocional interfíren coas funcións cerebrais normais que procesan a experiencia, polo que habería datos sensoriais cargados afectivamente sen asociación coa linguaxe. Estes individuos terán unha tensión crónica e intensa, séntense atafegados por experiencias que non poden comunicar en palabras. Van der Kolk (1989) propuxo que a autolesión trataría esta angustia porque descarga opiáceos endóxenos, o que produciría calma e lucidez. Podería entón crearse un ciclo de adicción no cal, ao diminuír os opiáceos levaría a autolesionarse de novo en busca dun novo estado de calma. Estudos experimentais de dor aguda estendéronse a pacientes con trastorno límite da personalidade. Algún destes pacientes que refíren non sentir dor coa autolesión, responden a indución experimental de dor aguda con analxesia, cunha conseguinte mellora do humor. Isto levaría a especular que estes efectos son debidos a mecanismos cerebrais, que se cren reguladores tanto da dor como do afecto (Russ et al., 1992; Symons, 2002). Polo tanto, no caso de A., suporía que estimular a pel ou cortala en diferentes sitios e de distintas formas debe producir uns efectos inmediatos calmantes. Isto podería dar conta da persistencia deste tipo de condutas en pacientes de moi diversa tipoloxía (retardo mental, trauma, ansiedade...). Por tanto, o tratamento iría encamiñado a mellorar a vulnerabilidade á angustia, para evitar a cronificación (véxase que agora A., nalgunhas ocasións, identifica a angustia antes de «desestabilizarse» e autolesionarse).

Acompañamento

Aínda que tecnicamente se define como unha actividade no contexto comunitario e domiciliario, penso que este tipo de abordaxe e os seus principios se poden adaptar ao traballo dentro da institución, combinándoo coas intervencións máis clínicas e estruturadas. Suporía realizar actividades terapéuticas ou rehabilitadoras co paciente que non impliquen traballar ou intervir directamente coa patoloxía, tratando de desenfocar da identidade de persoa con enfermidade mental. Deste xeito, poténcianse os aspectos da «parte sa», cunha abordaxe baseada na saúde, en lugar da enfermidade, e respectando as necesidades do paciente. Ademais, o acompañante terapéutico (AT), neste labor co paciente, pon de manifesto aspectos máis subxectivos, como opinións propias sobre temas ou actividades que se estean realizando (opinións, experiencias), o que ten efectos terapéuticos sobre o paciente e facilita o vínculo. Non obstante, é importante destacar que a relación entre paciente e AT é asimétrica, xa que este último está modulando e observando os efectos da súa actitude sobre o paciente, desde unha perspectiva profesional, teórica e técnica. Como sinala no seu artigo Dozza de Mendonça (2017), «un non di calquera cousa, (...) nin escoita de calquera maneira» (p. 8), facendo referencia á formación previa que debe ter o profesional que desempeña o rol de acompañante terapéutico.

Artista

O que si sei é que ela é unha artista. A capacidade de expresión a nivel artístico é sorprendente. Hai épocas en que a produción de debuxos é constante e outras en que é simplemente inexistente.

Quizais non me sorprendería esta calidade se fose outra persoa, se non a coñecese no hospital. Non me gusta que me sorprenda. Si, está ben iso de estar atentos ás fortalezas e aos recursos dos pacientes, pero isto ten un lado amargo: non entraba dentro das expectativas que eu tiña dela, é dicir, non consideraba que podía destacar nalgo nese momento («parte sa»). Quizais os prexuízos e o estigma me teñan máis limitada do que penso, do que me gustaría. E sei que loitar ou cambiar algo do que non es consciente e do que tes que desfacerse é difícil, por non dicir imposible. Isto é algo que na formación é importante, e creo que deberíamos pensar sobre isto e traballar para cambialo.



unsplash.com
©Christopher Campbell

Ela fíxome o mellor regalo de despedida. Un debuxo dedicado, con firma e data. Un debuxo dunha moza, con aparencia de heroína estilo banda deseñada «manga», rubia, exuberante, vestida de negro. Sería azarosa esta elección? Ou tería algún significado para ela, para min? Pensándoo agora ela é algo rubia... Quizais sexa ela unha heroína na súa vida, e quero pensar que os meus encontros con ela a fixeron sentir así.

2 | Experiencias do 2015/16

Tras dous anos, diferente perspectiva, distintas impresións e mesmos medos

Falar de A. é, inevitablemente, falar de inestabilidade. Ou da busca interminable dunha estabilidade que nunca chega...

Revisando as notas da súa historia clínica, topeime cunha frase dita por ela que penso que resume un pouco esta busca: «Eu só quero que a fin de semana sexa como o resto da semana».

É innegable que resulta tranquilizador para as persoas o percibir certa constancia vital. Pero, que ocorre cando isto non se percibe? Que facer cando o que se percibe, lonxe de ser constante, é impredecible, ameazante, incontrolable...? Como podería alguén manterse estable cando o ambiente é tan hostil? De entrada parece unha tarefa esgotadora. Pero hai outra cuestión, non menos relevante, que se me presenta como residente: que podo facer eu, como profesional, para axudar a unha persoa que vive o mundo desta maneira?

A primeira vez que ves a A. poden ocorrer dúas cousas: podes coñecer unha persoa doce e entrañable, que te saúda cun sorriso e palabras amables; ou ben podes coñecer unha persoa co bico torcido e irritable, con poucas ou nulas intencións de establecer ningún tipo de contacto interpersoal. Sendo totalmente sincera, non podería concretar cal destas dúas persoas me topei eu a primeira vez que a vin. O que si está claro é que ao longo da miña rotación no dispositivo en que ela se atopaba (e se atopa) ingresada, tiven a oportunidade de apreciar de maneira alternante estes dous estilos de A. Non pretendo insinuar que A. tivese «dúas personalidades», ou que tivese dúas formas ríxidas de comportarse, intento expresar o contraste que para min supuñan estes polos no amplo rexistro condutual de A. e a aparente velocidade coa que podía oscilar dun ao outro. É quizás este continuo oscilar o máis estable que atopou na súa vida?

Tal vez polo «estilo cambiante» dela, tal vez pola miña propia inseguridade como residente, o feito é que me vin cada mañá saudando a A. da forma máis neutral

posible e esperando a súa reacción para adaptarme a ela: se me respondía cun sorriso, eu faláballe do mesmo xeito; se me respondía de maneira queixosa e evasiva, eu abstíñame de iniciar unha conversa. Claro, parece razoable respectar as persoas e non exercer presión cando non teñen ganas de falar. Ou acaso estaba entrando eu tamén nun estilo de conduta pouco estable? Estaba eu contribuíndo á falta de constancia percibida por A.? Como atopar un equilibrio entre mostrarme afectuosa e respectuosa cos seus intereses e, ao mesmo tempo, transmitir unhas normas estables? Este equilibrio aseméllase vagamente aos diferentes estilos educativos e á importancia de dar amor e poñer límites para favorecer o establecemento de vínculos de apego seguros.

Cando A. fala da súa infancia xorden temas como os celos cara ás irmás pequenas, inxustizas ou sensación de ser tratada de forma diferente polos pais («A min fíanme traballar e a elas permitíanlles todo») e comentarios negativos sobre a nai. De xeito que, ao vela no hospital moi afectada porque a esta ou a aquela lle prestan máis atención que a ela, resulta sinxelo ver unha asociación entre estas situacións e as que ela lembra de cando era nena. Desgraciadamente, as dinámicas hospitalarias non son nada facilitadoras do establecemento de vínculos seguros, e con demasiada frecuencia as actuacións nestes casos por parte dos profesionais, lonxe de fomentar a percepción de constancia, reforzan aínda máis a visión que A. ten do mundo. Como dicía, resulta complicado situarse na posición adecuada, pero hai que ter presente que «os terapeutas seguros contrarrestan os padróns de apego dos clientes, os terapeutas inseguros refórzanos» (Holmes, 2009: 239).

Ao pouco de coñecer a A., un dáse conta de que é unha persoa con serias dificultades para iso que chamamos autorregulación. Ao non ser capaz de xestionar de forma interna as súas emocións (que, como dicía, polo xeral son intensas e oscilantes, impredecibles, ameazantes, incontrolables...), A. fai un amplo despregue de estratexias de regulación externas. Por exemplo, pode intentar buscar unha explicación «corporal» á experiencia emocional (xeralmente relacionada co consumo de café ou tabaco). En ocasións con isto basta, e dicirse que nota inquietude ou malestar porque tomou moito café pode ser útil e tranquilizador. Cando isto non é suficiente, busca límites noutras persoas, e solicita normas como que se lle prohiba tomar café ou que se lle retire o permiso para saír da planta. En ocasións con isto abunda, e dicirse que o malestar non vai aumentar porque non pode tomar máis cafés pode ser útil e tranquilizador. Cando isto non é suficiente busca límites físicos, e solicita que a poñan en contención mecánica. En ocasións con isto basta, e dicirse que aínda que o malestar continúe aumentando ela vai estar coidada e ben atendida nun lugar seguro pode ser útil e tranquilizador. Finalmente, cando nada disto é suficiente, é cando recorre ás autolesións como recurso último ante un malestar incontrolable. Ou, explicado doutra maneira:

A ira pode ser, en si mesma, un tipo de última oportunidade para obter a base segura, como forma de activar os cuidadores para que respondan e tamén como un «fogar» ao que, cando todo o demais falla, o sufridor poida volver -moitas veces seguido por estados psicolóxicos de esgotamento que teñen características da base segura. (Holmes, 2009: 73)

Algo que chama moito a atención sobre A. en relación coas autolesións é a súa velocidade de recuperación. A pesar da frecuencia con que acontecían (moitas veces rabuñándose a cara e provocándose, segundo comentaba o persoal, feridas bastante profundas), durante os seis meses da miña rotación penso que non lle vin marcas na cara máis que nunha ou dúas ocasións. Ben fose porque tras o episodio pasaba un día na UCI, ou porque coincidía no medio da fin de semana, ou porque simplemente non coincidía que eu me cruzase con ela, o caso é que cando eu a vía tiña a pel da cara totalmente normal e sen sinal algún que puidese indicar que dous ou tres días antes se agredira de forma feroz. Algunha das miñas compañeiras e eu chegamos a comentar en broma (en broma, si, pero sen explicación alternativa), se esta velocidade inusual de recuperación dermatolóxica tería algún tipo de relación coa velocidade inusual coa que cambia dun estado emocional a outro.

Relendo o escrito, doume conta de que presentei numerosas cuestións e non dei resposta a ningunha, pero tal vez isto sexa o máis axeitado, xa que estou a falar dunha persoa que leva máis da metade da súa vida facéndose preguntas sen atopar respostas.

Estabilidades ante a inestabilidade

Estes dous relatos pretenden ilustrar a percepción que, como profesionais en formación, tivemos en relación coa paciente A. e coa súa patoloxía, caracterizada principalmente pola autolesión como manifestación clínica principal. En ambas as experiencias descríbense intercambios e interaccións coa paciente en que con maior ou menor éxito o obxectivo pretendía ser terapéutico. Así, analizando con carácter retroactivo, o que parece claro é que, independentemente de onde se poña a énfase, as sensacións percibidas polas dúas profesionais que expuxemos as nosas experiencias neste artigo son comúns. Por un lado, o medo a non saber como actuar e como xestionar; no primeiro caso, as características das propias autolesións como síntoma, e no segundo caso, analizando a inestabilidade como característica central de A. Finalmente, gustaríanos destacar e sinalar o asombro e a admiración ante os recursos mostrados por esta persoa.



unsplash.com
©Elijah O'Donell

AUTOLESIONES COMO ESTRATEXIA AUTORREGULADORA CANDO NON CONTAMOS CUNHA VINCULACIÓN SEGURA

María Balsa García

PSICÓLOGA CLÍNICA, UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

✉ mabaga2004@hotmail.com

RESUMO: Nos últimos anos, as autolesións como demanda de consulta experimentaron un incremento exponencial. O obxectivo deste artigo é profundar na comprensión das autolesións e relacionalas co padrón de apego establecido na primeira infancia, cos proxenitores ou adultos de referencia, e co déficit de capacidades de autorregulación.

PALABRAS CLAVE: Autolesión, capacidade autorregulatoria, apego, adolescencia, saúde mental infanto-xuvenil.

ABSTRACT: In recent years, self-injuries as a reason for consultation have increased exponentially. The aim of this article is to understand self-injuries more deeply and connect them with the pattern of addiction established in early childhood with parents or adults of reference, and with the deficit of self-regulation capacities.

KEY WORDS: Self-harm, self-regulatory capacity, attachment, adolescence, child and adolescent mental health.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Definición e epidemioloxía.
- 3 Que nos di a teoría sobre a natureza das autolesións?
- 4 Casos clínicos.
- 5 Conclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida. Vol. 1: El apego*. Barcelona: Paidós.

Cortés, C. (2017). *Mírame, siénteme. Estrategias para la reparación del apego en niños mediante EMDR*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Casado, L. C. (2011). *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes* (tese doutoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Doctors, S. (2007). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. *Aperturas Psicoanalíticas*, 27.

Doctors, S. (2013). Perspectivas del apego en el trabajo clínico con adolescentes y sus figuras parentales: el uso del cuerpo para la regulación emocional. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(2), 296-307.

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3.

Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4.

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M. e Zanini, D., (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235.

Lupo, W. (2015). EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego. *Intercanvis*, 35, 23-31.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition.

Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 25-52.

Stern, D. N. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., e Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 14.

1 | Introducción

Autolesión, dano autoinflixido, xesto autolítico ou xesto parasuicida son conceptos que cunha frecuencia cada vez maior nos atopamos nas redes sociais, na televisión, en conversacións de nenos e adolescentes, e que se converteron nunha demanda común na consulta de saúde mental infanto-xuvenil.

Como en todo síntoma, cando analizamos as autolesións, debemos ter en conta a multicausalidade do mesmo. Poden existir factores intrapsíquicos, relacionais e sociais. Os rápidos cambios que se deron na comunicación nas últimas décadas fan que se poida compartir unha cantidade inxente de información. Atopámonos con múltiples blogs, páxinas web, noticias ou series de televisión que tratan temas como a anorexia ou a bulimia nerviosa, as autolesións ou o suicidio. En demasiadas ocasións, os nenos e os adolescentes vense expostos a esta información sen a necesaria supervisión adulta que os axude a establecer o marco desde o que dar sentido.

Neste artigo centrarémonos en como a dificultade á hora de establecer relacións de apego sostedoras na infancia (como sucede cando se establecen relacións de apego inseguras ou en situación de trauma) inflúe negativamente no desenvolvemento do *self* e na capacidade de autorregulación. Este é un factor relevante á hora de entender o que leva aos nenos e aos adolescentes a afastarse dos outros e a tratar de conter, por medio de autolesións, situacións de malestar emocional que se viven como desestruturantes e desbordantes, nun intento de recuperar o control e a estabilidade emocional.

2 | Definición e epidemioloxía

En moitos escritos atopámonos coa descrición da autolesión como unha conduta que xorde como unha reacción a unha separación real ou ameazada, unha perda ou desilusión, sexa na realidade ou na fantasía. Como nese momento o paciente comeza a sentirse completamente só e moi tenso ou enfadado. Despois dun período de tensión, o paciente decide illarse e dáse un cambio para sentirse «anestesiado», «irreal», «baleiro» ou «morto», para posteriormente conectar de novo coa sensación de sentirse conectado, vivo (Doctors, 2007).

Actualmente, atopámonos cunha crecente diversidade fenomenolóxica do síntoma; son cada vez máis diversos os obxectivos da conduta: autorregulación, autocastigo, comunicación do malestar, alivio da dor interna inespecífica, reconectar cun mesmo, liberar tensión, rito de paso, incrementar a sensación de pertenza a un grupo social, etc. Necesitamos mergullar entre os factores comúns da experiencia,



unsplash.com
©Annie Spratt

de onde xorde a incapacidade destes adolescentes de xestionar as súas vivencias emocionais e relacionais dun modo seguro. Necesitamos ir máis aló do síntoma para conectar coas vivencias destes nenos e adolescentes, e poder así axudarlles a dar sentido e buscar outros modos de relación e autorregulación.

A prevalencia de comportamentos autolesivos en preadolescentes sitúase en torno ao 7,5-8%, incrementando en adolescentes ata o 12-28%, chegando ao 40-80% en adolescentes en mostras clínicas (Washburn et al., 2012). Aínda que algúns estudos indican que as porcentaxes de mozas que se autolesionan son superiores ás dos mozos, outros autores non achan diferenzas significativas. A idade dos participantes e o método de autolesión poderían ser variables relacionadas coas diferenzas de xénero. Neste sentido, un estudo de Sho et al. (en Kirchner, Ferrer, Forns e Zanini, 2011) pon de relevo que a porcentaxe de mozos e mozas que se autolesionan con obxectos cortantes é similar aos 10-11 anos, pero as mozas obteñen porcentaxes máis elevadas que os mozos en bloques etarios superiores. Laukkanen et al. (en Kirchner et al., 2011) destacan que mentres non hai diferenzas de xénero na maioría de métodos autolesivos, as mozas utilizan con maior frecuencia que os mozos o cortarse. Na clínica recibimos a moitos adolescentes varóns que golpean a parede ou outros obxectos ata danarse ou dalgún outro modo lograr a regulación emocional.

É, por tanto, un fenómeno de recente aparición?

Aínda que é certo que moitos son os factores sociais que están a favorecer un incremento da prevalencia deste síntoma, existen referencias que suxiren que a autolesión é un fenómeno coñecido pola comunidade psiquiátrica desde hai case 90 anos (Emerson, 1914, citado en Casado, 2011). L. Eugene Emerson, no primeiro volume de *Psychoanalytic Review* (1913), describe como a nova «Miss A», durante a súa estancia no hospital psiquiátrico de Boston, manifesta a través do síntoma de «cortarse os pulsos», a vivencia emocional causada por un abuso sexual vivido anos antes (Cardyn, 2001, citado en Casado, 2011).

Dúas décadas despois, Karl Menninger emprega o termo «automutilación» para facer referencia tanto a aqueles comportamentos ou actitudes que poden ser interpretados como patolóxicos, como ás accións que tamén inclúen automutilación, pero que son vistas como normais nun contexto determinado. Pese a que Menninger foi moi criticado por considerar ao mesmo nivel ambas as prácticas con distintos significados, é importante a súa capacidade para, partindo dun mesmo acto, dar conta das interpretacións e dos contextos diversos sobre o que se constrúe un mesmo síntoma (Menninger, 1935, 1938, citado en Casado, 2011).

En relación ao síntoma en adolescentes, os primeiros en definir o cortarse os pulsos como un fenómeno estendido nesta poboación en hospitais psiquiátricos foron Offer e Barglow en 1960.



unsplash.com
©Gabriel Laroche

3 Que nos di a teoría sobre a natureza das autolesións?

Seguindo a teorización de Beatrice Beebe e Frank Lachmann sobre o desenvolvemento do *self* na infancia e na adolescencia, cabe destacar dous puntos relevantes para o tema que estamos a analizar (Doctors, 2013):

- En primeiro lugar, sinalan como os procesos relacionais (a regulación interactiva) e os procesos internos (autorregulación) se co-constrúen simultaneamente en interacción un co outro. Os dous modos normalmente están nun equilibrio razoable. A persoa atende á vez ás súas interaccións e manexa o seu propio estado. Así, a reorganización de calquera deles, normalmente, conducirá a algunha reorganización do outro proceso.
- En segundo lugar, explican como as dificultades experimentadas polos adolescentes na interacción afectiva cunha figura parental xera máis que o evidente problema interpersonal. Os problemas crónicos da figura parental para o recoñecemento da reacción emocional dos adolescentes, normalmente crean un obstáculo á integración deses afectos na organización do si mesmo. O afecto que non pode integrarse de forma natural na organización do si mesmo é unha fonte de ameaza á integridade da mesma.

Falando en xeral, esta necesidade baixo presión de que un xestione o seu *self* de forma efectiva é unha vivencia que a miúdo está asociada con malestar somático difuso e subxace a todos os síntomas psicolóxicos que inclúen intentos excesivos de controlar unilateralmente a experiencia de si. Co paso do tempo, as persoas así afectadas, poden chegar a sentir a necesidade de realizar estas accións sintomáticas para manter algún indicio de seguridade.

Unha aproximación neurobiolóxica á organización interactiva do *self*, atopámola na Teoría Polivagal, na que Porges (1994) ofrece unha explicación da regulación dos estados internos, e como estes se van desenvolvendo na relación cunha figura de apego que ofrece seguridade.

Existen dous sistemas psicobiolóxicos evolutivos nas respostas aos sucesos traumáticos (Lupo, 2015):

- O sistema de defensa máis antigo, localizado no tronco do encéfalo, que regula as respostas de parálises-loita/fuxida-morte e as súas emocións correspondentes (medo, ira, impotencia e indefensión).
- O sistema de apego, máis recente, localizado no sistema límbico, que regula a procura de axuda durante o suceso traumático e a tranquilización posterior.

Porges (1994) expón como as respostas do sistema defensivo están reguladas por tres redes neuronais pertencentes ao sistema nervioso autónomo:

- O sistema simpático, que actúa de intermediario nas reaccións de inmovilidade ou hipervixilancia, loita ou fuxida.
- O núcleo vagal dorsal (sistema parasimpático), que actúa como mediador na resposta de inmovilidade que se acompaña de atordamento no ton muscular flácido (morte finxida) ou desmaio (síncope vagal).
- O núcleo vagal ventral (do sistema parasimpático), que actúa, ante a seguridade creada pola presenza de persoas que axudan, na autorregulación emocional e o sistema de compromiso social.

“Os problemas crónicos da figura parental para o recoñecemento da reacción emocional dos adolescentes, normalmente crean un obstáculo á integración deses afectos na organización do si mesmo”

Tras unha experiencia traumática actívase o sistema defensivo. Polo xeral, reaccionamos co núcleo ventral vagal. Cando este non funciona por fracaso na activación do sistema de apego, ben sexa pola intensidade do evento, porque a figura de apego non está dispoñible ou pola ineficacia do sistema, actívase o sistema simpático-adrenérxico (para mobilizar condutas de loita e fuxida). Cando este tampouco funciona, ponse en marcha o núcleo vagal dorsal, activando a conxelación ou o «sistema de apagado».

A activación do sistema de apego axuda a deter as defensas cando o evento traumático finaliza. Cando o sistema de apego é ineficaz, non se deteñen as defensas activadas, dando lugar a síntomas de trastorno de estrés postraumático, como o atordamento, a despersonalización ou a desrealización, así como síntomas de ansiedade, depresión, desregulación emocional e mecanismos de afrontamento disfuncionais como as autolesións.

Entender que a estruturación do mundo interno está fundamentalmente coordinada cos procesos relacionais, facilita o recoñecemento dos patróns interactivos implicados na hiperregulación dos estados internos, o cal observamos cando se producen determinados *acting out* como as autolesións. A disfunción da regulación diádica do malestar emocional provén dunha figura parental rexeitadora ou ben dunha intrusiva; a persoa que crece neste ambiente ten a dificultade que leva a falta dun outro fiable. Cando unha persoa aprendeu que a interacción non axuda e mesmo que empeora a situación emocional, esta vólvese independente na xestión do seu *self*, incluso antes de que sexa realmente capaz de poder facelo.

É a través da vinculación coa figura de apego que o neno comeza a ser consciente de si mesmo, do seu estado emocional. É nesta relación, na que vai adquirindo a capacidade autorreguladora, é dicir, a capacidade de acougar, así como o conxunto dos procesos externos e internos responsables de seguir, avaliar e modificar as reaccións emocionais para cumprir metas (Thompson, 1994). En canto o coidador recoñece e satisfai as necesidades do neno, este é regulado e vai aprendendo a regularse, é acougado e vai adquirindo, posteriormente, a capacidade de acougar de por si ante o malestar. Así, a sensibilidade materna, que calma o bebé, asociouse ás habilidades que vai desenvolvendo o bebé, e posteriormente o neno, para conquistar a capacidade de regulación emocional (Lecannerlier, 2006, citado en Cortés, 2017). Posto que os seus desexos e sentimentos serán atendidos, satisfeitos e/ou redirixidos adecuadamente, favorecendo que o neno vaia aprendendo a identificar e nomear as súas necesidades, emocións, condutas e a regular as súas emocións. En palabras de Fonagy (1999,2000), o que a nai fai é mentalizar ao neno, dota de significado a súa experiencia subxectiva, para que o neno poida mentalizarse a si mesmo e mentalizar a outros. Só cando fomos percibidos, sentidos e entendidos polos nosos coidadores, podemos entender, dar sentido á nosa experiencia interna e á dos outros.

Cando os pais e os fillos poidan establecer unha vinculación segura, cando os pais se amosen emocionalmente cálidos, expresen sen temor un amplo abanico de emocións, se adecúen ás necesidades e recursos do neno e vivan sen angustia os procesos normais de separación e exploración do neno, este poderá interiorizar un modelo interno de seguridade en si mesmo e no mundo que lle rodea, podendo desenvolver recursos de regulación emocional, tanto diádicos como autorregulatorios (Cortés, 2017).

Que ocorre cando non se pode establecer unha vinculación segura?

Cando non se establece un padrón de apego seguro, atopámonos cunha vinculación de tipo insegura ou desorganizada. Establécese un apego inseguro evitativo cando os proxenitores non poden tolerar o malestar do neno e o evitan centrándose nas accións. Cando se mostran inconsistentes ao ofrecer consolo e seguridade, vaise desenvolvendo un apego inseguro ambivalente. Por último, cando o neno está exposto a unha situación de trauma relacional ou a calquera outro tipo de malos tratos, organízase un apego de tipo desorganizado.

Cando os pais establecen un modelo de apego evitativo, non poden prestar atención ás emocións e ás necesidades afectivas dos seus fillos porque aprenderon nas súas propias relacións temperás a centrarse nas súas propias necesidades, véndose obrigados a reprimir calquera manifestación emocional. Non poden mentalizalos e, por tanto, non poden ofrecerlles o contacto afectivo e seguro que os nenos necesitan para unha axeitada organización do *self*. Nestas situacións, os nenos aprenden a distanciarse das súas propias emocións, tanto a nivel cognitivo como somático. Cando perciban un malestar intenso do que non se poden distanciar, illaranse, tratarán de manexalo por medio da acción, evitando o contacto regulador con outros.

Nos modelos de apego ambivalente, os proxenitores non poden estar presentes para o neno dunha forma consistente. Dependendo do seu estado ou dos seus propios desexos, responderán ao neno dunha maneira ou outra, pasando da hostilidade e o rexeitamento á conduta preocupada e solícita ante as demandas do neno. Os nenos tratarán de manter a proximidade e os coidados dos seus proxenitores, mostrando condutas que poden chegar a resultar molestas ou invasivas, ante o que os pais poden responder de forma punitiva ou culpógena, o cal perpetúa este círculo negativo. Estes nenos, caracterizados por un elevado nivel de ansiedade e unha tendencia á culpa ao analizaren as preocupacións dos demais, tratarán de regular os seus propios estados emocionais apegándose de maneira invasiva ao outro, o que reafirmará a cognición negativa de que os outros non ofrecen unha relación segura, de que sempre lles fallan, o que co tempo provocará un baile pernicioso entre o achegamento e a soidade á hora de buscar a autorregulación.

En terceiro lugar, atopámonos cos nenos cuxas figuras de apego espertan á vez o seu sistema de defensa e apego. Trátase daqueles nenos que non viron cubertas as súas necesidades emocionais e físicas básicas, cuxos proxenitores, envoltos polas súas propias vivencias traumáticas, representan para eles unha figura que de maneira simultánea ofrece consolo e causa temor. Estes nenos non son vistos nin sentidos polos seus proxenitores, o que dificultará a integración do *self*, facilitando a desconexión co seu propio estado emocional e as súas necesidades, así como unha tendencia á disociación dos diferentes estados do *self* (Cortés, 2017).

4 Casos clínicos

Para exemplificar o analizado sobre a fenomenoloxía e etioloxía das autolesións e, en xeral, da carencia de estratexias autorregulatorias, presentarei dúas viñetas clínicas que poden ofrecer unha visión sobre a dolorosa tarefa destes mozos á hora de facer fronte a situacións persoais e interaccionais que xeran un gran sufrimento e desorganización, sen o apoio do outro sostedor.

Juan

Juan é un mozo de 18 anos. É fillo único e sempre viviu cos seus pais. Desde moi pequeno descríbese como un neno sociable e con éxito nos deportes. A nivel académico tiña un rendemento medio, a pesar de que non dedicaba moito tempo aos estudos porque prefería estar cos seus amigos ou adestrando ao fútbol ou outros deportes.

A nai de Juan é unha muller nerviosa, preocupada e cunha tendencia significativa a desbordarse e bloquearse ante as emocións, tanto propias como doutros, que vive como intensas. Pasaba moito tempo fóra da casa, pois así llo esixía o seu traballo, onde estaba a lograr moitos éxitos. Ela defíníase como unha muller responsable, traballadora e válida. O pai é un home tranquilo, permisivo e adoita describirse como «emocionalmente neutro». Tamén traballaba fóra da casa, pero tiña máis tempo para estar con Juan, co que comparte algunha afección.

Inician a intervención psicoterapéutica cando Juan chega á adolescencia. A nai é despedida nun ERE da empresa e comeza a pasar máis tempo na casa e dedicarse a esta e a Juan. Cando tiñan algún conflito, por algún asunto propio da idade, como a hora de volta á casa ou o tempo dedicado ao estudo, a nai choraba angustiosamente; o pai mantíñase á marxe ou trataba de mediar cortando a discusión, e Juan, sen poder identificar ningún estado emocional nel, só podía golpear a parede ou algún moble ata que lograba acougar.

Tras un período de traballo, tanto con Juan como coa súa familia de forma paralela e con algunha sesión conxunta, Juan puido facerse cargo das emocións

que xurdían durante os conflitos coa nai. Foi integrando a rabia e a tristeza, asociándoas coa falla no «estar con» os seus proxenitores, fundamentalmente coa súa nai, e co escaso apoio na súa infancia. Da mesma maneira, puido entender o sentimento de angustia ao observar a desorganización da súa nai, así como a escasa capacidade do seu pai para darse conta das súas necesidades.

Tempo despois, Juan volve á consulta por atoparse desbordado por emocións que non pode manexar. Estas provócanlle unha elevada ansiedade e unha intensa sensación de frustración e impotencia, que só pode controlar con condutas como golpear obxectos, conducir a alta velocidade ou de forma temeraria, ou a través de actividade física significativamente intensa. Un tempo antes de acudir á consulta, neste segundo período, comeza unha relación de parella, na que se envorca, sen chegar a comprender o que sucede. Juan relata como a súa parella decide romper a relación e como el se ve desbordado sen identificar nin manexar o seu estado emocional.

Juan non se pode facer cargo dos seus procesos emocionais a pesar de non sufrir un trauma grave na súa infancia, pois tivo uns pais que o coidaron e que lle deron todo o afecto que eles podían ofrecer. Pero estes non puideron sentir, percibir e conter a Juan de maneira que na súa adolescencia puidese facer fronte aos seus propios conflitos emocionais.

Juan continúa no seu proceso terapéutico e, aínda que non conta cos recursos autorregulatorios que lle axuden a manexar os conflitos do día a día consigo mesmo e cos outros, agora pode sentirse máis ou menos tranquilo na relacións con outros, pedir axuda ou apoio, e comezar a traballar sobre iso.

Ana

Ana é unha adolescente de 15 anos. Inicia consulta psicoterapéutica por alteración no seu estado de ánimo, alteración da imaxe corporal, restrición alimentaria, vómitos e autolesións mediante cortes superficiais nos antebrazos. Ana acode coa súa nai de acollida, pois convive con esta e a súa familia desde hai aproximadamente un ano. Preséntase moi inhibida, retraída e cunha actitude e postura corporal infantilizada.

Ana é a segunda de tres irmáns. Nace nunha familia con escasos recursos socioeconómicos, na que nunca se sentiu ben recibida. Ana relata agresións verbais por parte da súa nai e físicas por parte do seu pai, desde a súa primeira infancia.

Pese a que mantén contacto coa súa familia de acollida actual desde os 6 meses, non é ata hai un ano, tras fortes conflitos na súa familia de orixe e empeoramento significativo da clínica descrita (chegando a alcanzar un peso o suficientemente baixo como para requirir ingreso hospitalario), cando pode comezar a falar das agresións e a poder buscar apoio externo, tanto na súa familia de acollida como en terapia.

Ana, na relación coas súas figuras de apego, non puido desenvolver modelos internos de seguridade con respecto a si mesma ou aos outros. Foi estruturando un *self* escasamente integrado. Non alcanzou capacidades de autorregulación maduras e depende dos síntomas alimentarios ou das autolesións para obter, aínda que sexa de maneira temporal, unha sensación de autocontrol en situacións emocionalmente abafadoras e desestruturantes, como cando se ten que afrontar ao rexeitamento percibido por parte dos seus compañeiros, situacións de conflito interpersoal, situacións con carga de agresividade, etc.

Temos un longo camiño por diante, no que partindo dunha relación que poida percibir como segura e contadora (tanto na consulta coa terapeuta, como fóra dela coa familia de acollida), Ana poida ir organizando un *self* estruturado e elaborando estratexias de autoregulación sas e autoprotectoras.

Neste punto, como denominador común destes nenos que non puideron establecer unha vinculación segura cos seus proxenitores, cabe introducir un interesante concepto do que nos fala Shelly Doctors (2007), o de «violencia emocional». Así, para entender a experiencia emocional subxectiva dunha persoa que se autolesiona, é necesario considerar as experiencias previas de «violencia emocional» que conducen a que as persoas, en momentos de necesidade, se aparten dos outros para buscar o consolo nunha acción dirixida cara a si mesmo. «A violencia emocional» refire un tipo de dor que sofren aqueles que experimentaron unha disfunción significativa na regulación diádica da ansiedade emocional, como analizamos que ocorre naqueles nenos que estableceron unha vinculación de tipo insegura (ambivalente ou evitativa) ou desorganizada.

5 | Conclusión

Desde hai unha década observamos un aumento significativo na prevalencia das demandas en saúde mental infantil relacionadas coa presenza de autolesións. Como todo síntoma, a etiología é multicausal: factores intrapsíquicos, relacionais e sociais. Un factor determinante na aparición das autolesións como estratexia autorreguladora é o establecemento de vinculacións inseguras (apego ambivalente e evitativo) ou desorganizadas na infancia. Por iso, á hora de establecer o plan terapéutico, debemos centrarnos na importancia de ofrecer unha relación terapéutica de seguridade na que estes nenos e adolescentes poidan desenvolver a capacidade de mentalización para poder organizar o seu *self*, verse e ver os outros, así como as súas futuras relacións, dunha maneira máis sa e conectada con eles mesmos, a nivel cognitivo, sensorial e emocional.

E por último, cada rotura do vínculo que leva á autolesión terá un significado diferente para cada persoa. É o traballo sobre esa crenza do «son malo», «merezco castigo», «cando me corto sinto control», o que en definitiva vai guiar o transcurso e os obxectivos da terapia. O fundamental é que a terapia axude á persoa para ter a experiencia de participar nunha relación na que está a ser comprendida, percibida e sostida.



unsplash.com
©Apollo Reyes

O DANO EN PSICOTERAPIA: CONFESIÓNS DUN TERAPEUTA CENTRADO NO ERRO

Antonio Olives Alonso

PSICÓLOGO, PRÁCTICA PRIVADA EN
SANTIAGO DE COMPOSTELA

✉ antonioolives@gmail.com

RESUMO: O autor considera que os posibles efectos iatroxénicos da psicoterapia non recibiron suficiente atención na investigación e ademais argumenta que son sistemáticamente ignorados por parte das persoas profesionais da psicoterapia. Análizanse algúns factores que poden influír no pouco interese que xeran estes efectos nas persoas profesionais, considéranse algúns factores que poden influír na deterioración das persoas tratadas e propóñense alternativas para poder minimizar estes efectos. Neste artigo considérase que a monitorización constante de posibles efectos negativos contribúe a minimizalos, á vez que é un factor chave no proceso de aprendizaxe das persoas profesionais da psicoterapia.

PALABRAS CLAVE: dano, iatrogenia, *feedback*.

ABSTRACT: The author considers that the possible iatrogenic effects of psychotherapy have not received attention enough in research and further argues that they are systematically ignored by psychotherapists. He analyses some factors that can influence the little interest that these effects generate in psychotherapists, considers some factors that can influence the clients' deterioration and proposes alternatives to minimise these effects. In this article it is considered that the constant monitoring of possible negative effects contributes to minimize them, while being a key factor in the learning process of professionals.

KEY WORDS: damage, iatrogeny, *feedback*.

SUMARIO:

- 1 Confesiós.
- 2 En definitiva: a psicoterapia dana?
- 3 Sálvese quen poida: ou como evitar o dano no terapeuta.
- 4 Factores relacionados coa deterioración na psicoterapia.
- 5 O bo do malo. O terapeuta centrado no erro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Anderson, T., Ogles, M. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. e Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755-768.

Atkins, D. C. e Christensen, A. (2001). Is professional training worth the bother? A review of the impact of psychotherapy training on client outcome. *Australian Psychologist*, 36, 122-130.

Bergin, A. E. e Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S. L. Garfield e A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª edición, pp. 139-190). Nova York: Wiley.

Boisvert, C. M. e Faust, D. F. (2007). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 708-716.

Brown, J., Dreis, S. e Nace, D. K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? En M. A. Hubble, B. L. Duncan, e S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 389-406). Washington, D. C.: American Psychological Association.

Choudhry, N. K., Fletcher, R. H. Soumerai, S. B. (2005). Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine*, 142 (4), 260-273.

Chow, L. D., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton J. A. e Andrews W. P., (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52, 337-345.

Clement, P. W., (2008). Outcomes from 40 years of therapy in a private practice. *American Journal of Psychotherapy*. 62(3), 215-239.

De Shazer, E. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Bos Aires: Editorial Paidós.

Duncan, B. L., (2010). *On becoming a better therapist*. Washington D. C.: American Psychological Association.

Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. J. e Hoffman, R. (Eds.) (2006). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Nova York: Cambridge University Press.

Ericsson, K. A. (Ed.) (2009). *Development of Professional Expertise. Toward Measurement of Expert Performance and Design of Optimal Learning Environments*. Nova York: Cambridge University Press.

Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

Eysenck, H. J. (1961). The Effects of Psychotherapy. En H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of Abnormal Psychology* (pp. 697-725). Nova York: Basic Books.

Eysenck, H. J. (1966). *The Effects of Psychotherapy*. Nova York: International Science Press.

Gutiérrez, E. (2002). *Todos los pacientes dijeron alguna mentira; alguna vez (por lo menos en Creta)*. En *Anuario de Psicología y Salud: «La Mentira»*. Revista Oficial de la Sección de Clínica del COPG, 1, 20-24.

Hannan, C., Jambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. e Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 155-163.

CONTINÚA NA
PÁX. SEGUINTE 

- Kruger, J., Dunning, D., (1999). Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134.
- Lambert, M. J. e Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, pp. 139-193, Nova York: Wiley.
- Lambert, M. J., (2013). Prevention of treatment failure. The use of Measuring, Monitoring, and Feedback in Clinical Practice. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R. e Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 199-208.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J, Sorrell, R. e Chalk, M. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1).
- Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W. e Yost, E. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 622-628.
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 2, 1-27.
- Moos, R. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: Prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100, 595-604.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2011). *Therapeutic Relationships that Work. Evidence-Based Responsiveness* (segunda edición). Nova York: Oxford University Press.
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A. e Smith, T. B. (2010). Client Outcomes Across Counselor Training Level Within a Multitiered Supervision Model. *Journal of Counselling and Development*, 88, 204-209.
- Olinsky, D. E. e Howard, K. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. En A. M. Brodsky e R. T. Hare-Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy* (pp. 3-34). Nova York: Guilford.
- Owen, J., Duncan, B., Reese, R. J., Anker, M. e Sparks, J. (2014). Accounting for therapist variability in couple therapy outcomes: what really matters? *Journal of Sex Marital Therapy*, 40(6), 488-502.
- Schramski, T. G., Beutler, L. E., Lauver, P. J., Arizmendi, T. A., Shanfield, S. B. (1984). Factors that contribute to posttherapy persistence of therapeutic change. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 78-85.
- Smith, M. L. e Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V. e Miller, T. I. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. e Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644.
- Wampold, B. E. e Brown, G. (2005). Estimating therapist variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*.
- Warren, J. D., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A. e Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health vs. managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 144-155.

1 Confesións

Creo conveniente comezar a redacción deste texto cun exercicio de catarse, un exercicio de liberación. Debo confesar que durante a miña traxectoria profesional e como consecuencia directa do meu desempeño como psicoterapeuta, algunhas persoas saíron danadas: si, danei xente. A confesión vai acompañada como debe ser, dun acto de contrición e o meu sincero propósito de emenda: «Síntoo, equivoqueime, pero probablemente, moi ao meu pesar, volverá ocorrer».

Precisamente a convicción de que volverá ocorrer é o que me motivou a escribir este texto. Calquera pode entender que o tema proposto neste anuario non é un tema alleo á nosa profesión; a miúdo traballamos con persoas que sufriron situacións dolorosas ou as están sufrindo no momento que traballamos con elas. Hai moitas teorías sobre os distintos procesos polos que as persoas sofren e algunhas destas son moi interesantes. Eu non son persoa proclive á teorización, e se o fixese, faríao mal, polo que cando o equipo editor deste anuario me deu a oportunidade de participar nel, tiveron claro que a miña achega non iría por ese camiño. Condicionado ademais polas limitacións que me impón o meu modelo (que é o que fan os modelos, dinnos cara a onde debemos mirar, e limitánnos especificando a onde non), que me leva a estar máis interesado no proceso de cambio que na natureza das situacións que xeran dor nas persoas coas que traballamos.

Mirando a psicoterapia en canto a proceso xerador de cambio e a súa relación con «o dano», e descartando a mirada cara ás persoas que atendemos en canto a «suxeitos danados», poderíamos tamén cambiar a mirada cara ao terapeuta en canto a «suxeito danado»: síndrome de *burn-out*, como achegarnos a situacións emocionalmente duras para o terapeuta, como coidarnos... Con todo, aínda que acumulo algunha experiencia e quizais tamén como consecuencia da miña propia inconsciencia, non é un tema que chamase a miña atención e sobre o que teño coñecementos escasos. O que si foi foco do meu interese durante os últimos anos é outra mirada á relación entre a psicoterapia e o dano: a psicoterapia (ou o terapeuta como actor no proceso) como posible xerador de dano.

Asumo que o tema elixido pode ser duro e que puidese parecer un intento de apedrar o propio tellado, con todo, teño a sensación de que a iatroxenia é un tema ao que a psicoloxía (e con ela a psicoterapia) non lle prestou a suficiente atención, polo menos en comparación con outras profesións sanitarias para as que atender a posibilidade de que existan efectos negativos das súas intervencións as levou a tentar polo menos, controlalos (con máis ou menos éxito). Se acudimos ao medicamento, podemos atoparnos coa máxima «Primum non nocere», atribuída ao propio Hipócrates, que, aínda que tamén se asumiu desde outras profesións sanitarias, reflicte a atención que, desde os seus albores, o medicamento prestou á posibilidade de que as súas intervencións teñan resultados daniños, engadindo credibilidade á propia disciplina e non o contrario.

Se atendemos en cambio, ao noso propio código deontolóxico, é difícil atopar algunha referencia á posibilidade de que o resultado dalgún proceso ou da actuación profesional poida ser daniño. Unicamente atopamos referencia a procedementos que poden xerar sufrimento cando se considera a investigación (artigos 34, 35 e 36, no artigo 37 faise referencia ao sufrimento animal). Con todo, no relativo aos posibles efectos das intervencións psicolóxicas, só atopamos no artigo 26, a posibilidade de que existan intervencións non eficaces: «O/a psicólogo/a debe dar por terminada a súa intervención e non prolongala con ocultación ou engano tanto se se alcanzaron os obxectivos propostos, como se tras un tempo razoable aparece que, cos medios ou recursos



á súa disposición, é incapaz de alcanzalos. Neste caso indicará á persoa, grupo, institución ou comunidade que outros psicólogos ou que outros profesionais poden facerse cargo da intervención». Considerando que, sen dúbida, prolongar un tratamento ineficaz pode ser daniño (polo menos se consideramos que pode supoñer unha contribución a que a persoa non busque solucións alternativas que si poden ser eficaces), parece que o peor efecto dunha intervención é sóamente resultar ineficaz, nunca prexudicial.

A posibilidade de deterioración na intervención terapéutica tampouco recibe excesiva atención cando fixamos a nosa atención na investigación. Calquera tratamento médico que pretenda ser aprobado deberá demostrar en ensaios clínicos ademais da súa eficacia, a súa seguridade. Por iso os ensaios clínicos en fármacos e outras intervencións médicas deben monitorizar ademais dos resultados en indicadores de melloría, tamén os posibles efectos adversos. Non é difícil atopar ensaios sobre eficacia en psicoterapia nos que non se considera a posibilidade de efectos adversos e non aparecen datos de persoas participantes que empeorasen.

Desta aparente ausencia de preocupación pola posibilidade de que as persoas que buscan tratamento psicoterapéutico poidan empeorar, podería desprenderse que este non é un problema no noso campo, pero aínda que non hai moita investigación que aborde directamente o tema, si que hai algunhas revisións que nos alertan de que ignorar esta posibilidade podería ser cando menos irresponsable. Nas primeiras revisións metaanalíticas, Smith et al. (1980) xa atoparon que o 9% das medidas de tamaño do efecto recollidas na metaanálise eran negativas (mellores puntuacións nos criterios de mellora no grupo control que no grupo de tratamento); Lambert e Ogles (2004) nunha revisión dun bo número das metaanálises existentes ata o momento sobre distintos tratamentos para a ansiedade (28), depresión (17) e outros trastornos (57) atoparon que o número de persoas atendidas que empeoraban durante o tratamento variaba entre o 5 e o 10%. No caso dos tratamentos para o abuso de substancias, a porcentaxe de deterioración é maior aínda. Por exemplo, Moos (2005) estudou os posibles efectos iatroxénicos en tratamentos psicossociais das adiccións, mediante a revisión de distintos estudos controlados, e achou que entre o 7% e o 15% de persoas que participaban nestes programas empeoraban tras finalizar o tratamento ou pouco despois. No caso da atención infantil, atopamos que a situación podería ser máis preocupante, Warren et al. (2010) recolleron resultados de case 4.000 persoas de entre 4 e 17 anos, tratadas en atención especializada e atención comunitaria; descubriron que un importante número de persoas menores de idade sufriron un incremento significativo nos seus síntomas durante o curso do tratamento (un 14% e un 24% respectivamente). Considero que son cifras que non podemos ignorar; existe certa consistencia nos estudos que abordaron a cuestión, podendo asumir que o número de persoas atendidas

con psicoterapia que empeoran durante o curso da intervención é de entre un 5 e un 10%.

Parece que esta sensación de ausencia de preocupación por esta situación podería estar alimentada tamén pola aparente ausencia de interese que os psicoterapeutas temos sobre os resultados da investigación. Boisvert e Faust (2007) quixeron comprobar o nivel de coñecemento que as persoas que practican a psicoterapia tiñan sobre os descubrimentos que se fixeron en investigación sobre o seu campo. Para iso entrevistaron a 181 terapeutas, e acharon que, aínda que había un pequeno número de terapeutas con moita información sobre estes resultados, a maioría non chegaban a un coñecemento mínimo que os investigadores consideraban aceptable. En concreto e en relación ao tema que nos ocupa, preto do 30% das persoas entrevistadas non eran conscientes da posibilidade de que o resultado da psicoterapia fose negativo, nin en que porcentaxe isto se producía.

Todo o devandito fai que sexa moi necesario facernos conscientes deste fenómeno e atender ás porcentaxes coñecidas de resultados negativos en psicoterapia polo menos por dúas razóns:

En primeiro lugar, por unha cuestión de pura ética profesional, asumindo o principio de «Primum non nocere». Este principio pon en primeiro lugar a posibilidade de dano, mesmo por encima do posible beneficio dunha intervención; podería traducirse por un «ás veces é mellor estar quieto». Poderemos entender as cifras coñecidas de deterioración como un dano colateral, asumible se consideramos todos os números (o número de persoas que empeoraron durante a nosa intervención e tamén o número daquelas que melloraron durante a mesma). É máis difícil facer estas asuncións cando humanizamos os números, cando os convertemos en persoas; máis difícil aínda se consideramos que podemos evitalo. Se somos conscientes de que o fenómeno se dá, é dicir, se somos realmente conscientes de que algunhas persoas que estamos a atender poden empeorar e nos esforzamos en identificalas, sempre poderíamos, como mínimo, retirarnos a tempo. Aceptando a proposta de Emilio Gutiérrez (2002) de que «en moitas ocasións a psicoterapia consiste en non impedir que os pacientes melloren por si mesmos», poderíamos mesmo chegar a considerar unha excelente e efectiva intervención terapéutica o que Barry Duncan (2010) refire como «fracasar exitosamente»; que implicaría poder retirarse a tempo con aquelas persoas que non están a mellorar ou que están a empeorar, para que elas poidan probar solucións alternativas máis útiles.

A segunda razón pola que creo que debemos considerar estas cifras é que, aínda que os resultados son máis ou menos consistentes entre distintos estudos, tamén é certo que estas cifras non son consistentes entre terapeutas. Poderíamos dicir que entre as persoas tratadas por un terapeuta medio empeoran entre un 5 e un 10%, pero non todas as persoas que nos dedicamos á psicoterapia somos

terapeutas medios (a maioría non o somos); hai quen mellora estas cifras e quen as empeora. A contribución da figura do terapeuta aos resultados da psicoterapia é bastante intuitiva (non parece difícil entender que uns terapeutas obteñen mellores resultados que outros), pero ademais, esta contribución foi suficientemente documentada. No seu traballo Olinsky e Howard (1980) atoparon que entre un 6 e un 7% das persoas tratadas tiveron resultados negativos, pero destes resultados, a maioría eran atribuíbles a un reducido subgrupo de terapeutas. Nun estudo máis recente, Wampold e Brown (2005) analizaron os resultados obtidos en psicoterapia por 6.146 persoas tratadas por 581 terapeutas e confirmaron que un dos factores con máis influencia na varianza dos resultados é a figura do terapeuta, que explica o 5% da varianza. Ademais, ao clasificaren as persoas profesionais en función dos resultados, entre aquelas que se situaban no cuartil inferior, a porcentaxe de pacientes que empeoraron roldou o 20%. Entendo que calquera colega estará de acordo en que «non queremos ser do cuartil inferior».

“Entendo que calquera colega estará de acordo en que «non queremos ser do cuartil inferior»”

2 | En definitiva: a psicoterapia dana?

Contan que nunha ocasión un xornalista lle preguntou a Unamuno se cría que existía Deus, ao que Unamuno respondeu: «Dígame vostede que entende por crer, por existir e por Deus e contéstolle». Pois ben, entendo que corresponderá definir que é o que se entenderá nestas liñas cando se mencione a *psicoterapia* e o *dano* (no ámbito da psicoterapia).

• Que entendemos por *psicoterapia*?

Con toda seguridade todas as persoas que estean a ler este texto teñan unha idea máis ou menos formada do que nos referimos cando falamos de psicoterapia, aínda que é probable tamén que esa definición estea máis ou menos condicionada pola extensísima variabilidade en modelos, técnicas e procedementos e a proximidade persoal a uns ou a outros. Se algunha persoa allea ao noso campo nos preguntase que é o que fai unha persoa profesional da psicoterapia, que é a psicoterapia, sería difícil explicalo sen facer referencia quizais a procedementos, técnicas ou teorías máis próximas á nosa forma de entender a psicoterapia. Por tanto, a propia definición non está exenta de debate en canto a que é; á fin e ao cabo, unha definición leva unha exclusión, especificanos que é a psicoterapia pero tamén aquilo que non é. Partindo da premisa de que ningunha definición proposta sería totalmente adecuada, cando nos refiramos á psicoterapia neste texto, asumiremos a definición que ofrece Bruce Wampold. Trátase dunha definición seguramente incompleta, non necesariamente correcta, pero necesaria para poder aclarar que as afirmacións e comentarios que se fan neste texto se refiren a aquelas prácticas que se axustan a esta definición, pero non necesariamente a outras:

“A psicoterapia é un tratamento principalmente interpersonal que: a) está baseado en principios psicolóxicos; b) involucra a un ou a unha terapeuta con formación e a un cliente ou unha clientea que busca axuda para un trastorno mental, un problema ou unha queixa; c) o ou a terapeuta pretende que sexa correctivo para o trastorno, o problema ou a queixa do cliente ou clientea; e d) está adaptado ou individualizado para o cliente ou clientea particular e o seu trastorno, problema ou queixa.” (Wampold, 2015: 37)

Entenderemos que se trata dunha actividade fundamentalmente interpersonal, que implicaría polo menos a dúas persoas, e mediada pola conversación, estarían excluídas desta definición por exemplo, a biblioter-

pia, aplicacións de autoaxuda, audios de relaxación ou calquera outro recurso a condición de que non comporten unha interacción cunha persoa profesional da psicoterapia (quero insistir que isto non pon en dúbida a súa utilidade, só se indica que non se axusta á definición de psicoterapia proposta) e tamén as intervencións baseadas unicamente en programas de reforzo ou castigo, sempre que non supoña unha intermediación da linguaxe. Parece que estas intervencións efectivamente xeran cambios, pero non estarían consideradas como psicoterapia segundo esta definición.

Por outra banda, deberá estar baseada en principios teóricos psicolóxicos, excluíndose intervencións baseadas en conceptos relixiosos, tradicións culturais, explicacións de tipo «enerxético», etc. Debe incorporar unha persoa profesional formada para iso; excluíríamos da definición, por exemplo, os grupos de autoaxuda.

A necesidade da existencia dun trastorno, queixa ou problema, excluíría aqueles procedementos co único obxectivo de desenvolvemento ou crecemento persoal, ou calquera intervención de tipo preventivo. Por outra banda, un elemento fundamental nesta definición é que o terapeuta crea na efectividade do tratamento. En principio pode parecer unha indicación pouco necesaria; con todo, é necesaria para excluír algunhas intervencións que en ocasións se empregan como grupos de comparación na investigación en psicoterapia a modo de placebos psicolóxicos.

O último elemento da definición implica que a intervención psicoterapéutica debe responder e adaptarse a clientes concretos, excluindo así determinadas intervencións protocolizadas que non consideren a particularidade ou non respondan de modo individualizado, como poderían ser protocolos de relaxación ou grupos de meditación.

A risco de ser demasiado insistente, quero aclarar que esta será a definición asumida neste texto á que se referirán todas as afirmacións que así se fagan; non pretendendo en ningún caso entrar nun debate sobre o que «realmente» é psicoterapia.

• Que entendemos por *dano*?

Máis arriba vimos algunhas cifras e porcentaxes referidas á «deterioración» en investigación de resultados en psicoterapia. Estes datos refírense a aquelas persoas que, ao final do tratamento teñen peores puntuacións nos criterios elixidos na investigación que cando iniciaron o tratamento. Con todo, para afirmar que a psicoterapia «danou» a estas persoas é necesario demostrar que ese empeoramento ou deterioración é consecuencia directa do tratamento psicoterapéutico. Cando falamos de dano ou iatroxenia referímonos a unha deterioración inducida polo proceso psicoterapéutico.

• A psicoterapia *dana*?

Estou seguro de que a maioría das persoas informadas en relación á psicoterapia, cando ao comezo deste escrito insinuaba certa despreocupación en canto á posibilidade de que a psicoterapia poida inducir deterioración, lembraron a Eysenck (1952, 1961, 1966) e os seus primeiros estudos sobre eficacia. Eysenck concluía que a psicoterapia, en contraposición á terapia condutual, non só non era efectiva, senón que sería tamén daniña. Atribuía o dano, non tanto ao número de persoas que empeoraban durante o tratamento, senón que atopaba que a porcentaxe de persoas que melloraban con tratamento psicoterapéutico era menor que o número de persoas que melloraban sen el. No seu estudo orixinal, no cal revisou 24 estudos sobre resultados de psicanálise e psicoterapia ecléctica, achou que o 44% das persoas tratadas con psicanálise melloraron e que o 64% das persoas tratadas con psicoterapias etiquetadas como eclécticas melloraron fronte ao 72% que o fixeron sen intervención psicoterapéutica. Este primeiro estudo de Eysenck foi rebatido en distintas ocasións e tamén replicado. Por unha banda, as críticas céntranse en distintos aspectos en canto ao deseño da investigación, á selección da mostra (especialmente algúns estudos excluídos) e á ausencia de aleatorización das mostras, pero especialmente á elección dos grupos control, nos que de novo non hai aleatorización e non se define exactamente o tipo de tratamento que están a recibir. Nunha réplica do estudo Bergin e Lambert (1978) atoparon taxas bastante inferiores de recuperación espontánea (1/3 fronte aos 2/3 de Eysenck).

Tras este primeiro estudo de Eysenck, sucedéronse moitos outros tentando establecer se a psicoterapia (as psicoterapias) é efectiva. Un acontecemento central na investigación da eficacia da psicoterapia (e na investigación en xeral en calquera campo) foi o desenvolvemento da técnica da metaanálise, que permitiu resumir os resultados de moitos estudos, que utilizaban ferramentas e medidas de resultado distintas e obtiveran ademais en ocasións resultados moi distintos ou mesmo opostos. Smith e Glass (1977) levaron a cabo a primeira metaanálise na que analizaron os datos de 375 estudos sobre distintos modelos terapéuticos aplicados a variedade de queixas e obtiveron un resultado significativo en favor da psicoterapia en canto a tratamento efectivo, cun tamaño do efecto de $d=0,68$. Ao repetir a experiencia tres anos despois (esta vez incorporando 100 estudos máis á mostra inicial), atoparon que o resultado era moi positivo, cun tamaño do efecto de $d=0,8$ (Smith, Glass, e Miller, 1980). En 1993 xa se realizaron máis de 40 metaanálises, multiplicándose notablemente ata a actualidade, cando hai máis de 700 metaanálises realizadas con tamaños do efecto que varían entre o $d=0,8$ e o $d=1,2$. De calquera xeito, podemos afirmar que a cifra de $d=0,8$ é bastante consistente nos estudos.

Debemos ter en conta os estándares de Cohen para o tamaño do efecto, que establecen cales serían os tamaños do efecto pequenos ($d < 0,2$), medianos ($d < 0,7$) ou grandes ($d = 0,8$ ou máis). Atoparíamos que o efecto da psicoterapia é considerado como grande, máis grande que moitos tratamentos dos que asumimos a súa efectividade sen cuestionala. Por exemplo, o tamaño do efecto da psicoterapia sería equivalente ao do *bypass* coronario en casos de anxina de peito ou moi superior ao tratamento anticoagulante en caso de tromboembolismo ($d = 0,3$).

• De acordo, a psicoterapia en xeral é beneficiosa, pero pode haber algunha psicoterapia en concreto que sexa daniña

Falar da psicoterapia considerando a variabilidade en modelos, técnicas e procedementos podería resultar confuso para algunhas persoas. Se en lugar disto nos referísemos ás «psicoterapias», teríamos que facer aclaracións sobre que psicoterapias son beneficiosas ou cales son daniñas.

Lilienfeld (2007) fixo un interesante esforzo por revisar estudos e establecer unha listaxe de psicoterapias potencialmente daniñas, chegando a un total de 10 tratamentos ou programas «probablemente daniños para algunhas persoas». Entre elas atópanse o *Debriefing*, a comunicación facilitada, as técnicas de recuperación de memorias, os campamentos con disciplina militar para problemas de conduta (*boot camps*), “*Scared Straight Interventions*” (intervencións baseadas en que os adolescentes vexan as consecuencias que poden ter as súas condutas, con visitas a prisións e encontros con internos), a psicoterapia para trastornos disociativos de identidade, o *counseling* para «dós normais», terapias de apego, as terapias expresivas-experienciais e algúns programas educativos de prevención de consumo de substancias. De acordo con Wampold (2015: 106), podemos comprobar que gran parte destes tratamentos non son exactamente psicoterapias, polo menos non o son considerando a definición asumida neste artigo. Algúns destes programas están destinados a mozos con problemas de conduta; teñen en común a idea de enfrontalos a situacións duras, ben por presentarlles as posibles consecuencias dos seus actos ou pola aplicación dunha disciplina pseudomilitar (programas de simulación de encarceramento ou campamentos con disciplina militar). O resultado en estudos controlados e metaanálises suxire que estas intervencións empeoran os problemas de conduta; con todo, non son psicoterapia no sentido estrito. Nesta lista tamén se atopan tratamentos como o *Debriefing* ou o *Counseling* en casos de perda con «dó normal». De novo, ningún destes dous tratamentos se axusta ao que entendemos por psicoterapia. Por unha banda, no caso do *Debriefing*, non hai unha persoa que «busca axuda»; por outra, no caso do *Counseling* para casos de dó, o trastorno, o problema ou a queixa está ausente. Outros tratamentos foron clasificados como potencialmente daniños, sen que existan estudos controlados sobre eles, baseándose en informes de casos illados, como no caso dalgúns terapias que denominan «de apego», como o *Rebirding* ou «terapias de abrazo», nas que se informou do falecemento dun neno por afogamento durante un destes procedementos. Hai tamén algún informe de «indución de falsas acusacións de abuso a familiares» en intervencións de «comunicación facilitada» que tampouco poderíamos considerar como unha intervención psicoterapéutica, e informes de «indución de falsas memorias» en procedementos hipnóticos de recuperación de recordos. Outras intervencións recollidas non se axustarían á definición de psicoterapia porque son fundamentalmente programas preventivos (de consumo de substancias). Na listaxe inclúense como potencialmente daniñas tanto algunhas terapias «expresivas-experienciais» como algunhas terapias xestálticas, aínda que a evidencia presentada dista de ser concluínte.

Partindo de que moitas das intervencións mencionadas poden parecer cuestionables para moitos lectores (entre os que me inclúo), pero adoptando unha actitude imparcial e tentando non xulgar determinados mo-



unsplash.com
©Hannah Busing

delos en función das súas consideracións teóricas (pouco asumibles desde o meu punto de vista), podemos afirmar que dun modo xeral non hai psicoterapias ou modelos psicoterapéuticos daniños. En xeral, os programas e intervencións mencionadas non son consideradas como psicoterapias segundo os termos adoptados neste artigo, e nos casos en que si que se poderían achegar á definición, os danos causados poden ser consecuencia máis dunha aplicación moi negligente das mesmas que polos procedementos en si.

En conclusión, á pregunta que ilustra este apartado, «A psicoterapia dana?», a resposta é que non: a psicoterapia é efectiva e resulta útil á maioría das persoas. Non obstante, esta afirmación non pon en dúbida que unha persoa concreta, implicada nun proceso terapéutico concreto cunha persoa terapeuta determinada, poida empeorar.

3 | **Sálvese quen poida: ou como evitar o dano no terapeuta**

Si, escribira máis arriba que a perspectiva do dano ao terapeuta non formaría parte do contido deste escrito. Con todo, ocórreseme que, tras expoñer algúns datos que poden describir unha realidade dura (a posibilidade de que en lugar de axudar podamos colaborar ao dano nalgunhas persoas), especialmente para unha profesión cun importante compoñente vocacional e de axuda, faise necesario propoñer algunhas claves que poden axudar a levar mellor esta realidade.

• **Isto non vai comigo, eu fágoo ben**

Si, isto é o primeiro que podo pensar, que a posibilidade da deterioración como consecuencia do meu traballo é algo que está relacionado coa miña habilidade ou capacidade (certo en gran parte) e que por tanto é algo do que, unha persoa cos meus recursos, non debe preocuparse. Preocuparse por este fenómeno é algo que corresponderá a persoas con menos coñecemento, experiencia, intelixencia e habilidade (engádanse aquí todas as calidades que se desexen). De feito, esta posible solución que puidese parecer prepotente (sempre que a empreguen outras persoas) é probablemente a máis utilizada. Non é difícil que isto suceda porque, efectivamente, tendemos a sobreestimar a nosa capacidade como terapeutas (algo común a moitas profesións). Para comprobar este efecto, coñecido en EE. UU. como o «efecto lago Wobegon», Walfish et al. (2012) estudaron a autopercepción de 129 terapeutas, ademais dunha mostra multidisciplinar de profesionais da saúde mental, mediante unha enquisa na cal debían situarse en relación aos seus compañeiros (en termos de percentil), ademais de valorar que porcentaxe das persoas que trataban melloraban, seguían igual ou empeoraban como conse-

cuencia dos seus tratamentos. En xeral as persoas profesionais consultadas situábanse de media no percentil 80, a inmensa maioría (o 90%) situábase por encima do percentil 75, unha cuarta parte das persoas consultadas situáronse por encima do percentil 90 e soamente o 4% consideraban que estaban na media. Ningunha das persoas enquisadas se situou por baixo da media. Non é necesario ter amplos coñecementos de estatística para chegar á conclusión de que aquí alguén se equivoca. Cando a estas persoas se lles preguntou pola súa eficacia, as respostas tamén distan bastante do que reflicten habitualmente os estudos sobre eficacia en psicoterapia: a cuarta parte das persoas consultadas considera que o 90% dos seus clientes/pacientes melloran e case a metade consideran que ningún dos seus pacientes empeoran. Como norma, e atendendo aos resultados desta enquisa, tendemos a pensar que o 80% das persoas que atendemos melloran, un 17% seguen igual e só un 3% empeoran (estas non son as cifras dun profesional medio).

De acordo, temos tendencia a sobreestimar a nosa habilidade como terapeutas; con todo, aínda hai esperanza. Se todas as persoas profesionais da psicoterapia se sitúan por encima da media, parece que a metade poderían estar equivocadas, pero non a outra metade. Non hai ningunha razón para pensar que non podo ser desas persoas que non o están; é máis, se o 25% se sitúan por encima do percentil 90, moitas persoas están equivocadas, pero por que non podo estar eu no certo?

Esta forma optimista de pensar seguro que pode ter un valor que potencie a miña autoestima, quizais me faga unha persoa máis feliz e un profesional con menos probabilidade de queimarme. A condición de que ignore algún traballo que parece indicar que esta tendencia a sobreestimar o noso rendemento é precisamente unha característica das persoas cun peor rendemento. Kruger e Dunning (1999) publicaron un artigo que resumía os resultados de catro estudos nos que se valoraba a autoavaliación que facían as persoas sobre tres calidades: humor, gramática e lóxica. Nel observaron que as persoas que se situaban no cuartil inferior nestas calidades resultaban ser as que mellor se valoraban. Este artigo acuñou como «efecto Kruger-Dunning» o nesgo cognitivo polo que as persoas con pouca habilidade tenden a autoavaliarse nunha posición superior a outras con máis habilidade. Estudos posteriores replicaron este efecto, mesmo cando se ofrecían incentivos por valorarse dunha forma precisa.

Esta situación ponnos no paradoxo de ter que autoavaliarnos dunha forma discreta para poder situarnos nunha mellor posición en canto a habilidade. Especialmente debemos atender ao feito de que parece que o que fai que as persoas cun peor rendemento se sobreestimen ten que ver coa súa incapacidade para detectar os seus puntos débiles. Podería ser unha boa forma de mellorar o noso rendemento esforzarnos en identificar os nosos puntos débiles? Podería isto implicar que debemos prestar especial atención á posibilidade de que algunhas persoas coas que traballamos empeoren?

• Non é por min, é por ti

Outra estratexia que pode aliviar o sufrimento que nos provoca pensar que o noso traballo en ocasións non só pode ser inútil, se non tamén daniño, é repartir a responsabilidade ou descargala totalmente na persoa que estamos a tratar. Á fin e ao cabo, se pensamos que as persoas tratadas son un factor fundamental na súa melloría, por que non ían ser tamén responsables da súa propia deterioración? Pode ser que algunhas persoas acuden en busca de tratamento xa nun curso de deterioración que simplemente non podemos axudar a deter; trataríase do curso natural do problema e non nosa propia intervención a causa da deterioración (falariamos entón de deterioración e non dano ou iatroxenia). Esta postura é razoable, aínda que non nos libra da responsabilidade de impedir esa deterioración, polo que nun creativo salto argumental podemos aumentar a aposta e propoñer que «o cliente non colabora» ou máis aínda que «o cliente se resiste» ou simplemente «non quere mellorar». E é que as persoas que acoden en busca de psicoterapia non teñen a ben ler os libros que nós estudamos, nin reaccionar como estes libros din que deberían facelo.

O certo é que, aínda que os clientes teñen unha contribución moi importante no resultado da psicoterapia, algúns estudos (Wampold e Brown, 2005; Owen et al., 2014), establecen á figura do terapeuta como a que explica a maior porcentaxe de varianza nos resultados (entre un 5% e un 8% da varianza), moito máis que o diagnóstico, a idade ou xénero da persoa tratada ou o uso (ou non) de medicación (a varianza explicada por estes factores rolda o 0%). Esta información convidanos a modificar o «non colabora» ou «resístese» por «non colabora comigo» e «resísteseme».

A proclamación da «morte da resistencia» por Steve De Shazer nos anos 80 (De Shazer, 1991) supón para moitos un cambio fundamental na forma de concibir a psicoterapia. Na miña opinión, foi un cambio relevante, non porque o concepto de resistencia fose un concepto inútil –á fin e ao cabo e a pesar do seu funeral, os comportamentos que anteriormente eran conceptualizados como resistencia se reencarnan en «formas de colaboración»-, senón porque cambia o foco da responsabilidade na colaboración, sendo os terapeutas quen teñen que facer o esforzo de colaborar cos pacientes. A referencia a este autor está vinculada a un modelo terapéutico concreto (terapia centrada en solucións), así que terei que admitir certo rumbo de filiación nesta argumentación, polo que sempre podemos seguir pensando que hai persoas que acoden á psicoterapia empregando os seus recursos (tempo, diñeiro) para seguir igual ou peor.

• Canto peor, mellor; para min (o seu) beneficio terapéutico

Outra estratexia que nos pode xerar certo alivio é considerar a deterioración en psicoterapia como parte da melloría. Podemos considerar que a deterioración é consecuencia de que a persoa está a afrontar unha realidade dolorosa e que este é un proceso necesario para poder mellorar. Poderíamos pensar que un paso previo para solucionar un problema é recoñecelo e isto pode ter como resultado unha deterioración inicial, poderíamos mesmo recorrer á coñecida cita de J. F. Kennedy de que «crise significa oportunidade en chinés» (a pesar de ser unha afirmación falsa), ou que é necesario destruír para poder construír, etc.

A idea de que nun proceso terapéutico as persoas deben afrontar situacións dolorosas como parte da melloría e por tanto presentar unha curva de deterioración previa a esta, non parece desatinada desde un punto de vista lóxico, e mesmo é coherente coas propostas teóricas dalgúns modelos psicoterapéuticos, nos que, mesmo en momentos determinados, pode chegar a considerarse a melloría como un mal dato para o obxectivo da terapia

“Cambia o foco da responsabilidade na colaboración, sendo os terapeutas quen teñen que facer o esforzo de colaborar cos pacientes”

(unha fuxida cara á saúde, para evitar o sufrimento necesario). Con todo, os resultados obtidos en numerosos estudos en que se investigaron as traxectorias de cambio en psicoterapia indicannos que esta idea podería ser incorrecta. A investigación parece revelar que un dos principais preditores de que o proceso terapéutico resultará exitoso é o cambio temperán, que as persoas experimenten mellorías nos primeiros compases do tratamento e non ao revés (Brown, Dreis e Nace, 1999), particularmente nas tres primeiras sesións e case sempre antes da sétima. E da mesma maneira que a melloría predí máis melloría, a deterioración predí máis deterioración ou abandono (Miller et al., 2006).

Finalmente, convén sinalar que os datos de deterioración presentados anteriormente están referidos aos resultados obtidos unha vez finalizada a intervención e non durante o curso desta.

• Solucionar o problema?

Por último, para aquelas persoas que se atopen incómodas (por calquera razón) coas estratexias anteriormente propostas para afrontar a posibilidade de que algunhas das persoas coas que traballan teñan resultados negativos, quedaría a opción de tentar solucionar o problema. Esta opción quizais pasará por formarse máis, adquirir máis experiencia.

A posición que se defenderá neste escrito é que solucionar o problema debe pasar por ser capaces de identificarmos as persoas que poden deteriorarse no curso do proceso terapéutico e poñermos os medios para evitalo, ben variando a estratexia de intervención ou, se isto non fose suficiente, retirarse e derivar.

Desgraciadamente, a nosa habilidade para identificar as persoas que están en risco de deterioración é equivalente á nosa habilidade para xulgar as nosas propias habilidades, é dicir, pouca. Hannan et al. (2005) quixeron valorar esta habilidade para identificar persoas en risco de deterioración e para iso fixeron unha investigación que implicou a 40 psicoterapeutas (20 terapeutas en formación e 20 con experiencia) e a 550 clientes. Informóuselles de cal era o obxecto da investigación (coñecer a súa precisión ao identificaren clientes en deterioración) e lembróuselles que en distintas investigacións se atopara que a porcentaxe de clientes con resultado negativo roldaba o 8%. Posteriormente, e durante un período de tres semanas, preguntóuselles ao final de cada sesión se consideraban que esa persoa podería finalizar o tratamento peor do que empezou e, ademais, se consideraban que esa persoa, nesa sesión concreta, estaba peor que cando comezou o tratamento. As persoas responsables da investigación informaron tamén de que a súa hipótese de partida era que a experiencia tería un papel fundamental nesta habilidade; por tanto, esperaban que aquelas persoas con máis experiencia deberían ter máis precisión nas súas predicións. Do total de 550

clientes, 40 finalizaron o tratamento peor de como o iniciaron, o que supón unha porcentaxe moi próxima ao informado ás persoas profesionais que participaron na investigación que, pola súa banda, fixeron unha predición de deterioración en só 3 casos (un 0,01%), dos que soamente nun caso a predición foi acertada. Ao contrario do esperado, do grupo de terapeutas con máis experiencia, ninguén fixo ningunha predición de deterioración, de modo que a única predición acertada sobre 550 a realizou un terapeuta en formación. Con todo, o emprego de procedementos de monitorización dos resultados e os algoritmos de predición que se estaban testando na investigación (o OQ-45) permitiu identificar a 36 dos 40 casos que finalizaron con deterioración. A incapacidade que temos para identificar pacientes en risco está directamente vinculada a certa cegueira para ver o empeoramento nos síntomas. Neste estudo e aplicando os algoritmos do OQ-45 identificáronse en 55 ocasións sinais de risco de deterioración (por un empeoramento dos síntomas) nunha sesión concreta; 21 destes casos foron xulgados ao finalizar esa sesión polo seu terapeuta como «mellor» ou «recuperado».

• Estude máis!

Xa que a experiencia non é algo que poidamos manexar a curto prazo, o primeiro en que podemos pensar é en estudar máis, máis cursos e obradoiros, máis libros, máis métodos e técnicas, máis diplomas. Esta vía é sen dúbida loable, seguro moi útil, e ademais proporcionaranos múltiples recursos, pero desafortunadamente, os resultados dalgúns estudos parecen indicar que a influencia do grao de formación na nosa eficacia é bastante pobre. Nun estudo xa mencionado, Wampold (2005) achou que a varianza dos resultados explicada polo nivel de titulación é próxima a cero. Nesta liña, Nyman et al. (2010) quixeron comprobar as diferenzas nos resultados obtidos por clientes tratados polos membros do equipo profesional dunha institución, en comparación cos resultados obtidos por clientes que recibían tratamento de terapeutas en prácticas no mesmo centro. O resultado foi que, á marxe de que existía unha melloría significativa nas persoas tratadas, non había ningunha diferenza nos resultados obtidos por membros do equipo en comparación cos obtidos por terapeutas en prácticas. Atkins e Christensen (2001) fan unha comparación máis extrema, tentando observar as diferenzas nos resultados obtidos por profesionais e paraprofesionais. Conclúen que, aínda que en xeral parece que o feito de ter unha formación específica ten unha influencia directa nalgúns aspectos, sobre todo na adherencia e a duración da terapia, as persoas paraprofesionais resultan ser tamén útiles, cuns resultados non moi afastados dos obtidos por profesionais.

• Máis experiencia!

Quizais co tempo os meus resultados melloren e consiga mellorar as miñas cifras á hora de identificar e evitar que algunhas das persoas coas que traballo empeoren, á fin e ao cabo, pago o prezo da inexperiencia (poderíamos pensar). Como

no caso da formación que, aínda que moi importante, non parece ser determinante nos resultados, na procura da excelencia (polo menos no empeño por asegurarse non estar no cuartil inferior), o factor experiencia parece que tampouco é dos máis determinantes. Non o é no caso da psicoterapia do mesmo xeito que non parece selo en moitos outros campos.

A investigación recente sobre o rendemento superior desafía o mito popular de que a pericia e o rendemento superior se desenvolve de forma inevitable, emerxendo de xeito natural como consecuencia de moitos anos de experiencia nunha área. Hai na actualidade ampla evidencia en moitos campos diferentes de que o número de anos de experiencia é un predictor pobre do rendemento profesional obxectivo. (Ericsson, 2009)

En relación a esta afirmación, Anders Ericsson (2009) recolle na súa compilación *Development of Professional Expertise* non só evidencia sobre a escasa relación entre rendemento e anos de experiencia, senón tamén que existen algúns estudos que parecen indicar que o rendemento podería mesmo deteriorarse cos anos de experiencia. Por exemplo, Choudhry (2005) conclúe en relación á medicina que médicos con máis anos de experiencia «poderían estar en risco de prestar unha atención de peor calidade», ata o punto de que a supervivencia de pacientes con problemas cardíacos descende co número de anos que pasaron desde a gradación do seu profesional da medicina. Resultados similares atopáronse en moitas outras áreas. En psicoterapia, o psicólogo Paul Clement (2008) escribiu unha serie de artigos nos que avaliou o seu propio rendemento na súa traxectoria profesional privada. No último da serie avaliou a evolución dos seus resultados tras 40 anos de práctica, onde concluíu que «os resultados non só non mostran ningunha melloría co tempo, senón que na actualidade (...) comezan a empeorar».

Todas estas experiencias que avalían o rendemento en relación coa experiencia atopan unha curva de aprendizaxe para as persoas profesionais que se atopan na media, na que as melloras en rendemento son moi rápidas nun primeiro momento, para alcanzar rapidamente unha fase de meseta en que os avances se deteñen. Parece lóxico pensar que a medida que alcanzamos un nivel de aprendizaxe aceptable, calquera avance debería ser máis complexo e requiriría de maiores esforzos, pero tamén resulta fácil relacionar o estancamento e posterior deterioración coa nosa tendencia a sobredimensionar a nosa propia capacidade. En definitiva, unha inflación de confianza nas nosas propias habilidades e a automatización da nosa actividade poderían ser factores chave.



unsplash.com
©James Sutton

4 Factores relacionados coa deterioración na psicoterapia

Gustaríame poder falar de «causas» máis que de factores relacionados. Con todo, da investigación existente no tema, boa parte centrouse en posibles características das persoas que buscan axuda en psicoterapia. Por unha banda, isto implica poñer de novo o foco do «fracaso» nos clientes, describindo características sobre as que as persoas profesionais teñen pouca influencia e, por tanto, responsabilidade. De calquera xeito, faremos referencia a algún destes factores, a pesar de que non hai unha gran proliferación de artigos e moitos dos traballos poden ser pouco definitivos cando consideramos algunhas cuestións de deseño, especialmente no relativo ao tamaño das mostras.

• Severidade inicial dos síntomas

Existe algunha evidencia de que a severidade inicial dos síntomas ten algunha relación co resultado; entre outros, Schramski et al. (1984) achan que, a maior severidade dos síntomas ao iniciar a psicoterapia, máis probabilidade hai de deterioración. Isto é certo, nesta e noutras investigacións en que a valoración inicial da severidade é realizada por persoas profesionais. Con todo, a relación podería ser inversa cando a severidade é valorada tendo en conta medidas nas cales son as persoas atendidas as que valoran subxectivamente o seu estado. Mohr et al. (1990) atoparon que a relación entre sensación subxectiva de gravidade e resultados é inversa neste caso; as persoas con altos niveis de dificultades interpersoais, pero baixos niveis en canto a sensación subxectiva de angustia, teñen máis posibilidades de ter resultados negativos (en canto a dano ou deterioración), mentres que as persoas que teñen altos niveis de dificultades interpersoais e altos niveis de angustia, teñen máis posibilidades de obter resultados positivos en psicoterapia. Na mesma liña, Miller et al. (2005) descubriron que aquelas persoas que puntúan por encima do corte clínico no Outcome Rating Scale (boa valoración subxectiva en canto ao seu benestar) ao comezo da terapia teñen máis posibilidades de empeorar como consecuencia da mesma.

Duncan (2010, p.49) describe tres posibles situacións polas que as persoas que acoden á terapia poden puntuar por enriba do corte clínico e, por tanto, adoitan ser máis susceptibles de deterioración: persoas que acoden á psicoterapia obrigados; persoas que teñen un problema (queixa, síntoma) moi específico, pero que, a pesar da súa gravidade (ou non), non interfere de forma significativa no seu funcionamento diario; e, por último, aquelas persoas que acoden á psicoterapia sen ter ningún problema (síntoma, trastorno, queixa) con intencións de «crecemento persoal» (se non está roto, non o arranxes).

En resumo, as persoas con problemas máis severos, segundo a valoración de persoas profesionais, tenden a empeorar. As persoas con problemas máis severos, segundo unha valoración subxectiva, tenden a mellorar (e viceversa). Semella, e isto é unha interpretación persoal, que a valoración profesional fose un reflexo de dificultade percibida por este. Mentres que, no caso das valoracións subxectivas, parece lóxico pensar que unha persoa con altos niveis de benestar sexa bastante máis difícil que mellore aínda máis, mentres que non sería complicado que nalgún momento empeorase.

• Expectativas e actitudes sobre a terapia

As expectativas en canto ao proceso terapéutico parecen ser determinantes no resultado, tanto negativo como positivo. Sobre esta cuestión parece haber certo consenso e apoio empírico suficiente; con todo, Mohr (1995) engade en función da súa revisión da literatura sobre o tema que, aquelas persoas que tiveron resultados negativos nas investigacións revisadas, tiñan unhas expectativas con relación á terapia segundo as que, concibían a terapia (individual e en grupo) como un ambiente seguro e libre de situacións embarazosas. Entendo que Mohr pretende dar a entender que aquelas persoas que teñen unhas expectativas da psicoterapia como unha experiencia dura, ou que podería relacionarse coa motivación (sei que é duro, pero fareino igual) teñen máis posibilidades de éxito. Que os doentes deben entender a incomodidade como unha parte intrínseca da terapia. Non obstante, non temos información sobre as persoas que iniciaron un proceso terapéutico con expectativas de seguridade e comodidade e que se atoparon con, precisamente, seguridade e comodidade. Atrévome a predicir que o resultado nestes casos non debeu de ser negativo. Entendo que nesta interpretación dos datos por parte do autor, ignórase unha variable. En consecuencia, poderíase afirmar que aquelas persoas que buscan terapia coa expectativa de que é segura e cómoda, empeoran cando se atopan con que o proceso non é seguro e é incómodo.

• O terapeuta

Xa mencionamos a contribución do terapeuta nos resultados e, por tanto, nos resultados negativos. Anderson et al. (2009) atoparon que o predictor máis potente dos resultados en psicoterapia foron as habilidades interpersoais do terapeuta.

A División de Psicoterapia da APA (división 29), denominada desde o 2014 como The Society for the Advancement of Psychotherapy, puxo en marcha no ano 2001 un grupo de traballo coa intención de atopar cales son estas habilidades interpersoais que están relacionadas, positiva e negativamente cos resultados,

xerando unha listaxe de «relacións terapéuticas con apoio empírico» (Norcross et al., 2011). Nesta listaxe atopamos como relacións que demostraron ser efectivas: a alianza terapéutica, a cohesión na terapia grupal, a empatía e a recollida de *feedback* dos clientes (percepcións de clientes sobre o proceso terapéutico). A estas habilidades únense outras con apoios empíricos menos concluíntes (o acordo en obxectivos, a colaboración, a congruencia...).

Existe bastante acordo na literatura sobre o feito de que a alianza terapéutica é un factor determinante nos resultados da mesma. Miller et al. (2005) atopan que alianzas débiles nas primeiras sesións (especialmente en segunda sesión) predín deterioración ou, no mellor dos casos, abandono.

5 O bo do malo. O terapeuta centrado no erro

Parece que hai algunha mala noticia no descrito ata agora: hai persoas coas que traballamos que empeoran durante o tratamento, algunhas como consecuencia directa do mesmo. A porcentaxe de persoas que empeoran está en gran medida relacionada coa nosa habilidade como profesionais, pero temos certa tendencia a sobreestimar esta habilidade, á vez que temos pouca habilidade para valorar a evolución das persoas coas que traballamos (especialmente cando esta é negativa). Finalmente, nin o grao de formación nin os anos de experiencia parecen facer que a situación mellore, chegando mesmo a empeorar.

Con este resumo catastrófico, sería fácil que algunhas persoas me puidesen colocar como posible representante dunha suposta «psicología negativa», dándolle un novo empuxe ao pesimismo (quizais non con demasiado desgusto pola miña banda). Sabendo tamén que a psicoterapia é, e foi, desde os seus inicios moi útil para a maioría das persoas, sendo só unha pequena porcentaxe a que empeora durante o proceso terapéutico e, desas que empeoran, non todas o fan como consecuencia directa da terapia... por que centrarse nestas persoas?

A primeira e evidente resposta é a responsabilidade; por poucas que sexan, é un fenómeno que temos que evitar na medida do posible. A segunda resposta ten que ver co propio proceso de aprendizaxe e práctica, é onde adquire protagonismo o «terapeuta centrado no erro», como aquel que quere ser consciente dos seus puntos débiles e traballa para melloralos.

Hei de confesar que algunhas das afirmacións deste texto buscan un resultado efectista e teñen unha segunda lectura. Certo que a formación e a experiencia teñen unha relación débil coa habilidade (unha mala noticia para terapeutas con experiencia, non tan mala para terapeutas noveis), pero esta habilidade si que ten unha relación directamente proporcional á cantidade e á calidade da práctica (unha mellor noticia para terapeutas con experiencia, unha interesante guía para terapeutas noveis). Nótese que a práctica non se fai equivaler á experiencia, porque tal como se concibe neste artigo non o é. O centro da experiencia pode ser unha simple repetición acrítica e automática dos mesmos procedementos que podemos considerar útiles durante anos; a práctica, en cambio, implica un esforzo consciente e deliberado por mellorar; é o que Ericsson (2006) denomina «práctica deliberada», en contraposición á simple experiencia. Dito doutra maneira, a experiencia, a repetición, pode levarnos a perfeccionar calquera procedemento, pero se esa experiencia é acrítica e automática, pódenos levar a perfeccionar procedementos defectuosos e (por que non?) converternos en «expertos en facelo mal». A práctica deliberada, pola contra, implica unha atención especial ás dificultades, ás áreas en que non nos sentimos competentes ou ás persoas que atendemos que non están a obter resultados positivos.

“O «terapeuta centrado no erro», como aquel que quere ser consciente dos seus puntos débiles e traballa para melloralos”

Poida que pareza máis sinxelo comprender o que implica práctica deliberada noutras áreas; quizais un pode imaxinarse en que consiste a práctica dun violinista excepcional (imaxínano practicando unha e outra vez esas pezas que lle soan tan ben, ou repetindo unha e outra vez fragmentos cos que ten dificultades?), ou un deportista de primeiro nivel. Os compoñentes xenéricos da práctica deliberada parecen ser a práctica de habilidades básicas e o intento de aprendizaxe de novas habilidades a noso alcance, pero que supoñan un reto. Para este nivel de práctica é necesario ter unha medida fiable do noso rendemento para monitorizar tamén as nosas mellorías.

Chow et al. (2015), fixeron un esforzo por definir a práctica deliberada en psicoterapia e atoparon que o mellor predictor de resultados nas persoas que acoden á terapia é a cantidade de tempo que dedica o seu terapeuta a desenvolver as súas habilidades terapéuticas; os terapeutas nas posicións máis altas en canto a efectividade dedican moito tempo en solitario a actividades dirixidas a mellorar as súas habilidades (revisión de gravacións e notas). Nesta forma de práctica adquire un papel fundamental identificar dificultades, clientes que están en risco de deterioración, ou a quen non estamos a ser capaces de axudar.

En relación ao anterior, Norcross (2011) recolle na súa listaxe como unha das relacións terapéuticas con apoio empírico a recolección de *feedback*. A atención ao *feedback* que nos devolven as persoas que atendemos sobre cal é a súa percepción subxectiva en canto a se experimentan melloría ou non, en que áreas a experimentaron ou non, ou que cousas lles están a servir de axuda e cales non, serán ferramentas fundamentais para os terapeutas centrados no erro, para identificar clientes que poderían empeorar ou que están en risco de non obter resultados no proceso, pero ademais, serán ferramentas fundamentais na propia aprendizaxe e evolución das persoas profesionais, constituíndo un dos elementos nucleares da «práctica deliberada».

Existen distintos sistemas de recolección de *feedback* centrados en identificar persoas en risco de empeorar (COMPASS, CORE, TOPS, Treatment Outcome Systems, PCOMS, OQ System...). Algún deles incorpora tamén medidas que permiten identificar aquelas persoas coas que non se está establecendo unha boa relación terapéutica, polo que permiten identificar problemas e corruxilos. Os sistemas de *feedback* demostraron mellorar considerablemente os resultados da maioría dos terapeutas que o empregan. Para Lambert (2013), o factor realmente relevante na recolección de *feedback* é a identificación de persoas en risco de empeorar ou de non obter bos resultados. A capacidade para detectar a estas persoas marcará a diferenza entre profesionais en termos de resultados.

Terapeutas centrados no erro serían aquelas persoas profesionais da psicoterapia con formación e práctica suficientes, con confianza nas súas habilidades, pero moi conscientes das súas limitacións como medio para poder superalas. Os terapeutas centrados no erro poñen en primeiro lugar a experiencia subxectiva dos seus clientes ao considerar os resultados; de feito, poñen esta experiencia subxectiva por encima do seu propio criterio profesional. Por último, monitorizan constantemente esta experiencia (recollen *feedback*).

En definitiva, e a modo de conclusión, neste artigo propónse converterse en terapeutas centrados no erro como estratexia para minimizar os posibles efectos iatroxénicos da psicoterapia e ao mesmo tempo, como procedemento de aprendizaxe e mellora para as persoas profesionais da psicoterapia.

“Os sistemas de *feedback* demostraron mellorar considerablemente os resultados da maioría dos terapeutas que o empregan”



FERRAMENTAS



FERRAMENTAS

AUTOLESIÓNS: LUGARES COMÚNS E EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Ignacio Dopico González

PSICÓLOGO CLÍNICO,

FUNDACIÓN-INSTITUTO SAN JOSÉ

✉ ignaciopico@yahoo.es

RESUMO: Neste artigo tratei de centrarme na clínica en condutas autolesivas, un tema particularmente en auxe nestes momentos, tratando de buscar algunhas características comúns –requisitos mínimos, poderíamos dicir– que nos permitan transcender parcialmente aos propios modelos que sustentan a práctica clínica. Neste senso parto dunha reflexión aplicable non só á clínica nas autolesións, senón a moitas outras situacións complexas que nos atopamos no día a día do noso traballo, situacións nas cales o compromiso e a actitude terapéutica teñen un papel extraordinariamente importante. É neste aspecto relacional no cal, no noso criterio, certos enfoques didácticos actuais fan augas nun intento rudo de mimetizar a metodoloxía e os xeitos das ciencias positivas clásicas. Sintetizo algunhas contribucións extraídas desde enfoques puramente clínicos e guías de recomendacións, sen pretender exhaustividade ou sistematización en xeito algún, senón achegar algunhas ferramentas aplicables á clínica.

PALABRAS CLAVE: autolesións, efectividade, relación clínica, técnicas de intervención.

ABSTRACT: In this article I have tried to focus on clinics in self-harm behaviour, a particularly highlighting issue nowadays, trying to look for some commonalities – minimum requirements, we could say – that would let us partially transcend the models that sustain the clinical practice. In that sense, I start from a reflection applicable not only to clinics in self-harm, but to any other complex situations in our daily work, situations in which commitment and therapeutic attitude play an extraordinary and important role. It is in this relational aspect where, in our opinion, some of the current didactic approaches fail in a gross attempt to mimic the methodology and features of the positive classic sciences. I synthesise some contributions extracted from purely clinical approaches and tips from clinical guidelines, without claiming exhaustiveness or systematisation in any way, but providing some tools applicable to clinics.

KEY WORDS: self-injury, effectiveness, clinical relationship, treatment tools.

SUMARIO:

- 1 O marco.
- 2 Modelos de tratamento.
- 3 A relación.
- 4 Estabilización inicial.
- 5 Regulación emocional.
- 6 Factores interpersoais.
- 7 Apegos e contexto.
- 8 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a. ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Andrade-González, N. e Fernández-Liria, A. (2015). Adaptación española del Working Alliance Inventory (WAI). Propiedades psicométricas de las versiones del paciente y del terapeuta (WAI-P y WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524-533.

Asarnow, J. R., Berk, M. S. e Baraff, L. J. (2009). Family Intervention for Suicide Prevention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(2), 118-125.

Bateman, A. e Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15.

Brown, G., Birley, J. e Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

Cabañas, R., Martín, B., Saravia, M. e Viau, G. (2013). Representación de la terapia grupal de Invin Yalom. Recuperado de <https://es.slideshare.net/GerardoViau/terapia-grupal-en-el-aqu-y-el-ahora-segn-irvin-yalom>

CONTINÚA NA
PÁX. SEGUINTE 

Conterio, C. e Lader, W. (2008). *Daño Corporal* (2a. ed.). Chicago: Virgin Ink Press.

Crittenden, P. (2009). *Nuevas implicaciones clínicas en la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.

Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K. e Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131.

Earnhout, C. e Whitlock, J. (2015). Bringing up self-injury with your clients. Recuperado de <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/bringing-up-self-injury-with-your-clients.pdf>.

D'Zurilla, T. J. e Golfried, M. R. (1992). *Terapia de resolución de problemas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Faura, J. (2011). Autolesión: Guía de medidas anticontagio y contra las desventajas de Internet. Recuperado de http://www.asefo.com/wp-content/uploads/2011/05/Guia_anticontagio_autolesion_para_Foros_Usuarios_Publicadores.pdf.

Fisher, J. (2017). Self-harm and suicidality. Recuperado de <http://www.janinafisher.com/pdfs/selfharm.pdf>

González, A. (2007). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento*. Sevilla: Publidisa.

Kissil, K. (2011). Attachment-Based Family Therapy for Adolescent Self-Injury. *Journal of Family Psychotherapy*, 22, 313-327.

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell D., Hazell, P., ... e van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012189/abstract;jsessionid=6288DF333EEBE2FE84B8DBE1844AC954.f02t04>.

Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J. e Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23, 240-259.

Levy, K. N., Yeomans, F. E. e Diamond, D. (2007). Psychodynamic Treatments of Self-Injury. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(11), 1105-1120.

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.

Markland, R. (2013). Non-Suicidal Self-Injury: A Systemic Perspective. Recuperado de http://www.psychology.nottingham.ac.uk/staff/ddc/c8cxpa/further/Dissertation_examplés/Markland_13.pdf.

McDougall, T., Armstrong, M. e Trainor, G. (2010). *Helping children and young people who self-harm. An introduction to self-harming and suicidal behaviours for health professionals*. Nova York: Routledge.

Mosquera, D. (2008). *Autolesiones, el lenguaje del dolor*. Madrid: Ediciones Pléyades.

Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigly, K. e Whitlock, J. (2013). Interpersonal Features and Functions of Non suicidal Self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 43 (1), 67-80.

National Institute for Clinical Excellence (2004). The short term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg16/evidence/cg16-selfharm-full-guideline-2>.

National Institute for Clinical Excellence (2013). Self-harm: longer term management. Recuperado de https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwjgs5r9IM_VAhWJ6xoKHcliCwAQFghBMAM&url=http://s%3A%2F%2Farms.evidence.nhs.

1 O marco

Máis alá da adscrición fiel a un modelo, á hora de abordar moitas das problemáticas que nos xorden no día a día, vémonos obrigados a desprazarnos máis alá dun único marco referencial. Trátase, máis que nunca quizais, de tomarmos unha postura concreta e comprometida; é o momento de actuar, e a familia, doente e o terapeuta sábeno diante dun sintoma especialmente palpable e visible en toda a súa crueza. Poucos profesionais da saúde mental somos alleos ás implicacións en situacións deste calibre. Non é só a integridade física e psicolóxica o que está en vilo, é a propia integridade do terapeuta dalgún xeito, porque todo doente (algúns máis ca outros) implica certo grao de desafío. Cinxirse ás pautas fixadas por un modelo concreto, evitando desviacións, viuse que podía aumentar a efectividade na nosa labor diaria, pero, non debería ir en detrimento da flexibilidade necesaria que a miúdo imos ter que despreñar en determinadas cuestións. Máis alá diso, mencionouse a necesidade de contar con coñecementos técnicos específicos á hora de levar a cabo un tratamento nesta esfera (Conterio e Lader, 2008), desde unha concepción da conduta autolesiva que implica máis que o mero control de impulsos.

Neste senso, parece xeneralizada a vivencia de que o dano autoinflixido é unha experiencia que a miúdo resulta tensa para o propio terapeuta, citándose como algo susceptible de provocar *burn-out*, temores e dúbidas acerca dun mesmo como profesional. Isto podería acabar desembocando en ira, condutas non axeitadas en terapia, esixencias pouco realistas de control –canto antes– da conduta autolesiva, ou a petición irracional de observar melloras constantes e poder mostrárllelas aos referentes desa persoa. Non é estraño así que o profesional sinta a carga emocional do exceso de responsabilidade autopercibida fronte á situación (Earnhout e Whitlock, 2015). Ante isto, algúns terapeutas optan por inhibirse ante este tipo de casos, mentres que outros despreñan unha serie de estratexias encamiñadas á redución da responsabilidade, caso, por exemplo, dalgúns que ante a menor dúbida deciden o ingreso. Certamente non é sinxelo, posto que máis alá da propia responsabilidade como terapeuta temos que ter en conta que moitos destes casos corren o risco da xudicialización, e ademais, aínda que parece que non moitos casos desembocan en suicidio real, o temor sempre está presente (Conterio e Lader, 2008).

Algúns autores opinan que o profesional corre aquí a miúdo un risco de verse sometido a unha sorte de trauma secundario, e é que moitas das persoas que se autolesionan parecen ter sufrido situacións extremas, incluso de xeito reiterado ao longo del tempo. Por isto, algunhas das preguntas que nos deberiamos facer antes de asumir un caso serían: estou suficientemente formado/a para isto?, vou ser capaz de manter a distancia correcta?, son capaz de axudar a esta persoa?, podo establecer límites adecuados nesta relación?, teño a suficiente formación e madurez na miña profesión como para levar a cabo unha intervención deste tipo? Non se trata de temer o sintoma, pero a minimización quizais tampouco resulta de axuda para ninguén. Coñecer os propios límites de coñecemento, experiencia, e as nosas barreiras emocionais, debería de ser condición indispensable para aceptar e continuar cun caso particularmente complexo. Do contrario, a derivación sería unha condición inescusable polo ben de todos os implicados. Lembremos que, ante todo, o primeiro principio da bioética é «cando menos non danar».

“Coñecer os propios límites de coñecemento, experiencia, e as nosas barreiras emocionais, debería de ser condición indispensable para aceptar e continuar cun caso particularmente complexo”

2 Modelos de tratamento

Os enfoques ao respecto da abordaxe do dano autoinflixido son quizais tantos como correntes e escolas terapéuticas; mesmo poderíamos dicir que tantos como terapeutas que exercen neste campo. Postuláronse ademais varios modelos explicativos dentro das distintas escolas: a hipótese da autorregulación, o modelo da antidisociación, o modelo antisuicidio, o modelo da influencia interpersonal, o modelo da busca de sensacións e o modelo de autocastigo entre outros (Tiev LaGuire, 2015). Non obstante, se botamos unha vista xeral ás publicacións ao respecto, destacan sobre todo determinadas escolas e enfoques de corte cognitivo-condutual, sistémico e psicodinámico. Tamén nos atopamos con enfoques quizais máis complexos na súa categorización, como podería ser o caso da terapia de aceptación e compromiso, a terapia focalizada na compaixón, a terapia interpersonal, ou, sobre todo, a terapia dialéctica-condutual de Linehan (2003) (a máis validada empiricamente, por outro lado). Desde un nivel inferior, tamén se levaron a cabo intervencións desde un formato de *counselling* desde outras disciplinas e profesións vinculadas á saúde mental, como é o caso, por exemplo, do traballo social e da enfermaría.

A terapia cognitivo-condutual, pola súa parte, utilizou un elenco condutual variado, que inclúe habilidades de regulación emocional, adestramento en habilidades sociais, procedementos de solución de problemas, habilidades de tolerancia ao «distrés», e *mindfulness* entre outras. En toda intervención deste tipo haberá un espazo para a discusión de ideas irracionais ou disfuncionais. Algunhas delas que se citaron: o corpo é de cada un e podemos facer con el o que queiramos; as lesións non molestan a ninguén; deste xeito os demais saberán canto sufrimos; as cicatrices lémbrennos a batalla; deixar de facelo fará que nos doan máis as cousas; é un xeito xenuíno de saber se os demais se preocupan por nós; merecemos o castigo por ser malas persoas; non somos responsables de tales condutas, senón que suceden por si mesmas; son un xeito de mostrarnos e mostrar a nosa fortaleza; evitan que un día cheguemos ao suicidio... Esta serie de ideas serían así susceptibles desde este modelo de ser modificables mediante técnicas de reestruturación cognitiva.

En xeral pártese da asunción de que é necesario abordar dificultades en solución de problemas (impulsividade, limitación de alternativas, espera pasiva...), pensamentos negativos e axudar á posta en marcha de habilidades condutuais e de regulación emocional tras a identificación dos desencadeantes.

Este tipo de terapias, as cognitivo-condutuais e a terapia dialéctica-condutual, son as que se mostraron máis efectivas desde o punto de vista da psicoloxía baseada na evidencia, se ben, tal evidencia en conxunto é escasa, tal como sinalan Hawton et al. (2016), e moitos dos seus ingredientes non deixan de ser comúns,

e incluso derivan de moitos outros enfoques. Ademais, os achegamentos desde esta modalidade foron realmente variados, postulándose algúns mecanismos de eficacia comúns: confianza depositada no terapeuta, aumento da esperanza, desenvolvemento dunha maior tolerancia a estados de ánimo, mellora en habilidades de manexo interpersonal, aumento da actividade ou habilidades de prevención de recaídas entre outros.

En varios artigos, faise referencia a unha modalidade de terapia cognitivo-condutual denominada Manual Assisted Cognitive-behavioural Therapy (MACT), onde se levaron a cabo de dúas a seis sesións de terapia cognitivo-condutual individual e apoio bibliográfico sobre a regulación emocional, técnicas de manexo de estrés e prevención de recaídas. Aplícase neste caso un enfoque baseado fundamentalmente na solución de problemas, mostrando as posibles causas e ensinando a identificar disparadores mediante a análise de cadeas condutuais e follas de rexistro de conduta. Considérase un tratamento breve, evidentemente, e a súa efectividade foi estudada nunha mostra de 480 persoas, nas cales se observou a súa efectividade na redución do dano aos seis meses, pero que, non obstante, non se mantivo aos doce (Tejeda, 2013).

Outro exemplo de terapia cognitivo-condutual foi a terapia de solución de problemas, baseada no procedemento de D'Zurilla e Goldfried (1992). Parte do feito de que a persoa que se autolesiona carece de certas habilidades de solución de situacións problemáticas, pero que iso non é algo estático, senón que se pode corrixir mediante un procedemento específico. Algúns estudos concluíron que podería ser incluso un tratamento de elección, unha vez se considera un dos modelos con máis sustento empírico ás súas costas. O problema é, como vén sendo habitual, a confusión nos estudos entre intentos suicidas e autolesións sen intención suicida, así como as variables medidas, que a miúdo poderían considerarse indicadores secundarios de mellora (diminución da depresión, desesperanza, ansiedade ...), máis que sinais de diminución da conduta autolesiva en si mesma.

Dentro do enfoque psicodinámico, recorreuse ás teorías do eu, teoría de relacións obxectais, teorías do *self* e terías do apego. Na literatura menciónanse varios estudos con terapia focalizada na transferencia de Kernberg (Kerr, Muehlenkamp y Turner, 2010) con obxectivos de redución da conduta de dano autoinflixido, así como a redución do caos interpersonal. Dentro deste enfoque utilízase a propia relación psicoterapeuta-doente para a busca de *insights* parciais acerca de determinados temas principais, sobre todo as relacións interpersoais. Tamén se nutre de determinadas técnicas de regulación emocional e condutuais. Parte do feito de que as representacións dos demais e de nós mesmos se constitúen en relación coas figuras de apego, a través da internalización de tales, algo que se consegue cun maior ou menor grao de diferenciación e integración. Un escaso grao de diferenciación entre as distintas representacións ou conceptos, que

levan ademais determinados afectos, conduce a unha serie de problemáticas de regulación no afectivo, e por tanto, requírese unha integración de polaridades nun todo máis coherente. Aquí determinadas actitudes terapéuticas teñen un papel predominante en tal construción, e así, requírese dun estilo terapéutico non punitivo, activo, que confía na capacidade do doente para mellorar a modulación dos afectos, á vez que o terapeuta se mantén firme á hora de observar os aspectos contractuais pautados e proporciona as oportunidades e o marco para que o doente tome consciencia do seu propio funcionamento (Levy et al., 2007).

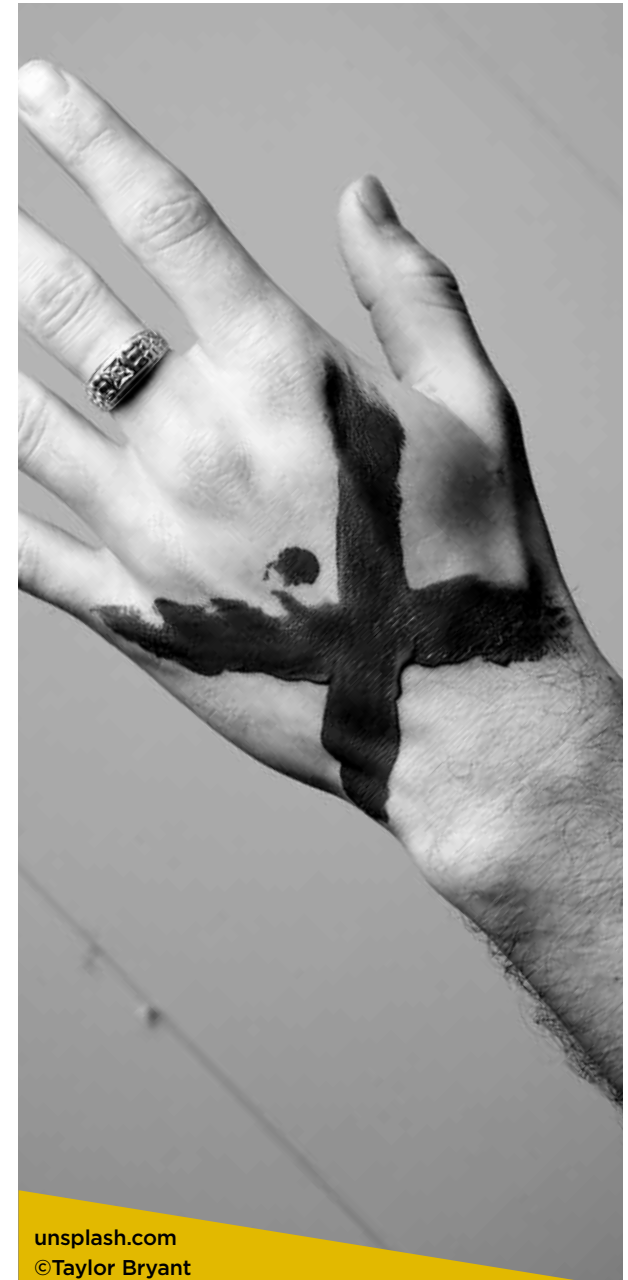
Outro tratamento de corte psicodinámico, ou cando menos derivado desta corrente e fundamentado nas teorías do apego, foi a terapia baseada na mentalización desenvolta por Fonagy e Bateman (2013). Desde aquí, preténdese ensinar ao afectado a prestar atención e comprender os sentimentos e as emocións para poder interpretar os seus propios sentimentos e as súas accións, así como os dos demais, co obxectivo final de mellorar o patrón de relación interpersonal. Outro enfoque centrado na temática das autolesións foi o da terapia interpersonal (Levy et al., 2007).

A terapia dialéctica-condutual (Linehan, 2003), pola súa parte, focalizouse nos déficits de regulación emocional e interpersonal desde un moi amplo elenco de técnicas, pero centrándose moito no tipo de relación que o terapeuta e o doente manteñen entre si. Neste sentido, búscase un equilibrio entre as diversas contradicións que mostra o doente desde un enfoque que implica unha actitude terapéutica caracterizada sobre todo pola aceptación, e na que se trata de non xulgar o doente. A actitude non crítica podería ser un factor común vital para a resolución favorable do problema, calquera que sexa a terapia aplicada, sendo esta unha característica especialmente valorada polo doente segundo algunhas investigacións cualitativas. Nesta modalidade utilízanse formatos de terapia grupal e individual así como un teléfono de emerxencias.

Desde a terapia sistémica, as abordaxes foron tamén variadas, se ben, as revisións sistemáticas parecen máis ben escasas ao respecto, e a multiplicidade de puntos de vista e enfoques (moitos dos cales no meu criterio se desvían do estándar) foi moi heteroxénea. Fago mención de varios deles no apartado de factores interpersoais.

Pese a esta multiplicidade de puntos de vista, poderíamos encontrar unha serie de lugares comúns que pivotan ao redor da definición das condicións de traballo e da relación terapéutica: a necesidade de afianzar determinadas condicións mínimas de seguridade, que o terapeuta se comprometa en serio coas súas responsabilidades, que sexa capaz de abordar o caso transmitindo confianza, tolerando as propias contradicións e rexeitamentos, ambivalencias, sentimentos encontrados e medos. Desde este compromiso poderemos xestar realmente unha alianza de traballo robusta, real, comprometida e orientada á reconstrución, no aquí e no agora, do que se rompeu no doente ou o seu sistema familiar. É nesa relación terapéutica onde descansa o éxito ou o fracaso da nosa intervención (sempre e cando as condicións extraterapéuticas permitan unha mínima marxe de manobra). Consideramos así que a especificidade técnica aquí pode ser algo tan secundario como case «vulgar», se se permite a expresión, cando pretendemos que se converta na columna vertebral da intervención.

Malia a cantidade de terapias que abordaron esta temática, nunha revisión na guía NICE de 2013 conclúese que entre outras razóns, debido á heteroxeneidade do grupo de doentes que se autolesiona, as evidencias da eficacia da psicoterapia no seu conxunto son escasas. Así, viuse que a evidencia da terapia dialéctica-condutual á hora de diminuír a posibilidade de repetición do dano autoinflixido en persoas con diagnóstico de personalidade límite é escasa, se ben, a terapia grupal pola súa parte podería ser particularmente máis efectiva que o tratamento estándar en doentes adolescentes.



unsplash.com
©Taylor Bryant

3 | A relación

Parte da literatura enfocouse na perspectiva do malestar psicolóxico na xénese da conduta autolesiva, se ben, non é o único punto de vista, posto que hai quen o define desde o hábito adquirido que devén en círculo vicioso patolóxico e, por tanto, susceptible de ser curtocircuitado, por exemplo, desde a alteración do ritual que a persoa leva a cabo dentro da secuencia da autolesión.

A multiplicidade de puntos de vista levouse ata o extremo de que a DSM-5 (2014), na súa pretensión de ateoricismo, decidiu que a clasificación desta conduta podería merecer un apartado específico. Certo é que hai quen se resiste a considerar un grupo homoxéneo dentro das persoas que se autolesionan, considerando que tanto as razóns como os padróns de personalidade poden ser do máis diverso. Non obstante, o que pode resultar útil na clasificación non é tanto na clínica, onde os casos se resisten a aparecer cun grado de delimitación claro, e a maioría tendemos a manexar un rango limitado de categorías que nos permitan un manexo clínico. Transcendendo criterios nosolóxicos, cada vez hai máis estudos que o relacionan con factores biolóxicos (particularmente estudos na onda do bioloxicismo máis rudo que o relacionan coas adicións), relacionais ou socio-económicos, ademais dos puramente psicolóxicos.

Xa centrándonos na relación en si mesma, obsérvase que con moitos destes doentes a interacción pode resultar particularmente difícil. Tal como sinala a APA (2014) no DSM-5, non nos resultan descoñecidos os vínculos que hai entre as persoas que se autolesionan con cadros tan complexos como o trastorno de personalidade límite, trastornos disociativos, estrés postraumático, trastornos alimentarios, trastornos aditivos, cadros afectivos como depresión e trastorno bipolar, moitos dos cales poderían ter tido a súa xénese nun padrón de apego desorganizado segundo o punto de vista de moitos autores.

Falouse de que a relación co terapeuta pode ser neste tipo de casos un tanto peculiar e complexa como nos indica Mosquera (2008), na medida en que a miúdo veremos que haberá oscilacións no seu xeito de concepción das cousas, non menos que na variabilidade na súa conduta, desde observarnos aos terapeutas como unha táboa de salvación a vernos como una ameaza, como distantes e inaccesibles, ou incluso como persoas ás que potencialmente poderían verse obrigados a agredir en defensa propia. A inestabilidade referida déixanos coa sensación de que o establecemento de límites pode chegar a ser o problema principal (non o será menos o risco de abandono). Isto podería ser aínda máis complicado nalgúns casos nos cales hai unha alienación e un desprezo desmedido polo propio corpo, caso que podería derivar dun abuso físico continuado na infancia segundo algúns autores como Fisher (2017). Parece haber certo acordo acerca duns límites mínimos, como non acudir á terapia baixo os efectos de dro-

gas e do alcohol ou non levar a cabo a conduta de autolesión inmediatamente antes ou durante a sesión.

Na construción dunha relación de confianza mutua temos que evitar determinados roles, principalmente o de salvador; un xogo perverso ao cal é máis que posible que xa teñan xogado repetidamente e que non lles serviu máis que para cronificarse. Recordemos que quen acude á terapia moitas veces sabe que fracasou aínda que resulte duro admitilo, pero incluso sendo conscientes os propios doentes das súas condutas e contradicións, a solución foilles negada. O doente pode coñecer que a miúdo actúa en contra de si mesmo, ou que se coloca en posicións de agresor ou de vítima, que sente culpa, rabia e moita confusión, e non por isto foi capaz de actuar doutro xeito. Sendo tal a confusión e a desorde, a estrutura e a coherencia na terapia van ser pois un andamio na construción dunha base segura; falamos de novo de límites, pero tamén falamos de *rapport*. A confianza nos resultados e a aceptación non crítica da persoa, a calma e a flexibilidade xogan unha importancia capital, e para ser capaz de transmitir todo isto, deberemos facer un traballo continuo sobre nós mesmos para identificar automatismos e carencias propias, pero tamén haberá que analizar como pensamos acerca da terapia, cales son os obxectivos mínimos e máximos, se son ou non compartidos co doente e cal foi o resultado de cada interacción co mesmo e coa súa familia. Neste sentido, a utilización de instrumentos de avaliación continua como o Working Alliance Inventory (WAI) provén dun *feedback* útil na estimación da progresión do proceso e da saúde relacional (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015).

Aspectos concretos: Traer a colación un asunto como é o do dano autoinflixido na terapia non resulta sempre tan sinxelo, incluso podería considerarse indiscreto, e esta faceta da vida do doente pode mostrar a súa cara tras unha análise dunha demanda distinta (queixas de tristeza, ansiedade, síntomas físicos sen explicación médica clara...). A revelación da conduta autolesiva e a capacidade e a seguridade para falar disto só xurdirán nalgúns casos nun clima de comunicación xenuíno, honesto e cun propósito. Ignoralo ou simplemente evitar abordalo por parte do terapeuta podería non ser o mellor xeito de afrontalo, pero, a abordaxe antes de tempo podería resultar intrusiva e contraproducente.

Neste senso, cabe preguntarse cando é o momento óptimo, pero tamén facer unha axeitada exploración de necesidades e obxectivos co cliente desde o inicio, traballando fundamentalmente, cando menos ao principio, cos seus (e máis cando sexa unha persoa que non acode a petición propia). O criticismo, a excesiva preocupación –ás veces percibida polo noso ton e a nosa postura corporal– e outros sinais de rexeitamento non verbais poderían acabar cunha intervención dada a sensibilidade especial dalgúns clientes a tales actitudes e sinais. No caso xa citado dunha persoa que non acode polo seu propio pé, e que incluso podería

rexear a terapia, cabería recoñecelo e facerlle explícito que comprendemos a súa situación (de xeito empático), pero poderíamos preguntarlle como lle gustaría que tivese sido a terapia se tivese elixido pedir axuda, que poderíamos traballar de cara aos seus referentes para que estes se queden máis tranquilos, se hai algunha cousa que poderíamos abordar aproveitando o tempo de terapia... Nos casos de hospitalización forzosa, o traballo da relación evidentemente cobra especial importancia, dado que, aos problemas habituais do doente, hai que engadir os propios da percepción de restrición de liberdade.

Algúns doentes sinalaron algúns factores que lles resultaron de axuda na relación terapéutica, destacando a comprensión empática, non coercitiva ou que o terapeuta se absteña de recorrer a sentimentos de vergoña. Tamén se mencionou a posibilidade de manter unha relación terapéutica de longa duración ou a capacidade desenvolvida conxuntamente de conectar os síntomas presentes con sucesos no pasado. Outras actitudes positivas que destacaron os doentes refírense á capacidade de manter a calma, de tranquilizar, o trato considerado e respectuoso ou a capacidade real de transmitir comprensión (National Institute for Clinical Excellence, 2004). Outras características van depender tamén do contexto, valorándose por exemplo a dispoñibilidade en termos de tempo, a estancia nun lugar tranquilo, non permitir que o doente quede só nun momento de crise (incluso ás veces só e rodeado de material afiado), poder seleccionar o xénero do terapeuta, ou poder escoller as persoas que van estar presentes nas sesións (ou sexa, non invalidalos directamente). A dispoñibilidade é un aspecto que algúns destacaron, ata o punto de que se mencionou a necesidade dunha dispoñibilidade ao inicio case as 24 horas do día como requisito para o éxito da terapia (Conterio e Lader, 2008). Sen chegar a tales extremos, é certo que a dispoñibilidade debería de ser maior ao inicio da relación para ir progresivamente diminuindo, evitando deste xeito un sentimento de abandono, algo que parece estar presente en moitos casos. A elección do xénero do terapeuta pode ser unha cuestión de certa importancia en casos en que houbese algún tipo de abuso ou trauma, utilizándose ás veces como un recurso terapéutico máis, posto que pode empregarse como un exemplo desconfirmatorio, unha sorte de exposición dalgún xeito.

Análise funcional e topográfica: Unha vez que xa conseguimos abordar a cuestión, sería preciso proceder á abordaxe da conduta en si mesma. Aquí pódense levar a cabo unha serie de preguntas que versen acerca de como se realiza a conduta en si, que obxectos se empregan, a duración do ritual, a extensión do dano na pel, a zona do corpo afectada, o grado de dor subxectiva sentida, o estado psicolóxico pre e posconduta, etc., ou calquera outro aspecto que consideremos parte do ritual, así coma os disparadores (discusións, estados emocionais...) e as consecuencias (por exemplo, a sensación de alivio ou a recuperación do control). Dentro dos disparadores tamén consideramos o correlato fisiolóxico como un estímulo que nos permita, por exemplo, deter a cadea condutual; entre outros a sensación de calor, as palpitacións, a cargación, a vista nubrada... Existen diversos instrumentos avaliativos que poderíamos utilizar neste caso: o NSSI-AT (Non-Suicidal Self-Injury Assessment Test, NSSI-AT), o DSHI (Deliberate Self-Harm Inventory), o SIQ-TR (Self-Injury Questionnaire Treatment Related), o SHBQ (Self-Harm Behavior Questionnaire), así como outros dispoñibles e validados en español como, por exemplo, o EPCA (Escala de Pensamentos e Condutas Autolesivas) ou o SIQ (Cuestionario sobre autolesións). Como anécdota, mencionar que un programa de tratamento, o S. A. F. E (Conterio e Lader, 2008), específico para persoas que se autolesionan, utilizou o cuestionario S. A. F. E acerca de recordos e percepcións da infancia, autoavaliación e autoestima, condutas compulsivas e indicadoras de dano a un mesmo, condutas específicas sobre como se leva a cabo, consecuencias, significado funcional...

“...é certo que a dispoñibilidade debería de ser maior ao inicio da relación para ir progresivamente diminuindo, evitando deste xeito un sentimento de abandono, algo que parece estar presente en moitos casos”

Interrogar acerca da función que cumpre a autolesión é algo delicado, hai terapeutas que prefiren non afondar por temor a alimentar e reforzar este tipo de condutas. Quizais tales medos sexan máis ben parte dunha dificultade persoal á hora de afrontar a realidade, cando non dunha mitoloxía alimentada por tales temores. Non obstante, unha vez establecida a función do síntoma, poderemos determinar ata onde nos imos implicar, ou atender selectivamente a este síntoma ou a outros. Preguntar polas ideas de suicidio debería ser un traballo de rutina tamén; non está demostrado que a automutilación preceda necesariamente aos intentos autolíticos, pero hai estudos que establecen tal correlación. Hai que dicir que algúns defenden que a automutilación ás veces podería constituír precisamente un xeito de prevención do suicidio para algunhas persoas, algo que non é particularmente desatinado, unha vez conceptualizamos que a miúdo é un medio de manter o control de emocións extremas (Purinton e Janis, 2004).

A consideración da conduta autolesiva como algo que podería potencialmente impedir que algúns doentes se suiciden é un recurso terapéutico máis, aínda que quizais deberíamos extremar as precaucións ao respecto da mesma. Preguntar polo que estaba sentindo a persoa mentres se autolesionaba podería resultar máis útil que preguntar por que se lesiona, e de paso, poderemos inquirir sobre que outras condutas leva a cabo o doente para lidar co seu malestar. A énfase en canto de dolorosos deben ser eses sentimentos expresados, e acalados a través da autolesión, é outro elemento fundamental no establecemento e mantemento dunha relación terapéutica satisfactoria. Neste tipo de relación terapéutica positiva iría implícito o feito de que, polo menos, a nosa interacción servirá para reducir a intensidade das súas emocións, ou cando menos para aprender a toleralas mellor. Unha vez os doentes se deciden a abordar algo tan íntimo, unha recomendación xeral é a de normalizar a súa situación na medida do desexable; non reforzar, senón darlles a entender que a autolesión é unha conduta habitual, as súas razóns posibles (mellor particularizadas), ou o feito de que non é especialmente estraño ou tolo levar a cabo este tipo de condutas, aínda que haxa outras máis saudables e desexables. Evidentemente o ton da mensaxe virá configurado polo feito de que nós mesmos nolo creamos; a congruencia é condición indispensable para que as díades funcionen. As actitudes paternalistas, como un sermón pola nosa parte, poden resultar contraproducentes, sobre todo nun momento no que aínda non chegamos ao punto en que a persoa se decidise a deter a súa conduta. Nun estudo publicado polo Nacional Institute for Clinical Excellence (NICE) en 2013, cítase que a impaciencia e a actitude de reprender ou infantilizar por parte do persoal médico son dúas actitudes que poden acabar coa satisfacción dos clientes cos servizos de saúde nesta área. Neste sentido podería realmente resultar bastante máis útil ponderar conxuntamente os custos e os beneficios deste tipo de solucións, ou analizar en que aspectos a autolesión non está resultando útil en absoluto (que é o que deixa sen resolver). Evidentemente, a medida en que o proceso terapéutico vaia avanzando, poderemos recorrer ao reforzo continuo dos mínimos logros que se vaian acadando, transmitindo unha confianza incondicional nas súas capacidades de superación e orientación cara á saúde.

As recaídas non son algo alleo a este nin a outros campos (case todos, se se me permite) dentro da psicoloxía clínica, son esperables porque o hábito da automutilación adoita chegar á consulta moi automatizado, polo que o adestramento en habilidades de prevención podería resultar un recurso máis. A diferenciación neste caso entre caída e recaída -algo aplicable a condutas aditivas, por outro lado- podería ter un efecto positivo na nosa opinión. Cómpre considerar tamén que, ao inicio da terapia, a exposición emocional podería desencadear un repunte na conduta autolesiva, e telo en conta podería ser importante.

unsplash.com
©Oscar Keys

4 Estabilización inicial

Moitas das intervencións neste ámbito parten dunha máis que desexable fase de estabilización (incluso nalgúns ingresos en unidades hospitalarias se persegue este obxectivo), entrando aquí en contradición unha serie de feitos e esixencias que poden resultar en auténticos paradoxos. A miúdo non poderemos pedirlle a alguén que se está facendo dano que deixe de facelo simplemente polo feito de intervir, e menos cando tal interacción sexa forzada como xa dixemos. O que si poderemos (relación terapéutica mediante) é tratar de persuadir, pedir unha tregua, solicitar que se nos dea unha oportunidade, negociar incluso as condicións dun contrato terapéutico flexible, que probablemente estará en continua revisión. Non esquezamos que as condutas, incluso as máis aberrantes, teñen algún tipo de funcionalidade no sistema en que os doentes están inmersos. Solicitalle á persoa que se deixe de facer dano antes de tempo podería configurarse como algo aversivo e condescendente. Si poderíamos levar a cabo unha serie de intervencións dentro dun enfoque paliativo, tales como solicitar un *kit* de emerxencia para utilizar en caso de que a persoa se faga dano. Isto incluiría por exemplo o uso de gasas, antibacterianos, etc., que cando menos impedirían complicacións médicas nalgúns casos (nun enfoque de redución do dano). A opción dun contrato terapéutico escrito é un recurso utilizado con frecuencia.

Nesta fase de estabilización inicial (ás veces a única á cal chegamos), destaca unha intervención como soporte básico dun proceso complexo: **o autocoidado**. Podemos partir da base de que a persoa sabe aprender a coidarse? Quizais si, pero seguramente non sexa o caso. A regulación do sono, a alimentación, os horarios de comidas, o exercicio físico, a hixiene, as persoas coas que se relaciona..., todo isto se constitúe na propia metáfora dunha existencia collida por fíos na cal assistimos a miúdo a unha mera supervivencia. Aínda partindo do feito de que teñan aprendido a coidarse dalgún xeito, quizais non sexa algo prioritario, e incluso a vergoña e a culpa poderían actuar como auténticas barreiras ao autocoidado básico. Segundo Fisher (2017), por exemplo, un dos principais erros que comete o terapeuta consiste en non darse de conta de que para a persoa que se autolesiona o corpo non é algo prioritario, senón máis ben un vehículo de liberación de tensión. Desde o autocoidado quizais logremos cimentar a base ou o punto de ancoadoiro inicial desde o cal continuar a nosa labor conxunta. Pero quizais isto sexa posible en canto fagamos un certo traballo en *insight* acerca de por que a persoa descoida o seu corpo, ou por que se desconecta habitualmente do mesmo como mecanismo de escape como indica a xa citada autora. O autocoidado tamén esixe unha serie de medidas de hixiene mental, o cal pode implicar, entre outras cousas, a exposición a segundo que persoas, pensamentos ou situacións de risco.

Intervención ante as crises: Nestas primeiras fases poderemos xa comezar ca identificación dos antecedentes ou disparadores da súa conduta, principalmente emo-

cións de rabia, baleiro, vergoña culpa, e trazar un plan de medidas de intervención en crise. Moitas destas medidas pasan pola aplicación de respostas alternativas e teoricamente máis saudables: a escritura dun diario de crises, expresión artística de distintos tipos, o exercicio físico vigoroso e non competitivo, as duchas frías, envolverse nunha saba, as automasaxes, pintarse os antebrazos con bolígrafo vermello, chamar a unha persoa que saibas que te vai a escoitar (aínda que sexa para falar de algo non relacionado), fregarse un xeo polos brazos e polas pernas, romper revistas... Todo isto pode levarse a cabo dentro do que constituísen excepcións na súa vida á conduta de autolesión (se foi o caso cando menos). Neste senso podemos configurar un plan de acción ante a inminencia dun novo episodio, resultando deste xeito, cando menos, algo máis manexable temporalmente. Varios destes elementos, por exemplo, incluíronse no formato breve cognitivo-condutual denominado Family Intervention for Suicide Prevention (FISP) (Asarnow, 2009), que, se ben está máis orientado a prever suicidios, emprega un enfoque no cal se utiliza a identificación de resiliencias familiares, plans de acción, control estimular, condutas alternativas ou o uso dun termómetro emocional e unha -caixa de esperanza- que se enche con recordos positivos ou unha tarxeta de seguridade entre outras. Hai quen xa puxo énfase no feito de que determinadas condutas substitutivas tales como as que implican un certo nivel de dano, o golpeo de almofadas ou a marcaxe con bolígrafo, entre outras, poderían resultar contraproducentes, xa que botan a mensaxe de que debemos de actuar irreflexiva e invariablemente ante cada impulso. Por isto, poderíanse recomendar outro tipo de estratexias tales coma a expresión verbal da emoción unha vez aceptemos a existencia inevitable de frustracións e emocións desagradables.

No caso de que decidamos recorrer a distraccións, algo que podería funcionar en determinadas circunstancias, hai quen fai recomendacións concretas en función da emoción que desencadea a conduta. Así, por exemplo, ante a sensación de enfado poderían recomendar a expresión física da frustración, mentres que no caso da vergoña, podería ser a expresión escrita de cancións, de sentimentos ou o recoñecemento aberto e sincero da mesma.

No caso de que nos atopemos cun doente que utiliza a conduta de modo instrumental de xeito que chega a ameazarnos co suicidio -algo habitual en certos perfís- manter a calma e redefínilo como unha oportunidade de traballo máis que como un xeito de negociación podería resultar particularmente produtivo. Neste caso poderíamos chegar a concretar o que está ocorrendo cando cheguemos a unha situación de seguridade. Definir as ameazas de suicidio como paus na roda que só enlentece o proceso de manexo da dor tamén podería ser de axuda, pero de novo a mestura de firmeza e empatía xogarían un papel fundamental no xeito de transmitilo.

No referente ao costume de retirar obxectos potencialmente perigosos para xerar un ambiente seguro, dicir que quizais sexa unha estratexia ineficaz máis, a pesar do estendido do seu uso, posto que traslada a idea de que a responsabilidade reside dalgún xeito nalgo exterior a nós mesmos.

5 Regulación emocional

Moi a miúdo atopámonos varados na primeira das fases (estabilización) e quizais non sexa posible pasar á seguinte, pero outras veces, tras un período de certa calma a pesar das crises, chega un segundo momento no cal poderemos ir máis alá. A regulación emocional é xa un clásico á hora de explicar a razón dunha conduta tan aparentemente absurda; á fin e ao cabo, o animal humano tería que orientarse á autoprotección. Este punto de vista viuse reforzado por estudos que nos falan dun alto nivel de *arousal* negativo inmediatamente previo á conduta autolesiva, seguido dunha certa sensación de liberación e alivio posterior (cando menos a curto prazo). Desde os modelos máis bioloxistas déuselle neste sentido á citada conduta unha explicación baseada nun círculo vicioso angustia-autolesión-xeración de adrenalina e endorfinas-alivio-nova sensación de angustia, que explicaría a conduta desde un enfoque similar á conduta aditiva.

Os enfoques que botaron man desta ferramenta son numerosos, ata o punto en que poderíamos considerar a regulación emocional como unha práctica transdiagnóstica (tamén como unha hipótese transdiagnóstica), que incluíría a identificación de situacións que colocan a persoa nunha situación de vulnerabilidade, a atención a estímulos distintos, a modificación das propias condicións biolóxicas, a interpretación de estímulos emocionais, os cambios na propia acción... (Neacsieu et al., 2013).

A identificación de disparadores emocionais implica a identificación das propias emocións, dos seus patróns fisiolóxicos específicos e aspectos cognitivos (rumiacións, pensamentos automáticos...), pero tamén da función de tales emocións, todos eles obxectivos de terapias que inciden en aspectos psicoeducativos. Moitas persoas teñen graves dificultades neste ámbito, sobre todo se se criaron en ambientes invalidantes, onde a expresión emocional foi particularmente sancionada de xeito máis explícito ou máis tácito, ata o punto de que non só se considera que certas manifestacións teñen que ser reprimidas, senón que se descualifica o propio feito de sentilas. É posible que a persoa que medrou nestas circunstancias se sinta sinxelamente atafegada polas emocións, non aprendese a calmarse ou a modular as súas reaccións, tendo como resultado a miúdo a autolesión nun medio de recuperación do control. Postuláronse, por exemplo, certos déficits en adolescentes cun estilo de apego inseguro ou desorganizado na expresión de emocións negativas, percibidas como algo perigoso, algo que pode xerar como resultado un déficit en regulación emocional. A teoría da mentalización proporciona neste senso unha explicación interesante para a xénese de padróns de disregulación emocional (Bateman e Fonagy, 2010).

Na consecución dunha mellora neste padrón, unha das nosas tarefas vai ser a conexión entre o puramente cognitivo co emocional e coa súa esfera somática,

algo que levaremos a cabo desde distintos enfoques de xeito diferente, xa sexa a través de técnicas de relaxación, visualización, *mindfulness*, EMDR ou todo el elenco das terapias denominadas «corporais». Moitas destas técnicas actúan ademais como paliativos para a redución do *arousal*, pero en xeral os obxectivos son máis ambiciosos. No caso da meditación, búscase ir un paso máis alá tendo como horizonte a aceptación e o cambio de perspectiva respecto ao mundo mediante o aumento da consciencia plena. Desde o *mindfulness*, como programa terapéutico por si só ou integrado noutras terapias (ACT e DBT, entre outras), o traballo coa aceptación de emocións é un instrumento que vai máis alá da mera exposición ás mesmas, para integralas dentro de toda unha filosofía na concepción do mundo e dos síntomas. Outras terapias fixeron énfase en maior medida nos aspectos corporais ou somáticos, aínda que máis ben en casos de trauma complexo, facendo uso do *mindfulness* como un xeito de observar as propias reaccións mentres se afonda no rol das mesmas no proceso.

Dentro de toda práctica en regulación emocional, o primeiro é crear un clima terapéutico de seguridade, tanto física como emocional, o cal inclúe segundo algúns autores un contexto externo caracterizado pola comodidade, ou sexa, condicións de temperatura, distancias físicas respecto ao terapeuta, iluminación, evitación de sobreestimulación, presenza de sinais verbais claros para indicar unha parada..., pero tamén un ambiente emocional moi concreto que implique unha exploración segura. Neste sentido, Fisher (2017) fala da necesidade de instaurar seguridade a nivel interno a través de prácticas como as visualizacións ou mediante o uso da escritura. O elenco técnico nesta área é variado e inclúense prácticas máis orientadas ao corporal ou ao somático, como a respiración, a visualización de lugares seguros, a escritura de emocións, os *collages*, o traballo de postura corporal, ata incluso algún que outro traballo máis estraño baseado en técnicas orientais de acupuntura, pero tamén técnicas doutro tipo como pode ser a propia psicoeducación en emocións, a exploración e a instauración de fortalezas (por exemplo, a técnica de recorrer a unha parte do eu máis sabia) ou a recorrencia a figuras de apego do pasado ás que comunicar as túas preocupacións ou pedir consello.

Desde unha perspectiva máis orientada á solución de problemas, a recorrencia a excepcións é un recurso fundamental, xa que nos permite retrotraernos en ocasións a situacións nas cales nos atopamos mellor con nós mesmos ou o síntoma non estaba presente ou non resultaba necesario, algo que vai máis alá da simple mimetización deses instantes para configurarse en si mesmo como un recurso positivo. Esta é a idea en certo xeito do modelo da parte sa, derivado da tradición da psicoterapia estratéxica enfocada á solución de problemas. Desde este modelo privilégiasse o saudable que existe no doente, trátase de buscar os recursos e as tarefas que lle permitan á persoa facer medrar, metaforicamente falando, a parte sa, non tanto para facer desaparecer o que nos fai dano, senón

máis ben para que o que isto ocupa sexa un espazo mínimo en comparación. Aquí poderíamos falar do fomento do rol de supervivente á adversidade; unha sorte de reescritura dunha narrativa máis construtiva e que nos permita continuar o camiño cara á saúde mental ampliando as excepcións e as facetas intactas. Isto implica a confianza nas fortalezas do doente, un certo «optimismo irracional» que nos permita o cultivo desa parte sa en contraste co intento de redución da parte enferma. Neste sentido, o traballo en cada doente, aínda cando os diagnósticos poidan coincidir, será un proceso único e orixinal, no cal non haberá necesariamente unha correspondencia entre a causa do problema e a solución.

6 Factores interpersoais

Unha vez que sabemos que os síntomas máis que en persoas se dan entre persoas, a análise do factor interactivo e comunicativo do síntoma pasa a un primeiro plano.

Desde o interpersoal abordáronse varios tópicos, caso, por exemplo, da vulnerabilidade interpersoal como unha posible explicación parcial do fenómeno que nos ocupa. Tal vulnerabilidade implicaría unha serie de deficiencias á hora de relacionarse cos demais, déficits en habilidades sociais. Tales habilidades inclúen unha serie de capacidades expresivas e inferenciais ao respecto da interacción co outro (destacándose entre outros o construto asertividade), e abordáronse directamente en varias terapias cognitivo-condutuais, especialmente, na terapia dialéctica-condutual. Ademais dos compoñentes de estudo clásicos no tópico das habilidades sociais, de particular interese no caso das autolesións, poderían ser as capacidades de estimación do momento axeitado para contarlle algo íntimo a alguén, ata onde me podo fiar dese alguén e ata onde podo confiarlle material de natureza íntima. Para isto, recorrer a figuras de apego, ou cando menos de confianza (no seu defecto), pódese antollar unha tarefa tamén particularmente complexa, posto que quizais esteamos ante precisamente unha carencia neste ámbito, xusto nun momento en que máis o necesitaríamos. Quen che fai sentir ben, sen criticarte de xeito cínico ou doloroso, quen te escoitou no pasado, quen está aí cando o necesitas, son preguntas que poden constituírse útiles neste momento, no cal posiblemente necesitamos unha certa conexión ou reconexión co medio, algo que forma parte da maioría das terapias orientadas á rehabilitación.

Aínda sendo innegable a contribución dalgúns destes enfoques, algúns cremos que non é tan importante a forma que adopten certos compoñentes das habilidades sociais, senón o que os participantes sobreentenden e o contexto comunicacional no que estamos inmersos (o estado das relacións entre persoas máis que a súa forma). Non obstante, non negamos a presenza de determinados factores grupais particularmente positivos cando tales aprendizaxes se adoiten levar a cabo en tales formatos. Estes factores foron mencionados por Yalom (Cabañas et al., 2013), e destacan, entre outros, a infusión de esperanza, a universalidade (paliativo da soledade por excelencia), a catarse, a cohesión, o altruísmo ou a recapitulación correctiva do grupo social primario.

Se transcendemos o tópico das habilidades sociais, algunhas liñas de investigación e intervención que se centraron nos factores interpersoais puxeron o foco no interactivo e no sentido do síntoma dentro dun contexto relacional. Así, por exemplo, postulouse que a autolesión podería resultar un recurso comunicativo se outras opcións foron ignoradas ou non produciron o efecto esperado no ambiente. Tamén se mencionou a conflitividade familiar en xeral, así como a falta de calidez e presenza de excesivo criticismo como posibles explicacións. Volvemos de novo ao sentido funcional do síntoma, como cando se fala do mesmo como un potencial

“Os síntomas máis que en persoas se dan entre persoas, a análise do factor interactivo e comunicativo do síntoma pasa a un primeiro plano”

recuperador da homeostase familiar, intento de controlar aos demais, un xeito de expresión ou calquera outra función dirixida a modificar algún parámetro do sistema. As intervencións aquí dirixennos á identificación e á análise das interaccións comunicativas patolóxicas entre persoas, desprazándose así de paso a responsabilidade ao contexto. Fálase de relacións familiares, incluso en termos de reforzo positivo e negativo de condutas (por exemplo, a evitación de responsabilidades), da negligencia á hora de reforzar condutas alternativas, da busca de apoio social en contextos de desconexión ambiental... Algúns suxeriron que as autolesións poderían converterse en experimentos interpersoais encamiñados a descubrir o interese alleo por parte da persoa que se fai dano, como unha sorte de «proba de amor» en certo xeito. Desde o interactivo sería de especial interese toda actividade encamiñada a mellorar a comunicación intrafamiliar, as estratexias de busca de apoio social, ou a implicación en actividades interpersoais, entre outras.

Desde a modalidade denominada terapia multisistémica (Markland, 2013), inicialmente concibida para o tratamento da conduta antisocial en persoas novas, leváronse a cabo intervencións dirixidas a condutas autolesivas que buscan reforzar as fortalezas das familias, fomentan as condutas responsables por parte de todos en detrimento das cualificadas como irresponsables (ás cales se lles fai un claro marcaxe) e identifican e actúan sobre secuencias redundantes concretas desde un punto de vista sistémico. Desde tal modalidade preténdese educar aos pais en habilidades parentais, á vez que vincular o doente en actividades prosociais e desvinculalo doutro tipo de actividades. Tamén procuran eliminar métodos potenciais de suicidio. Neste formato lévase a cabo unha monitorización e un apoio por parte dos adultos do adolescente en perigo, á vez que se intenta involucrar axentes sociais e compañeiros, levándose a cabo parte da intervención no propio domicilio dos afectados. Tamén se utiliza neste contexto un teléfono de urxencias 24 horas durante seis días á semana.

Pola súa parte, o enfoque da terapia de familia baseada no apego aplicouse en diversos cadros e situacións clínicas, por exemplo, para adolescentes con autolesións ou con ideación suicida (Diamond et al, 2010). Parte da vantaxe de estar manualizado, ademais de contar con algúns avales empíricos. Baseouse en teorías sistémicas da escola estrutural de Minuchin e na multidimensional de Liddle, así como nas teorías do apego, nas teorías de trauma... Neste caso interviense desde a posibilidade de instaurar ou restaurar un patrón de apego patolóxico que xurdiu nun ambiente caracterizado por alto criticismo e baixo afecto (recorda o construto alta emoción expresada¹), así como a alta conflitividade familiar a miúdo contaminada con abuso físico ou psicolóxico. Céntranse inicialmente na resolución de problemas interpersoais antes que nas autolesións en si mesmas, identificando e verbalizando emocións (que se conectan cos síntomas) e experiencias negativas, mentres se constrúe unha alianza forte coa familia. Fan

énfase na necesidade dunha escoita empática por parte dos pais e do propio adolescente, alentándose en xeral a expresión do conflito. Implica a aprendizaxe de habilidades de comunicación así como de habilidades de regulación emocional, aínda que tamén se xoga co reforzamento dalgunhas díades e coa debilitación doutras, algo máis propio da tradición sistémica. Máis tarde, nunha fase posterior, promóvese unha parentalidade autoritaria como a definía Baumrind, con límites claros e cun acordo entre ambos pais, á vez que promove e suaviza o camiño cara á independencia do mozo orientando a melloras académicas, implicación en actividades de ocio.... Ao principio proporcióname incluso un teléfono de urxencias 24 horas activo.

Os factores interpersoais foron tamén abordados en formatos grupais, onde se observou que os rapaces poden ver reducido un sentimento de soidade, que tamén a miúdo se citou como correlato deste tipo de problemática, e ao que se fixo referencia cando mencionamos os factores terapéuticos segundo Yalom. Non obstante, aínda hai moitos compañeiros de profesión que recean deste tipo de terapia por determinados temores, quizais non particularmente fundados. Certo é que algúns teorizaron que polo menos ao principio a persoa non debería verse sometida á presión de apoiarse noutras persoas, dado que quizais moitos dos que se autolesionan teñan aprendido desde moi pronto que só eles mesmos poden aliviar a súa angustia, sendo en todo caso os demais un estorbo, cando non unha ameaza (Fisher, 2017). A este respecto, o sentido común e a cautela deberían de actuar como conselleiros, e non só polo doente, senón tamén pola propia harmonía do grupo.

Desde unha perspectiva máis macrosistémica ou máis sociolóxica, tamén podemos traer a colación o feito de que se estudou o xeito en que a observación de alguén que leva a cabo este tipo de condutas incrementa a posibilidade de contaxio en persoas novas, aínda que algúns autores afirmen que a gran maioría de quen se autolesiona non oíu falar diso previamente (Purington e Whitlock, 2004). Este contexto social máis «macro» está tamén poboado de exemplos de persoas que se autolesionan, ás veces nun contexto hipnótico e glamoroso en vídeos musicais, películas e outros medios, aínda que a influencia disto non está clara. Neste sentido, mencionouse (Faura, 2011) que o efecto contaxio podería realmente ser un problema social de alcance. Neste caso referímonos tanto a un contaxio máis directo (os propios compañeiros de colexio, chegado o caso) como a unha aprendizaxe vicaria desde medios máis indirectos como a televisión ou o cinema, así como as redes sociais. Non é particularmente estraña a

¹ Estilo de comunicación intrafamiliar caracterizado por altos niveis de criticismo e hostilidade entre outras características, que segundo Brown, Birley e Wing (1972) predí en gran medida recaídas en procesos esquizofrénicos.

asociación entre a autolesión e o posterior estado de calma dalgúns personaxes de series con certo recoñecemento, e moi seguidas por adolescentes (*Prison Break*, por citar unha), os máis vulnerables no fondo a este tipo de conduta. As razóns aducidas para o contaxio foron entre outras: o aumento da tolerancia á conduta autolesiva por exposición, a identificación co outro, a lexitimación ou a aprendizaxe de habilidades negativas en situacións de estrés. Neste senso, suxeriuse que un primeiro paso para a prevención sexa neste caso mostrar as consecuencias a longo prazo das autolesións, amosar e discutir criticamente os erros e as inexactitudes que poboan as fantasías televisadas, así como afondar nas políticas de restricións de certos contidos entre outras. Nos foros e nas redes sociais a miúdo atopamos grupos de autoaxuda que tamén poden ser considerados como un recurso útil para persoas que mostran este tipo de problemática, sempre e cando se dean determinadas condicións: que non se inclúan mensaxes que fagan apoloxía da conduta, que inclúan persoas que teñan superado o problema, que os seus moderadores sexan coñecedores do efecto contaxio e das variables implicadas e que non pretendan desenvolver funcións propias de profesionais da saúde mental, que se inclúan contidos xenéricos e positivos e non só negativos ou só centrados nos aspectos máis físicos, que fomenten as relacións e os lazos positivos entre os membros (por exemplo, o ocio san), que haxa unha garantía de confidencialidade, a non inclusión de notas de suicidio, impedir que se compartan métodos e sistemas para facerse dano, e controlar o número e a intensidade das narrativas de autolesión.

Tamén se insistiu na influencia grupal de determinadas subculturas, como, por exemplo, a pertenza a algún que outro subgrupo ou tribo urbana (Faura, 2011) como algo susceptible de converterse nun factor de risco, algo que claramente transcende a variables individuais.

7 Apego e contexto

Ao respecto da contribución do sistema ao síntoma, admitindo que na xénese de moitos dos trastornos está a relación de apego, o compoñente interpersonal é innegable. A análise e a reparación da relación de apego ten un evidente compoñente de análise do relacional, incluso a propia relación terapéutica se converte nun contexto interactivo. As fracturas no sistema de apego foron tamén tratadas desde a perspectiva relacional.

Como xa se mencionou, é habitual que nalgúns enfoques se establecesen lazos entre a conduta autolesiva co estilo de apego denominado «apego desorganizado». As teorías refírense a este estilo de apego como caracterizado por unha convivencia non harmónica entre distintas imaxes do eu dificilmente reconciliables: un eu agresivo vs. submiso, desconfiado, culpable, cándido..., o que Patricia Crittenden (2009) máis o menos define como un estilo de apego tipo C. Esta autora menciona unha serie de estratexias encamiñadas ao control dos demais a través do despregue de distintas emocións extremas, algo que deriva dun contexto madurativo no cal as necesidades non foron axeitadamente cubertas, senón descoñecidas, cando non incluso negadas ou castigadas. En determinados enfoques, destácanse conceptos como «entorno invalidante» (terapia dialéctica-conductual) ou dobre vínculo (terapia sistémica) para referirse a contextos con moitas características similares ao aludido, nos cales a persoa se enfronta a toda unha maraña confusional acerca das propias sensacións, percepcións e emocións, dando como resposta algo non menos confuso e desorganizado.

En determinados ambientes emocionais como os descritos asistimos así á xénese do que vai ser unha falla de regulación emocional, traballo ao cal quen máis quen menos vai dedicar unha boa parte do seu tempo, xa o



unsplash.com
©Ben White

faga de xeito explícito ou xa sexa utilizando a propia relación terapéutica como experiencia emocional correctiva (ao xeito figurado do que falaba Alexander). Falouse, así, de contextos negligentes e de abuso nos cales as emocións, e ata o corpo do neno son explotados en beneficio dos adultos. En tal tesitura, a persoa aprende que o corpo é meramente un vehículo de liberación de tensión sen maior valor máis alá diso. Se a isto sumamos que algúns aprenderon a depender de si mesmos en lugar de dirixirse ao adulto para a resolución das súas tensións, a situación empeora ostensiblemente (Fisher, 2017).

A reparación da relación de apego danada é unha tarefa complexa, necesitará dun vínculo terapéutico sólido, capacidade de sintonía emocional, construción progresiva, manter unha interacción co grao axeitado de activación emocional durante a terapia, proporcionar coherencia, co-construír narrativas construtivas e orientadas ao crecemento... e traballo intenso cos membros implicados ademais de co propio doente.

8 | Conclusións

As condutas autolesivas foron conceptualizadas desde múltiples marcos psicoterapéuticos e, tal e como se observa, cada enfoque deseñou os seus propios modos de intervención en función das súas atribucións dun modo ou outro. En xeral, ningunha escola é cega á contribución dos factores interpersoais, unha vez observamos que os síntomas se xeran e manteñen dentro dun contexto interactivo en constante cambio. Outros marcos comúns de referencia son as contribucións xestadas desde as teorías de apego, e por suposto algunhas variables relacionadas coa responsabilidade, o compromiso, a esperanza, a confianza no cambio e outras. Quedaría pendente profundar na contribución doutro tipo de factores dentro dun macrocontexto caracterizado por determinadas estruturas económicas e factores socioeconómicos, tales como a desintegración de estruturas económicas e familiares tradicionais ou a emerxencia de roles mal definidos ou ambiguos (cando non unha falta total dos mesmos) entre outros.

“Marcos comúns de referencia son as contribucións xestadas desde as teorías de apego, e por suposto algunhas variables relacionadas coa responsabilidade, o compromiso, a esperanza, a confianza no cambio”

ANUARIO ABERTO

COMUNICACIÓN LIBRE

TRABALLOS PREMIADOS NAS
XXI XORNADAS DE PSICOLOXÍA
E SAÚDE DO COPG



REHABILITACIÓN
NEUROPSICOLÓGICA EN
DANO CEREBRAL ADQUIRIDO
EN FASE CRÓNICA.
Á MANTENTA DUN CASO.**Rocío Andrade-Grela**
Sandra Rubial-ÁlvarezUNIDADE DE DANO CEREBRAL ADQUIRIDO. CENTRO
DE PROMOCIÓN DA AUTONOMÍA PERSOAL (CPAP) DE
BERGONDO (A CORUÑA).INSTITUTO DE MAIORES E SERVIZOS SOCIAIS (IMSERO).
MINISTERIO DE SANIDADE, SERVIZOS SOCIAIS E IGUALDADE.✉ srubiala@imserso.es

RESUMO: O dano cerebral adquirido é unha lesión nun cerebro que previamente se desenvolveu con normalidade. Unha das causas máis habituais adoitan ser os traumatismos craneoencefálicos e teñen como consecuencia a perda de funcións cognitivas, motoras e sensoriais, así como dificultades nas habilidades comunicativas e na capacidade para regular as emocións. O caso que se presenta neste traballo trata dun paciente cun traumatismo craneoencefálico grave, que durante os catro primeiros anos que seguiron ao accidente non recibiu ningunha intervención a nivel neuropsicológico. Expóñense as técnicas e as ferramentas terapéuticas que a rehabilitación neuropsicológica pode ofrecer para tratar con pacientes que sofren estas dificultades, co fin último de recuperar as funcións danadas e devolver ao individuo o maior grao posible de autonomía e de adaptación á súa contorna.

PALABRAS CLAVE: traumatismo craneoencefálico, rehabilitación neuropsicológica, fase crónica, atención, memoria, funcións executivas.

ABSTRACT: Acquired brain damage is an injury caused to a brain that had previously had a normal development. Traumatic brain injury is one of the most common causes, resulting in the loss of cognitive, motor and sensory functions, as well as difficulties in communicative skills and in the ability to regulate emotions. The case presented in this paper is about a patient with severe brain injury, who did not receive any neuropsychological interventions during the first four years after the accident. It will also reveal the techniques and therapeutic tools which the field of neuropsychological rehabilitation can offer to deal with patients who suffer these difficulties, with the ultimate aim of restoring the damaged functions and returning as much autonomy as possible to the individual to adapt to their environment.

KEY WORDS: traumatic brain injury, chronic phase, neuropsychological rehabilitation, attention, memory, executive functions.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Datos sociodemográficos.
- 3 Motivo de consulta.
- 4 Obxectivos.
- 5 Intervención.
- 6 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Psychiatric Association (2014). *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Brands, I. M., Bouwens, S. F., Wolters, G. G., Stapert, S. Z. e van-Heugten, C. M. (2013). *Effectiveness of a process-oriented patient-tailored outpatient neuropsychological rehabilitation programme for patients in the chronic phase after ABI. Neuropsychology Rehabilitation, 23(2), 202-15.*

Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C. e Ruano, Á. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier Masson.

Castellanos, N., Paúl, N., Ordóñez, V. E., Demuyneck, O., Bajo, R., Campo, P., ... e Maestú, F. (2010). Reorganization of functional connectivity as a correlate of cognitive recovery in acquired brain injury. *Brain, 133(8), 2365-81.*

Foy, C. M. (2014). Long term efficacy of an integrated neurological and vocational RBG programme for Young adults with ABI. *The Journal of Occupational Rehabilitation, 24, 533-42.*

Fraser, R. T. e Clemmons, D. C. (2000). *Traumatic Brain Injury. Practical Vocational, Neuropsychological y Psychotherapy Interventions*. Florida: CRC Press.

Geurtsen, G. J., van Heugten, C. M., Martina, J. D. e Geurts, A. C. (2010). Comprehensive rehabilitation programmes in the

chronic phase after severe brain injury: a systematic review. *The Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 97-110.

Klonoff, P. S., o'Brien, K. P., Prigatano, G. P., Chiapello, D. A. e Cunningham, M. (1989). Cognitive retraining after traumatic brain injury and its role in facilitating awareness. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 4(3), 37-45.

León-Carrión, J., Martín-Rodríguez, J. F., Damas-López, J., Barroso, J. M. e Domínguez-Morales, M. R. (2009). Delta-alpha ratio correlates with level of recovery after neurorehabilitation in patients with acquired brain injury. *Clinical Neurophysiology*, 120(6), 1039-45.

Middag-van, S. M.; Smeets, S., van-Haestregt, J. e van-Heugten, C. (2017). Outcomes of a community-based treatment programme for people with acquired brain injury in the chronic phase: a pilot study. *Neuropsychology Rehabilitation*, 28, 1-17.

Muñoz, J. M. e Tirapu, J. (2008). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.

Pino, O., Güllera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J. e Purdon, S. E. (2014). *SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. Madrid: TEA Ediciones.

Ponsford, J. L., Downing, M. G., Olver, J., Ponsford, M., Acher, R., Carty, M. e Spitz, G. (2014). Longitudinal follow-up of patients with traumatic brain injury: outcome of two, five and ten years post-injury. *Journal of Neurotrauma*, 31, 64-77.

Ramiro-González, M. D., González-Altred, C. (2012). El equipo de trabajo en neurorehabilitación. En Cano de la Cuerda, R.; Collado Vázquez, S. *Neurrehabilitación. Métodos específicos de valoración y tratamiento*. Madrid: Editorial Panamerica.

Rasquin, S. M., Bouwens, S. F., Dijcks, B., Winkens, I., Bakx, W. G. e van-Heugten, C. M. (2010). Effectiveness of a low intensity outpatient cognitive rehabilitation programme for patients in the chronic phase after brain injury. *Neuropsychology Rehabilitation*, 20(5), 760-77.

Sashika, H., Takada, K. e Kikuchi, N. (2017). Rehabilitation needs and participation restriction in patients with cognitive disorder in the chronic phase of traumatic brain injury. *Medicine*, 96(4), 5968.

Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos: Manual técnico y de interpretación*. Madrid: Pearson.

Wechsler, D. (2013). *WMS-IV. Escala de memoria de Wechsler-IV. Manual técnico y de interpretación*. Madrid: NCS Pearson.

Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P., Emslie, H. e Evans J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. Inglaterra: Pearson.

1 Introducción

Os traumatismos cranioencefálicos (TCE) constitúen un problema de saúde pública moi importante a nivel mundial debido á frecuencia coa cal se producen, a súa alta mortalidade e ás consecuencias da súa morbilidad. Estas consecuencias poden incluír unha gran variedade de déficits físicos, cognitivos e/ou condutuais, susceptibles de desestabilizar a contorna familiar, social e laboral do paciente que os sofre. Ademais, tamén adoitan levar indemnizacións, incapacidade, gastos asistenciais ou a preocupación polas secuelas e o tratamento adecuado para estes pacientes nas diferentes fases da súa evolución (Muñoz e Tirapu, 2008).

Aínda que os datos epidemiolóxicos sobre o TCE son incompletos, a maioría das estimacións consideran que a incidencia dos mesmos nos países industrializados se sitúa nun rango de 200 a 300 casos por cada 100.000 habitantes. Á súa vez os estudos consultados suxiren que o 75% dos TCE se producen por accidentes de tráfico (Muñoz e Tirapu, 2008, p. 38). Bruna et al. (2011) afirman que no noso país pode preverse que se poderían chegar a xerar ao redor de 2.800 novos casos de discapacidade secundaria a un TCE ao ano.

Os tratamentos de neurorehabilitación ofrecen ás persoas afectadas por dano cerebral adquirido (DCA) como un TCE, a posibilidade de recuperación, compensación e adaptación dos déficits ocasionados polas lesións cerebrais sufridas. As guías especializadas en rehabilitación indican que a intervención debe ser especializada, integral, inter e transdisciplinar de tal maneira que a intervención de cada profesional se atope guiada por principios e obxectivos comúns que se axusten ás necesidades de cada persoa afectada e á súa contorna. Nestas publicacións é un feito indiscutible que o psicólogo con formación en neuropsicoloxía debe formar parte dese equipo (Fraser et al., 2000; Ramiro-González et al., 2012).

Os obxectivos da rehabilitación neuropsicolóxica poderíanse agrupar en 1) restaurar as funcións alteradas, 2) axudar aos pacientes a comprender mellor a natureza das súas dificultades e desenvolver estratexias de compensación das mesmas e 3) modificar as circunstancias ambientais co fin de facilitar a realización de determinadas actividades e promover unha maior independencia (Klonoff et al., 1989).

Cada vez son máis as publicacións que sinalan a eficacia (con diferente nivel de evidencia) da rehabilitación neuropsicolóxica en pacientes que padeceron un DCA e que a correlacionan con cambios na conectividade funcional cerebral (Castellanos et al., 2010; León-Carrión et al., 2009), mellora do funcionamento cognitivo, aumento da autonomía e de integración laboral (Foy, 2014). Con todo, as mostras destes estudos adoitan ser de suxeitos cunha evolución desde o DCA menor a dous anos. Aínda son escasas as publicacións sobre a eficacia da rehabilitación neuropsicolóxica en persoas con DCA en fase crónica, aínda que as existentes apuntan a un efecto na redución dos problemas psicosociais, o aumento do nivel de integración na comunidade e incremento do emprego (Geurtsen et al., 2010) e no nivel de satisfacción, diminución da percepción de dificultades e necesidade de coidados así como na sobrecarga do coidador (Middag-van et al., 2017).

Outras publicacións refiren melloras no cumprimento de obxectivos utilizando como medidas de resultados primarias os obxectivos individualizados (Middag-van et al., 2017; Rasquin et al., 2010; Brands et al., 2013).

2 Datos sociodemográficos

Antecedentes relevantes

A é o mediano dun matrimonio con tres fillos. Conviven todos xuntos na casa familiar situada nunha contorna rural, e a actividade principal da familia está relacionada coa agricultura e a gandería. A está solteiro e non ten fillos. As características de personalidade previas que describen os seus familiares son as dun neno intelixente, inconstante, inqueda, explosivo, áxil e rápido. Non se refiren antecedentes médicos, psicolóxicos ou psiquiátricos de interese. Con respecto aos datos académicos e laborais previos ao accidente, presenta un nivel de escolaridade moi baixo, repite dous cursos da Educación Xeral Básica (EXB) e abandona os estudos no sexto curso. Non se refiren dificultades de aprendizaxe diagnosticadas; a súa familia relaciona o abandono escolar coa falta de motivación. Ao termo dos seus estudos comeza a traballar na agricultura, na gandería e no sector da construción.

Datos relevantes da historia clínica

A é un home que aos 30 anos sufriu un accidente de tráfico con TCE grave. Presentaba unha puntuación de 4 na escala de coma de Glasgow (GCS) ao ingresar no hospital. Non se pode establecer con exactitude a duración do coma, aínda que por informes médicos pódese inferir unha duración superior a un mes. Tampouco se especifica nos informes médicos nin se pode deducir da información que achega a familia a duración do período de amnesia postraumática que, xunto coa puntuación na GCS e a duración do coma, son os datos da gravidade e natureza da lesión que se adoitan ter en conta á hora de establecer o pronóstico (Bruna et al., 2011).

Outros datos relevantes da historia médica son, por unha banda, as conclusións de TAC cerebral na que se informa de múltiples contusións hemorráxicas petequiales, dano axonal difuso de maior entidade na vertente dereita do corpo caloso, hemorraxias a nivel de mesencéfalo e contusións hemorráxicas no lóbulo temporal dereito.

Por outra banda, refírese que o paciente iniciou tratamento de rehabilitación interdisciplinar (fisioterapia e terapia ocupacional), pero presentou como complicacións empeoramento fundamentalmente da conduta polo que se deriva ao Servizo de Psiquiatría que pauta tratamento antipsicótico. Explícase en informes que este tratamento leva un detrimento do estado clínico funcional do paciente polo que se suspende o tratamento de rehabilitación física e é dado de alta. A familia decide suspender o tratamento farmacolóxico antipsicótico aos 18 meses do TCE e acudir a tratamento de fisioterapia 3 días á semana nun recurso privado.

Non se realizaron valoracións nin intervencións anteriores en neuropsicoloxía, logopedia ou terapia ocupacional. Á parte da fisioterapia, A non realiza ningunha actividade estruturada ou ocupacional.

O tratamento farmacolóxico no momento da valoración é baclofeno e levetiracetam.



unsplash.com
©Olenka Kotyk

3 Motivo de consulta

Solicitan valoración para a admisión na Unidade de Dano Cerebral do Centro de Promoción da Autonomía Persoal (CPAP) de Bergondo 4 anos e 3 meses despois de sufrir o TCE. O CPAP de Bergondo é un recurso público pertencente ao IMSERSO (Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade) para persoas en idade laboral que sufriron un dano cerebral adquirido en fase subaguda ou crónica. Trabállase desde un enfoque holístico e interdisciplinar, co dobre obxectivo de conseguir a máxima autonomía persoal e/ou a súa integración profesional cando esta sexa posible. Este enfoque proporciona aos usuarios unha atención global e individualizada que contempla a rehabilitación física, social e psicolóxica, e require o traballo conxunto do paciente, da familia e dos terapeutas. Establécense obxectivos de intervención en que as diferentes disciplinas traballan de forma coordinada aplicando o seu coñecemento e a súa experiencia para lograr a súa consecución.

A familia do usuario solicita o ingreso no CPAP de Bergondo en réxime de interno. A motivación tanto de A como da súa familia para solicitar o ingreso é mellorar a nivel motor, concretamente a marcha. Só cando se pregunta especificamente por outros aspectos cognitivos, condutuais ou emocionais nos cales lle gustaría mellorar especifican que «discutir e enfadarse menos». Ata ese momento non contemplaran a posibilidade de que os aspectos condutuais ou cognitivos puidesen diminuír mediante a rehabilitación neuropsicolóxica.

Valoración inicial: A valoración vai orientada a obter un perfil clínico, a información necesaria para establecer os obxectivos de rehabilitación e o plan de intervención, contemplando os aspectos relevantes segundo diferentes autores, como Muñoz-Céspedes e Tirapu (2008, p. 89). Realízase unha entrevista inicial semiestructurada con A e os seus pais, na que se recollen os seus datos e se explora a súa situación previa e actual facendo preguntas específicas sobre os antecedentes relevantes, a historia da enfermidade, a evolución, os déficits cognitivos, o estado emocional, os cambios de personalidade secundarios e a súa incidencia na vida diaria. En días posteriores e en varias sesións realízase unha valoración máis exhaustiva de aspectos cognitivos, condutuais e emocionais na que se administraron as probas psicométricas que se poden ver na Táboa 1.

Cabe destacar que, nesta primeira avaliación, non é posible realizar unha valoración completa dado que A se amosaba moi inquedo e ansioso. Decídese realizar unha valoración máis breve para establecer un perfil clínico global, delimitando capacidades afectadas e preservadas e iniciar unha intervención, especialmente a nivel condutual, que permitise un mellor manexo. As conclusións principais da valoración inicial poden verse na Táboa 2. A posterior mellora a nivel cognitivo e condutual fará posible realizar unha valoración máis exhaustiva permitindo delimitar de forma máis precisa o perfil de afectación.

A nivel funcional, os déficits cognitivos e condutuais teñen unha implicación significativa. É dependente para as actividades da vida diaria (AVD) básicas de vestido e hixiene no que ten gran incidencia, ademais da afectación a nivel motor, o déficit de modalidades atencionais e a afectación de funcións executivas (como, por exemplo, a secuenciación ou a planificación). É dependente para as AVD instrumentais (toma de medicación, cociña, coidado do fogar, manexo do diñeiro, uso do transporte público, realización de xestións, etc). Non é capaz de cumprir de forma autónoma as súas rutinas diarias ou un horario de actividades e presenta gran dificultade para lembrar conversacións, citas, recados, etc.

A alteración condutual ten unha grande incidencia na súa vida familiar e nas súas relacións sociais externas, en actividades propostas no centro (de lecer, rehabilitación e actividades formativas) e no manexo global (frecuentes



CPAP
Bergondo

incidencias secundarias a irritabilidade, escaladas de ira, rixidez mental, labilidade emocional). O diagnóstico que figura nos informes previos é «traumatismo craneoencefálico severo. Lesión axonal difusa», que baixo a nomenclatura do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) se correspondería cun «trastorno neurocognitivo maior debido a un traumatismo craneoencefálico con alteración condutual secundaria grave».

4 Obxectivos

É frecuente que nas escasas publicacións que existen sobre a eficacia da rehabilitación neuropsicolóxica en fase crónica do DCA só se poidan obxectivar as melloras mediante o cumprimento dos obxectivos establecidos (Middag-van et al., 2017; Brands et al., 2013; Rasquin et al., 2010). Por este motivo, é importante que os obxectivos de rehabilitación que se establezan permitan monitorizar a evolución da persoa afectada.

No caso de A, unha vez realizada a valoración inicial, establécese o plan de intervención marcando como obxectivos globais: 1) mellorar o funcionamento cognitivo, principalmente de modalidades atencionais, memoria e funcionamento executivo e 2) diminuír a frecuencia e a intensidade dos síntomas condutuais (desinhibición, irritabilidade, agresividade, labilidade emocional), 3) proporcionar á familia pautas para o manexo dos síntomas cognitivos e condutuais e 4) aumentar a autonomía de A. Na Táboa 3 pódense ver algúns obxectivos de intervención específicos e o seu grao de consecución ata o momento actual.

5 Intervención

Para conseguir estes obxectivos deséñase un programa individualizado de intervención intensiva co fin de recuperar e compensar as súas capacidades cognitivas, a súa adaptación funcional e as súas habilidades para realizar da forma máis autónoma posible as actividades da vida diaria.

- **Memoria:** co obxectivo de fomentar a autonomía do paciente nas súas actividades cotiás, planéanse actividades baseadas na estratexia de restauración, traballando directamente a función afectada mediante o emprego de exercicios de recordo tales como a asociación de conceptos ou as categorizacións. En xeral, preténdese que os materiais empregados e as tarefas realizadas na intervención sexan o máis ecolóxicos e motivadoras posibles para o paciente. Tamén se traballa con estratexias compensatorias como o emprego de axudas externas para reducir o impacto dos déficits mnésicos. Desde este procedemento adéstrase o paciente no emprego dun diario para anotar

tarefas, conversacións importantes ou citas e recados pendentes. Ademais, instrúese no uso de alarmas no teléfono móbil ou outros dispositivos electrónicos co fin de fomentar a memoria prospectiva.

- **Atención:** trabállase a restauración da función mediante a práctica repetida de tarefas e actividades que poñen en marcha diferentes modalidades atencionais como, por exemplo, probas de rastrexo visual ou exercicios de cálculo. Estas actividades adoitan facerse de forma oral ou escrita, e mesmo poden completarse utilizando material audiovisual.

Como estratexia de compensación, instrúese nun esquema de autoinstrucións en papel para favorecer a metacognición das dificultades atencionais. Consta dunha serie de ordes escritas para guiar o paciente en tarefas complexas non automatizadas ou que requiren certa aprendizaxe previa para a súa execución.

- **Funcións executivas:** exercítase a restauración destas funcións mediante exercicios de planificación ou solución de problemas, co fin de que o paciente poida internalizar estratexias cognitivas que favorezan a autorregulación, podendo automatizar así habilidades útiles para a súa vida cotiá.

Para reducir as consecuencias que estes déficits teñen na súa vida diaria, utilízanse como técnicas compensatorias esquemas de autoinstrucións.

- **Conciencia dos déficits:** para abordar a conciencia parcial das dificultades secundarias ao dano realízase psicoeducación sobre lesións cerebrais e posibles déficits secundarios. Tamén se valoran as dificultades específicas do paciente mediante confrontación directa e se traballan rexistros sobre a incidencia destes déficits na vida diaria.

- **Afrontamento, emoción e conduta:** é frecuente que se produzan alteracións condutuais e mesmo cambios de personalidade tras un dano cerebral. Neste caso os cambios están caracterizados por irritabilidade, impulsividade, desinhibición, episodios de frustración e unha acusada rixidez mental. Para afrontar estas alteracións, empréganse as seguintes técnicas baseadas na intervención cognitivo-condutual:

- Rexistrar as situacións en que se produzan os episodios de conduta desadaptada ou emoción descontrolada, tratando de identificar que desencadeantes provocan esas manifestacións.
- Corrixir e proporcionar un modelo adecuado de boa conduta ou control emocional.
- Educar na necesidade de ser flexible e adaptarse aos cambios.
- Tempo fóra e redirixir a situación propoñendo unha actividade alternativa.
- Adestrar en técnicas de relaxación sinxelas que o paciente poida automatizar, como a respiración abdominal.
- Reforzar e proporcionar un *feedback* axeitado.

As intervencións son principalmente as mesmas que as que se empregan na poboación xeral, pero debido ao perfil dos usuarios, faise necesario adaptalas e analizar todas as incidencias ou os problemas para poder axudar aos usuarios a xerar conclusións ou automatizar estratexias. Por isto, a intervención en pacientes con dano cerebral adquirido require unha formación específica.

Durante a intervención con A, realízase unha monitorización constante da evolución e varias valoracións mediante a administración de probas psicométricas e cuestionarios condutuais. A evolución das puntuacións pode observarse nas Figuras 1 e 2. Despois da primeira valoración, realízase *retest* nos meses de maio e decembro de 2016 e a súa evolución presenta unha mellora significativa. En xeral, aínda que a súa capacidade cognitiva segue sendo baixa, obxectívase unha melloría no que respecta á orientación, ás capacidades atencionais, á reflexión previa á acción, á capacidade de aprendizaxe e razoamento e ás funcións executivas.

6 Conclusións

A sufriu hai seis anos un TCE grave por un accidente que lle ocasionou un dano cerebral. Malia a envergadura da alteración cognitiva e o trastorno de conduta que presentaba, a familia non demandaba atención neste sentido, asumíano como unha «secuela sen intervención posible» ou un «mal inmodificable». Non foron derivados a ningún servizo de psicoloxía clínica do Sistema Nacional de Saúde nin se lles informou da posibilidade de intervención mediante a rehabilitación neuropsicolóxica noutros recursos.

Hai case dous anos, A empezou un programa de rehabilitación intensiva a raíz do cal se observou unha mellora significativa na súa evolución, que dado o tempo transcorrido desde a lesión, non pode ser explicado por recuperación espontánea.

En xeral, pódese concluír que a rehabilitación neuropsicolóxica baseada nas técnicas de restitución, compensación e substitución da función danada, cando inclúen un adestramento de complexidade crecente, diferentes estímulos e modalidades sensoriais, son máis efectivos que o non tratamento, xa que mellora o funcionamento cognitivo e as actividades cotiás de persoas que sufriron un dano cerebral grave.

Afortunadamente, mellorouse a atención médica aguda e a rehabilitación en fase subaguda, pero as carencias seguen sendo significativas en fases posteriores. En múltiples estudos de seguimento sobre o impacto do DCA compróbase que son os déficits cognitivos e as alteracións condutuais os que teñen unha maior incidencia no pronóstico e un maior impacto na integración social e laboral (Sashika et al., 2017; Ponsford et al., 2014). Con todo, moitas das persoas afectadas teñen unha atención insuficiente e inadecuada nestes aspectos, que son os que menos coidados reciben nos recursos públicos; o caso de A é unha mostra diso.

Gráfico 1 Evolución do rendemento de A nas valoracións psicométricas realizadas. En todas elas a maior puntuación, mellor rendemento cognitivo.

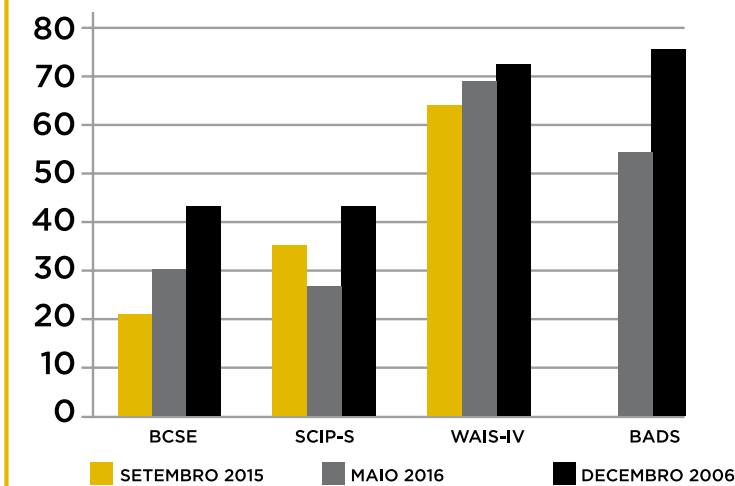
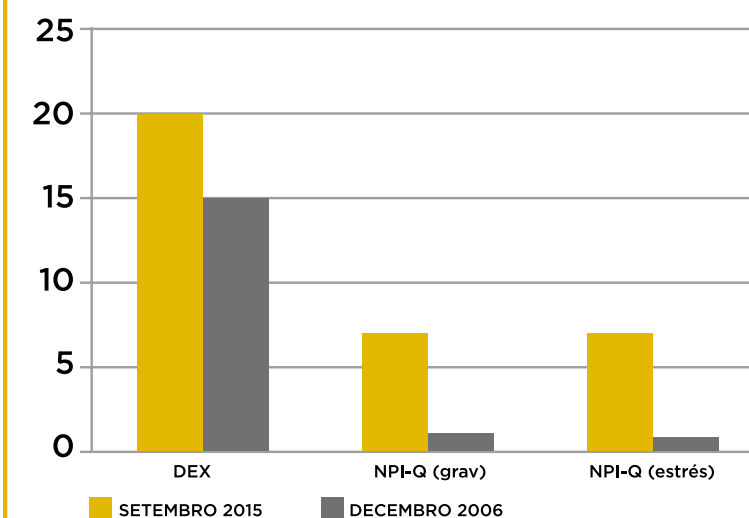


Gráfico 2 Evolución da puntuación nos cuestionarios administrados á familia sobre a conduta de A. Nos tres a menor puntuación, menor problemática condutual.



Táboa 1 Testes administrados, funcións cognitivas que mide cada un deles e resultados de A na valoración inicial

TEST ADMINISTRADO	NOME	CAPACIDADES COGNITIVAS QUE MIDE	RESULTADOS
BCSE Test breve para a avaliación do estado cognitivo	Wechsler, D. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación e estimación temporal - Control mental - Planificación e organización visuoperceptiva - Recordo incidental - Inhibición de respostas aprendidas - Producción verbal 	21 Capacidade cognitiva moi baixa
SCIP-S Screening do deterioro cognitivo en psiquiatría	Pino et al., (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaxe verbal inmediata e diferida - Memoria de traballo - Fluidez verbal - Velocidade de procesamento 	35 Percentil 1
WAIS-IV Wechsler Adult Intelligence Scale	Wechsler, D. (2012)	<p>Avalía a intelixencia xeral reflectindo o funcionamento intelectual en catro áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprensión verbal - Razoamento perceptivo - Memoria de traballo - Velocidade de procesamento 	IRP: 64 Percentil 1 Rendemento moi baixo
BADS Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome	Wilson et al. (1996)	Batería que avalía o funcionamento executivo mediante probas que avalían planificación, organización, estimación temporal e inhibición	Non se completou a batería
DEX Cuestionario da Síndrome Disexecutiva	Wilson et al. (1996)	Forma parte da batería BADS, pero pódese administrar por separado. Adminístrase ao cuidador.	20 Refiren síntomas de desorganización, desinhibición, impulsividade
NPI-Q Neuropsychiatric Inventory Questionnaire	Kaufner (2000)	Cuestionario administrado ao cuidador ou familiar que detecta cambios condutuais.	7 Agresividade, ansiedade, desinhibición, irritabilidade, depresión

Táboa 2 Capacidades afectadas e preservadas do doente na valoración inicial

	DIFICULTADES	ÁREAS PRESERVADAS/PUNTOS FORTES
NIVEL COGNITIVO	<ul style="list-style-type: none"> -Déficit de memoria a curto prazo, episódica, prospectiva -Déficits de atención, sobre todo nas súas modalidades máis complexas como a atención sostida, dividida e alternante -Memoria de traballo -Dificultades executivas de planificación e organización -Falta de conciencia do déficit 	<ul style="list-style-type: none"> -Memoria a longo prazo -Atención focalizada -Fluencia da linguaxe -Denominación e comprensión -Orientación na persoa -Pensamento diverxente
NIVEL CONDUTUAL	<ul style="list-style-type: none"> -Irritabilidade -Impulsividade -Desinhibición 	<ul style="list-style-type: none"> - Moi receptivo ao reforzo verbal positivo
NIVEL EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> -Labilidade emocional -Enfados -Ansiedade: preocupación, nerviosismo, irascibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatía - Iniciativa

Táboa 3 Algúns obxectivos de rehabilitación establecidos con A e grao de consecución.

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS	GRAO DE CONSECUCIÓN
Mellorar a capacidade de orientación temporal: saber data exacta.	Obxectivo alcanzado na súa totalidade.
Mellorar a orientación espacial: desprazarse no centro sen necesidade de indicacións.	Obxectivo alcanzado na súa totalidade.
Conseguir autonomía para cumprir co horario de xeito autónomo.	Obxectivo alcanzado na súa totalidade.
Mellorar as modalidades de atención e o control atencional executivo que propicie a mellora na capacidade de marcha (adestramento mediante tarefa dual con fisioterapia).	Obxectivo alcanzado na súa totalidade. Actualmente non hai incidencia de déficit de atención na capacidade de marcha.
Mellorar o recordo/resumo de actividades realizadas de xeito inmediato.	Obxectivo alcanzado. Resumo da sesión de terapia/clase cando esta remata lembrando detalles.
Lembrar as actividades máis relevantes de días anteriores.	Obxectivo alcanzado parcialmente. Aumenta a lembranza de feitos moi significativos. Benefíciase máis do recordo facilitado. Persiste o rendemento deficitario.
Automatizar o uso de axudas externas. -Utilizar diario con apoio.	Obxectivo alcanzado na súa totalidade. Utiliza o diario con recordo de realización e consulta.
Lembrar os nomes de persoal de contacto frecuente	Obxectivo alcanzado. Erros ocasionais.
Mellorar as habilidades comunicativas. -Mellorar organización do discurso (diminuír perdas do núcleo semántico).	Obxectivo alcanzado parcialmente. Mellora, pero persiste a precipitación no discurso.
Mellora da capacidade de secuenciación de accións.	Obxectivo alcanzado para as actividades básicas: secuencia de rutinas de autocoidado diario.
Mellorar a capacidade de planificación e organización aplicado a tarefas específicas: facer a maleta, facer a cama, manter en orde o cuarto e o armario.	Obxectivo alcanzado parcialmente: require ocasionalmente supervisión para iniciar actividade e/ou algunha pauta verbal para completala de xeito correcto.
Diminuír a frecuencia e a intensidade dos episodios de irritabilidade: -na rutina matutina, -na vida diaria normalmente desencadeados pola dificultade de adaptación a cambios/imprevistos.	Obxectivo alcanzado na súa totalidade. Diminúe significativamente a frecuencia e a intensidade. Actualmente episodios ocasionais.
Aumentar tolerancia ao contacto físico: -tolerar contacto físico en sesións de fisioterapia, -tolerar colocación férula.	Obxectivo alcanzado.
Aumentar a conciencia dos déficits cognitivos.	Obxectivo alcanzado parcialmente. É consciente dos déficits cognitivos, pero parcialmente da discapacidade secundaria aos mesmos.
Aumentar a conciencia dos cambios de conducta.	Obxectivo alcanzado parcialmente. Consciente da irritabilidade. Maior dificultade para ser consciente da labilidade emocional.
Aumentar a capacidade de verbalización de emocións.	Obxectivo en proceso: evolución positiva.

COMUNICACIÓN ORAL

TRABALLO PREMIADO NAS XXI XORNADAS DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

CORRELATOS DIFERENCIAIS ENTRE O ABUSO DE INTERNET E DE SUBSTANCIAS

Cristina Alonso

PSICÓLOGA CLÍNICA

Estrella Romero

PROFESORA TITULAR DA FACULDADE DE PSICOLOXÍA, UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

✉ crisalonsovilar@hotmail.com

Este traballo puido realizarse grazas á IX Beca Siota de Investigación en Psicoloxía outorgada polo Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia.

RESUMO: O consumo de substancias e o uso problemático de Internet (UPI) relaciónanse entre si chegando a establecerse un paralelismo directo entre ambos os consumos. O obxectivo deste estudo é examinar a relación e os correlatos diferenciais entre o UPI e o consumo de substancias.

Participaron 910 adolescentes de 2º ESO e 1º de Bacharelato de centros educativos de Galicia. Utilizáronse autoinformes para avaliar diferentes variables de personalidade así como o axuste psicossocial.

Os resultados indican que existe un certo paralelismo entre o UPI e o consumo de drogas, especialmente nas variables de personalidade. Ambos os consumos están asociados a un maior desaxuste psicossocial que amosa menor autoestima e satisfacción coa vida e maiores emocións negativas e agresividade. A pesaren de presentar correlatos moi similares, os resultados mostran que o UPI se asocia con variables máis disfuncionais de personalidade e con maior desaxuste psicossocial que o consumo de substancias.

PALABRAS CLAVE: uso problemático de Internet, consumo de substancias, adolescentes.

ABSTRACT: Substance use and problematic Internet use (PIU) are related to each other, establishing a direct parallelism between both uses. The aim of this study is to examine the relationship and differential correlates between PIU and substance use.

910 adolescents of 2º ESO and 1º Bachillerato from Galician schools participated in this research. Self-reports were used to evaluate different personality variables and psychosocial adjustment.

The results show that there is a certain parallelism between PIU and substance use, especially in personality variables. Both uses are associated with greater psychosocial maladjustment showing lower self-esteem and satisfaction with life and greater negative emotions and aggressiveness. Despite having very similar correlates, the results show that PIU is associated with more dysfunctional personality variables and greater psychosocial imbalance than substance use.

KEY WORDS: Problematic Internet Use, substance use, adolescent.

SUMARIO:

- 1 Introducción/obxectivos.
- 2 Material e método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alonso, C. e Romero, E. (2017). El uso problemático de nuevas tecnologías en una muestra clínica de niños y adolescentes: personalidad y problemas de conducta asociados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(2), 62-70.
- Armsden, G. C. (1986). Attachment to parents and peers in late adolescence: relationships to affective status, self-esteem, and coping with loss, threat, and challenges. *Dissertation Abstracts International*, 47, 1751-1752.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. e Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- González, M. T., Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Secadas, R. e Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de substancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 28(2), 108-115.
- Halpern, J. H. e Pope, H. G. (2001). Hallucinogens on the Internet: A vast new source of underground drug information. *American Journal Psychiatry*, 158, 481-483.
- Holden, C. (2001). Behavioral addictions: do they exist? *Science*, 294, 980-982.
- Hoyle, R. H., Stephenson, M. T., Palmgreen, P., Puzles-Lorch, E. e Donohew, R. L. (2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32, 401-414.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. e Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on Aging*, 26, 655-72.

CONTINÚA NA
PÁX. SEGUINTE

Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. e Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.

Luengo, M. A., Otero, J. M., Mirón, L. e Romero, E. (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago: Xunta de Galicia.

Ortet, G., Ibáñez, M. I., Ruipérez, M. A. Villa, H., Moya, J. e Escrivá, P. (2007). Adaptación para adolescentes de la versión española del NEO PI-R (JS NEO). *Psicothema*, 19, 263-268.

Raine, A. et al. (2006). The Reactive - Proactive Aggression Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171.

Rich, M. e Bar-On, M. (2001). Child health in the information age: Media education of paediatricians. *Pediatrics*, 107, 156-162.

Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Bos Aires: Paidós.

Sánchez-Martínez, M. e Otero, A., (2010). Usos de Internet y factores asociados en adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*, 42(2), 79-85.

Scharfe, E. (1999). *A comparison of self-report and interview ratings of attachment*. Sen publicar.

Wang, C., Ho, R. H., Chan, C. W. e Tse, S. (2015). Exploring personality characteristics of Chinese adolescents with Internet-related addictive behaviors: trait differences for gaming addiction and social networking addiction. *Addictive Behaviors*, 42, 32-35.

Watson, D., Clark, L. A. e Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.

Whiteside, S. P. e Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.

Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behaviour*, 1, 237-244.

1 | Introducción/obxectivos

Diversos estudos constatan a relación existente entre o uso problemático de Internet (UPI) e o consumo de substancias (Sánchez-Martínez e Otero, 2010). O atractivo de Internet podería compararse coas propiedades reforzadoras das substancias adictivas (Halpern e Pope, 2001; Rich e Bar-On, 2001). Algúns autores establecen un paralelismo directo entre a adicción a substancias e a comportamentos (p. e. Internet) (Holden, 2001), mesmo establecendo que o UPI xera alteracións cerebrais similares ás drogas (Lin et al., 2012). Variables como a personalidade, o tipo de apego e diferentes variables de axuste psicosocial foron amplamente investigadas no consumo de substancias (Kokkavi et al., 2007; González et al., 2016) e aparecen como unha liña emerxente no UPI (Wang, Ho, Chan e Tse, 2015; Alonso e Romeu, 2017), polo que parece interesante comprobar se esas variables persoais e esas consecuencias psicosociais presentan os mesmos ou diferentes correlatos no UPI e o consumo de substancias así como examinar a relación entre estas dúas variables. Por tanto, os obxectivos deste estudo son:

- Examinar a relación entre o UPI e o consumo de substancias.
- Analizar os correlatos diferenciais entre o UPI e o consumo de substancias.

2 | Material e método

Participaron no estudo 910 adolescentes (474 mozas e 434 mozos; 2 participantes non indicaron o xénero), con idades comprendidas entre os 12 e os 19 anos (media 14,57; SD=1,57), escolarizados en 9 centros educativos de Galicia, España.

Para avaliar as variables principais (o uso problemático de Internet e o abuso de substancias) utilizáronse o Test de Adicción a Internet (IAT; Young, 1998) e o Cuestionario de Consumo de Drogas (CCD; Luengo et al., 1995). O Test de Adicción a Internet mide os comportamentos asociados ao uso adictivo da Rede que inclúen a compulsión, o escapismo e a dependencia. As preguntas da escala tamén avalían os problemas relacionados co uso adictivo no ámbito persoal, laboral e social de adolescentes e xente nova. Concretamente, a escala está composta por 20 ítems en formato tipo *likert* que deben ser puntuados nunha escala comprendida entre 1 (nunca ou de cando en cando) e 5 (sempre). Este instrumento permite obter unha medida global do nivel de adicción a Internet. O cuestionario de consumo de drogas avalía as prevalencias de consumo durante toda a vida de tabaco, alcol e cánnabis e a frecuencia con que se consumiron estas substancias nos últimos 30 días. Os adolescentes responden nunha escala con seis alternativas (nunca, unha ou dúas veces, de tres a cinco veces, de seis a dez veces, entre 11 e 20, ou máis de 20).

Para avaliar as variables relacionadas co axuste psicosocial, utilizáronse os seguintes instrumentos:

- **Dimensións xerais de personalidade (Modelo dos Cinco Grandes):** versión para mozas do NEO PI-R (JS-NEO S; Ortet, Ibañez, Ruipérez, Vila, Moya e Escrivá, 2007).
- **Apego:** Cuestionario de Relacións Adolescentes (ARSQ; Scharfe, 1999). Este cuestionario está formado por 17 ítems, e é unha forma adaptada para adolescentes do Relationship Scales Questionnaire (RSQ; Griffin e Bartholomew, 1994). O ARSQ, do mesmo xeito que o RSQ, permite obter puntuacións para os tres tipos de apego: apego seguro, apego medroso/preocupado e apego evitativo.
- **Procura de sensacións:** Escala Breve de Procura de Sensacións (Hoyle et al., 2002). Trátase dunha escala creada para adolescentes. Consta de 8 ítems derivados do SSS-V que representan parsimoniosamente os catro factores identificados por Zuckerman para BS: procura de experiencias, procura de aventura e emocións, desinhibición e susceptibilidade ao aburrimiento.
- **Impulsividade:** Escala de Impulsividade Reducida (UPPS-P; Whiteside e Lynam, 2001). Esta escala está formada por 20 ítems que permiten a avaliación de cinco dimensións de personalidade que poden desencadear condutas impulsivas: urxencia negativa, (falta de) perseveranza, (falta de) premeditación, procura de sensacións e urxencia positiva.
- **Autoestima:** Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR; 1965). Trátase dun cuestionario para explorar a autoestima persoal entendida como os sentimentos de valía persoal e de respecto a si mesmo.
- **Conduta agresiva:** Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ), que é un instrumento deseñado por Raine et al. (2006) para medir a agresión reactiva e proactiva en adolescentes. Este instrumento está composto por 23 ítems baseados na dimensión motivacional proactiva (instrumental) vs. reactiva (hostil).
- **Benestar subxectivo:** Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS; Watson et al., 1988), que inclúe 20 ítems, 10 dos cales se refiren á subescala de Afecto Positivo e 10 á subescala de Afecto Negativo.
- **Satisfacción coa vida:** Escala de Satisfacción coa Vida (ESV; Diener et al., 1985) que avalía o xuízo global que fan as persoas sobre a satisfacción coa súa propia vida.
- **Relacións entre iguais/soidade:** Escala de Confianza cos Amigos (do Inventory of Parent and Peer Attachment: IPPA; Armsden e Greenberg, 1986), que avalía o grao de proximidade, apoio e intimidade dos adolescentes cos seus iguais.
- **Soidade:** Escala Breve de Soidade (Hughes et al., 2004), que consta de 3 ítems que reflicten sentimentos de falta de compañía e illamento social.
- **Prácticas de risco en conduta sexual:** deseñouse un cuestionario ad hoc con 4 ítems que reflectían a frecuencia de relacións sexuais sen método anticonceptivo así como tras o consumo de drogas:
 1. Tiveches relacións sexuais sen utilizar o condón e, por tanto, con risco de contaxio de VIH/SIDA ou dalgunha outra enfermidade de transmisión sexual?;
 2. Tiveches relacións sexuais sen métodos anticonceptivos, a pesar de que non querías deixar embarazada a túa parella ou aínda que non quixeses quedar embarazada?;
 3. Tiveches sexo despois de consumir alcol/drogas?
 4. Tiveches sexo con máis dunha persoa nun período de menos de 24 horas?



unsplash.com
©Angelina Litvin

3 Resultados

Táboa 1 Relación entre o UPI e o consumo de substancias

*p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001	TABACO	ALCOL	CÁNNABIS
USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET	.19***	.20***	.12***

Os resultados amosan que o UPI se asocia cun maior consumo de substancias, tanto tabaco, como alcol ou cánnabis.

Táboa 2 Relación entre o UPI e o consumo de substancias coas variables persoais

*p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001	USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET	TABACO	ALCOL	CÁNNABIS
Apego seguro	-.07*	.07*	-.02	-.02
Apego medroso/ preocupado	.18***	.06	.01	.01
Apego evitativo	.19***	-.01	.01	.01
Neuroticismo	.26***	.09**	.06	.11***
Extraversión	.05	-.03	.11**	.03
Responsabilidade	-.39***	-.19***	-.21***	-.26***
Apertura	-.17***	.01	-.04	-.05
Amabilidade	-.34***	-.15***	-.16***	-.18***
Procura de sensacións	.20***	.17***	.20***	.11***
Impulsividade	.37***	.22***	.22***	.13***

Os resultados mostran que o UPI se relaciona con todas as variables persoais estudadas excepto coa extraversión. En concreto, o UPI relaciónase con menor apego seguro e maior apego tanto medroso/preocupado como evitativo. Ademais, o UPI asóciase con maior neuroticismo, procura de emocións e impulsividade así como con menor responsabilidade, apertura e amabilidade.

En relación co consumo de substancias, as tres substancias avaliadas no noso estudo relaciónanse con menor responsabilidade e amabilidade así como con maior procura de sensacións e impulsividade. Especificamente, o consumo de tabaco e de cánnabis relaciónase con maior neuroticismo e o consumo de alcol relaciónase con maior extraversión.

Táboa 3 Relación entre o UPI e o consumo de substancias co axuste psicosocial

*p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001	USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET	TABACO	ALCOL	CÁNNABIS
Condutas de risco sexuais	.09	.39***	.33***	.34***
Autoestima	-.21***	-.09**	-.07*	-.08*
Confianza cos amigos	-.11***	-.06	-.01	-.10**
Emocións positivas	-.09**	-.07*	-.01	-.04
Emocións negativas	.28***	.10**	.12***	.12***
Agresión proactiva	.47***	.27***	.33***	.31***
Agresión reactiva	.40***	.22***	.21***	.19***
Soidade	.15***	.03	.02	.08**
Satisfacción coa vida	-.26***	-.12**	-.08*	-.13***

Os resultados do noso estudo mostran que o UPI se relaciona con maior desaxuste psicosocial (menor autoestima, confianza cos amigos, emocións positivas e satisfacción coa vida; así como maiores emocións negativas e agresividade tanto proactiva como reactiva), excepto coa variable de condutas de risco sexuais.

En relación co consumo de substancias, as tres substancias estudadas relaciónanse con maiores condutas de risco sexuais, menor autoestima, maiores emocións negativas, maior agresividade, tanto proactiva como reactiva, así como con menor satisfacción coa vida. Especificamente, o consumo de tabaco asóciase con menores emocións positivas e o consumo de cánnabis asóciase con menor confianza cos amigos e maior soidade.

4 Conclusións

O UPI e o consumo de substancias están relacionadas positivamente. Tendo en conta os resultados, pódese concluír que as variables máis relacionadas co UPI son menor apego seguro, maior apego medroso/preocupado, maior apego evitativo, menor apertura, menor confianza cos amigos, menos emocións positivas e maior soidade; mentres que as variables máis relacionadas co consumo de substancias son as condutas de risco sexuais.

Entre os correlatos semellantes entre o UPI e o consumo de substancias atopámonos con menor responsabilidade, menor amabilidade, maior neuroticismo, maior procura de emocións, maior impulsividade, menor autoestima, maiores emocións negativas, maior agresividade tanto proactiva como reactiva e menor satisfacción coa vida.

Por tanto:

- Os correlatos diferenciais na variable de personalidade de Apertura e os diferentes tipos de apego parecen estar máis relacionados co UPI que co consumo de substancias.
- Existe un paralelismo entre o UPI e o consumo de substancias especialmente nas variables de personalidade, mentres que nos estilos de apego non existe este paralelismo tan claro.
- Tendo en conta o axuste psicosocial, ambos os consumos están asociados a un maior desaxuste psicosocial nos adolescentes que mostran menor autoestima, menor satisfacción coa vida e maiores emocións negativas e agresividade.
- O UPI asóciase con variables máis disfuncionais de personalidade e con maior desaxuste psicosocial que o consumo de substancias.
- O UPI asóciase máis con dificultades de corte internalizante, e a drogas parecen asociarse especificamente con problemas de conduta máis externalizante.



unsplash.com
©Tom Sodoge

COMUNICACIÓN ESCRITA-PÓSTER

TRABALLO PREMIADO NAS XXI XORNADAS
DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

TRATAMENTO DE NOTICIAS DE SUICIDIO NUN DIARIO DIXITAL

De la Torre Hernández, H.

PSICÓLOGA CLÍNICA CSMIJ,
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU, LLEIDA

López Cerdido, E.

PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE III,
EOXI DE FERROL

Martínez Lamosa, E.

PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE IV,
EOXI DE FERROL

✉ eduardo.martinez.lamosa@sergas.es

RESUMO: Obxectivo: describir o modo en que un medio de prensa dixital trata as noticias sobre a conduta suicida e valorar o grao en que estas publicacións se adecúan ás recomendacións da OMS.

Método: recolléronse noticias sobre suicidio publicadas ao longo de 2014 no diario dixital máis lido en Galicia.

Resultados: a maioría das publicacións eran sobre suicidios consumados, frecuentemente precedidos por agresións a terceiros, aos que se lles daba unha explicación simplista, e que incluían informacións pouco axeitadas para a súa difusión.

Conclusións: a maior parte das noticias non tiñan en conta as directrices ofrecidas pola OMS.

PALABRAS CLAVE: suicidio, noticias, prensa dixital, OMS, efecto Werther.

ABSTRACT: Objective: to describe and assess the way a digital newspaper handles news about suicidal behaviour and how these press publications align with the WHO recommendations.

Method: suicide themed news released during 2014 were collected from the Galicia's most read digital newspaper.

Results: most news concerned completed suicide events, often preceded by violence against others, that were explained in simplistic terms and included inappropriate information.

Conclusions: the largest part of these news didn't take into account the recommendations given by the WHO

KEY WORDS: suicide, news, digital press, WHO, Werther effect.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Material e método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Xenebra: OMS.

Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M. B. e Martínez Jambrina, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto Werther o efecto papageno?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 123-134.

Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kapusta, N. D., Voracek, M., Dervic, K. e Sonneck, G. (2009). Copycat effects after media reports on suicide: a population-based ecologic study. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1085-1090.

Stack, S. (1996). The effect of the media on suicide: evidence from Japan, 1955-1985. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(2), 132-142.

Pirkis, J. e Blood, R. W. (2001). Suicide and the media: Part I. Reportage in nonfictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicidal Prevention*, 22(4), 146-154.

Pirkis, K., Blood, R. W., Beatrais, A., Burgess, P. e Shekans, J. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*, 27(2), 82-87.

Yang, A. C., Tsai, S. J., Yang, C. H., Shia, B. C., Fuh, J. L., Wang, S. J., Peng, C. K. e Huang, N. E. (2012). Suicide and media reporting: a longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 427-435.

1 | Introducción

No ano 2014, o suicidio foi a primeira causa externa de morte en España, téndose rexistrados 3.910 casos. En Galicia, producíronse 371 suicidios nese mesmo ano, o que supón a segunda maior taxa a nivel estatal (13,54 por cada 100.000 habitantes na nosa comunidade fronte a 8,42 no caso nacional).

O modo en que os medios de comunicación informan sobre o suicidio pode provocar condutas de imitación (efecto Werther) ou exercer un efecto preventivo (efecto Papaxeno). A OMS, dentro do programa de prevención do suicidio SUPRE, elaborou unha serie de recomendacións a fin de promover unha adecuada difusión da información (consultar en http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf).

2 | Material e método

Recolléronse todas as noticias publicadas ao longo do ano 2014 no diario dixital máis lido en Galicia (*A Voz de Galicia*) que inclúisen algunha das palabras clave: substantivos e formas verbais derivadas dos termos *autolesión*, *suicidio*, *matarse* e *quitarse a vida*.

Excluíronse aquelas publicacións en que as palabras clave foran usadas con fins literarios, as que se referían a feitos ficticios, aquelas en que o tema do suicidio era un elemento anecdótico ou pouco relevante, aquelas en que a natureza da morte ou lesións era ambigua, e as que trataban sobre atentados suicidas.

Realizouse unha análise descritiva de 171 noticias para 17 variables cualitativas en termos de frecuencia. Preséntanse aquí os resultados máis relevantes.

3 | Resultados

As publicacións dividíronse en informes de casos (91,9%), de tipo científico ou divulgativo (4,1%), artigos de opinión (1,8%) e doutro tipo (2,3%). No 55% dos casos, a palabra clave era visible no título ou no subtítulo. Os casos de suicidios consumados ocupaban o 63,2% dos escritos, as tentativas de suicidio supuxeron o 31,6% e o 5,3% restante trataba sobre outros aspectos. Ademais, o 43,3% das publicacións informaban que a conduta suicida fora precedida por un acto de homicidio ou agresión a terceiras persoas. Un 15,8% das noticias eran referidas a persoas famosas ou coñecidas publicamente.

Táboa 1 Resumo sobre que facer e que non facer, adaptado da OMS (2000)

QUE FACER

- Traballar estreitamente coas autoridades da saúde na presentación dos feitos.
- Usar fontes auténticas e fiables.
- Interpretar coidadosa e correctamente as estatísticas, evitando as xeneralizacións.
- Manexar con cautela os comentarios espontáneos.
- Referirse ao suicidio como un feito logrado, non exitoso.
- Presentar só datos relevantes nas páxinas interiores.
- Resaltar as alternativas ao suicidio.
- Proporcionar información sobre liñas de axuda e recursos comunitarios.
- Facer publicidade de indicadores de risco e sinais de advertencia.
- Informar sobre a depresión como unha condición tratable e a súa relación co comportamento suicida.

QUE NON FACER

- Non cubrir a noticia de xeito sensacionalista, particularmente cando involucra a unha celebridade.
- Non realizar esaxeracións.
- Non informar con titulares en primeira páxina.
- Non publicar fotografías da vítima, do método empregado ou da escena do suicidio.
- Non publicar notas suicidas.
- Non informar sobre detalles específicos do método usado nin de como se obtivo.
- Non informar do suicidio como algo inexplicable ou dando causas simplistas.
- Non describir o suicidio como un método para afrontar problemas persoais, nin como unha resposta entendible aos cambios ou á degradación social ou cultural.
- Non glorificar nin sensacionalizar o suicidio.
- Non usar estereotipos relixiosos ou culturais.
- Non achegar culpas.

Tratamiento de noticias de suicidio en un diario digital

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

De la Torre Hernández, H.; López Cerdido, E.; Martínez Lamosa, E.

SERVIZO Galicia Xestión Integrada de SAÚDE

No 48% das reportaxes ofrecíase unha explicación simplista e unicausal dos acontecementos, fronte a un 14,6% que falaba de multicausalidade, e un 37,4% que non achegaba esa información.

Con respecto aos aspectos e elementos informativos desaconsellados para a súa difusión pola OMS, un 17% dos informes incluían fotos ou vídeos da vítima, do método empregado ou da escena; especificábase o método no 67,8% (frecuentemente eran mortes por aforcamento, armas de fogo, precipitacións, instrumentos cortantes e métodos combinados); facíase referencia á existencia dunha nota de suicidio no 8,2% dos casos; a persoa suicida era glorificada ou encomiada no 7,6%; a redacción incluía estereotipos relixiosos ou culturais no 4,1%; e o tratamento das noticias resultaba sensacionalista para o 19,9% do total de publicacións.

En canto a aqueles outros aspectos que si son recomendados para a súa inclusión, o 6,4% dos artigos sinalaban a presenza de recursos de axuda; o 9,4% informaban sobre indicadores de risco; o 20,5% referían a existencia de antecedentes persoais de dificultades de saúde mental; o 24,6% facían mención ao impacto familiar ou social da conduta suicida; e no 27,3% dos casos de tentativas autolíticas describíanse as consecuencias físicas dos feitos.

4 Conclusións

A maior parte das publicacións analizadas consistían en informes de casos de suicidios consumados. En máis da metade do total, a palabra clave referida á conduta suicida aparecía no título ou no subtítulo. Unha elevada porcentaxe das noticias informaban de suicidios precedidos por unha agresión ou un homicidio.

Quedou constatado que na maioría das noticias recollidas non se tiveron en conta as directrices elaboradas pola OMS, posto que moitas delas resultaron sensacionalistas, achegaban elementos ou aspectos informativos inadecuados (fotos e vídeos explícitos, referencia ao método empregado ou á nota de suicidio, etc.), ou ofrecían explicacións simplistas a este tipo de sucesos. Por outra banda, moi poucas publicacións informaban sobre a existencia de recursos de axuda ou indicadores de risco, sendo o impacto familiar e social así como os antecedentes persoais en saúde mental os aspectos máis frecuentemente descritos, aínda que de modo notablemente insuficiente.

Considerando estes datos, resultaría interesante que se desenvolvesen programas de prevención do suicidio tanto a nivel autonómico como nacional nos cales se puidesen incluír recomendacións dirixidas aos profesionais dos medios de comunicación.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El suicidio es un problema grave de salud pública. En el año 2014, en España ha supuesto la primera causa externa de muerte con un total de 3.910 suicidios consumados. En Galicia se registraron 371 suicidios en ese mismo año, siendo nuestra comunidad autónoma la segunda con mayor tasa a nivel nacional (13,54 por cada 100.000 habitantes).

La investigación sugiere que el modo en que los medios de comunicación informan sobre el suicidio puede generar conductas de imitación (lo que se conoce como efecto Werther) o puede ejercer un efecto preventivo (efecto Papageno). Así, la OMS, dentro del programa de prevención del suicidio SUPRE, ha elaborado una serie de recomendaciones dirigidas a profesionales de los medios de comunicación con el fin de promover una adecuada difusión de la información.

Con este estudio se busca hacer una descripción del tratamiento que se hace en un medio de prensa digital sobre noticias relacionadas con el suicidio consumado y tentativas autolíticas. También se pretende analizar en qué medida esta información se adecua a las recomendaciones de la OMS.

MATERIAL Y MÉTODO

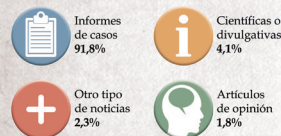
Se recogieron noticias aparecidas en el diario digital más leído en Galicia (*La Voz de Galicia*) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014 que incluyesen alguna de las siguientes palabras clave: *autolesión, autolesionarse, matarse, quitarse la vida, se mató, se suicida, se suicidó, se quitó la vida, se quitó la vida, suicida, suicidarse, suicidio* (n = 374).

Se excluyeron aquellas noticias en las que los términos clave se usaron con fines literarios; las que hacían referencia a hechos ficticios; en las que la información sobre suicidio constituía un elemento anecdótico o poco relevante en el desarrollo global de la noticia; en las que existía ambigüedad en la naturaleza de las muertes o lesiones; y las que trataban sobre atentados suicidas.

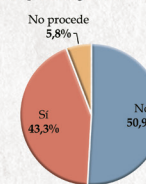
Finalmente se incluyeron 171 noticias, analizadas para 17 variables descriptivas en términos de frecuencia.

RESULTADOS

Se identificaron cuatro tipos de publicaciones:



¿Se informa de que la conducta suicida ha sido precedida por una agresión o un homicidio?



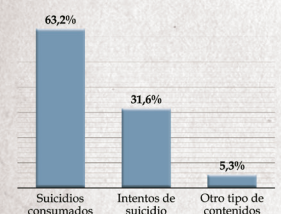
Con respecto a los aspectos informativos desaconsejados por la OMS, se obtuvieron los siguientes resultados:

	Sí	No	No procede
Incluir fotografías o vídeos de la víctima, del método empleado o de la escena	17,0%	17,0%	66,0% no incluyen
Hacer referencia a notas de suicidio	8,2%	86,0%	5,8%*
Glorificar o ensalzar como héroe al suicida	7,6%	90,6%	1,8%*
Tratar la noticia de forma sensacionalista	19,9%	80,1%	-
Usar estereotipos religiosos o culturales	4,1%	94,2%	1,8%*
Especificar el método empleado	67,8%	28,7%	3,5%*

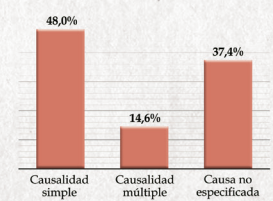
* Estos valores corresponden a publicaciones que no son informes de casos.

En el 55,0% de las noticias, la palabra clave aparecía en el título o el subtítulo, frente al 45,0% restante en las que aparecía en el cuerpo de la noticia.

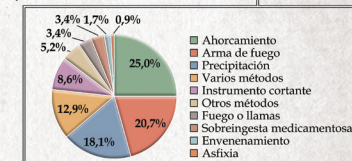
Se diferenciaron tres grupos de noticias en función de su temática (suicidios consumados, intentos de suicidio y otro tipo de contenidos):



¿Se ofrece una explicación de la conducta suicida? ¿Se presenta el suicidio de manera simplista como resultado de un solo factor, o se habla de la interacción de diversos factores causales?



El 15,8% de las noticias se referían a personajes famosos o públicamente conocidos.



En cuanto a la información que se recomienda incluir en el tratamiento de estas noticias, se observó lo siguiente:

	Sí	No	No procede
Informar sobre recursos de ayuda	6,4%	93,6%	-
Informar sobre indicadores de riesgo	9,4%	90,6%	-
Referir antecedentes en salud mental	20,5%	76,0%	3,5%*
Señalar el impacto familiar o social	24,6%	71,9%	3,5%*
Describir las consecuencias físicas de los intentos de suicidio**	27,3%	72,7%	-

* Estos valores corresponden a publicaciones que no son informes de casos.
** No se incluyen en este análisis las noticias sobre suicidios consumados.

CONCLUSIONES

La mayor parte de las noticias analizadas eran informes de casos de suicidios consumados. En más de la mitad del total, la palabra clave referida a la conducta suicida aparecía en el título o en el subtítulo. Un elevado porcentaje de las noticias reportaban suicidios precedidos por una agresión o un homicidio.

Se ha constatado que en la mayoría de las noticias recogidas no se tuvieron en cuenta las directrices de la OMS, bien porque resultaron sensacionalistas, porque aportaban detalles inadecuados (fotos y vídeos, método empleado, notas de suicidio...), o por dar explicaciones simplistas a estos sucesos. Por el contrario, muy pocas publicaciones informaban acerca de la existencia de recursos de ayuda o indicadores de riesgo, siendo el impacto familiar y social y los antecedentes personales en salud mental los aspectos que se mencionaban con mayor frecuencia, aunque de manera insuficiente.

A partir de estos datos, parece relevante la necesidad de desarrollar un programa de prevención del suicidio tanto a nivel autonómico como nacional, en el que se incluyan recomendaciones dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanía (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Ginebra: OMS.
- Herrera Ramírez, R.; Ussa Villar, M. B.; & Martínez Jiménez, J. (2010). El tratamiento del suicidio en la prensa española: efecto werther o efecto papageno?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(123), 123-134.
- Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001). Suicide and the media: Part I: Reporting in nonfictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(6), 146.

CONTACTO

henardelatorre@gmail.com
Emma.Lopez.Cerdido@sergas.es
Eduardo.Martinez.Lamosa@sergas.es

OBXECTIVO DA PUBLICACIÓN

O *Anuario* foi, e é, unha publicación aberta. Nace co propósito de dar voz e oído, de invitar á reflexión dos que escriben e dos que len, sobre temas de interese para a Psicoloxía Clínica. Cada número vertébrase sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluíndo áreas de coñecemento alleas á propia, pero que poden achegar novos mapas.

PERIODICIDADE DA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

AUTORES DOS ARTIGOS DO MONOGRÁFICO

Os artigos serán solicitados aos autores por parte do Equipo de Redacción do *Anuario*; os textos deben ser orixinais e o estilo será libre, seguindo o obxectivo xeral marcado polo Equipo.

A EXTENSIÓN máxima será de 15 folios, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do artigo será a seguinte:

- Título.
- Autor, lugar de traballo e e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras) en español ou galego e en inglés.
- Palabras clave: entre 3 e 5, en español ou galego e en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias e máximo de 20.

ANUARIO ABERTO: CASOS CLÍNICOS

Incluíranse descrições dun ou máis casos clínicos que supoñan unha contribución ao coñecemento da psicopatoloxía ou da intervención psicoterapéutica.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 6 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do Caso Clínico deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Obxectivos.
- Intervención.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 e un máximo de 20 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABERTO: COMUNICACIÓNS LIBRES

Incluíranse traballos orixinais nos que se describan traballos de investigación ou revisións teóricas de temáticas psicolóxicas, desde un punto de vista clínico ou asistencial.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA da Comunicación Libre deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 e un máximo de 20 referencias bibliográficas.

**Nº10 Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e
Saúde do COPG**

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es
copgalicia@cop.es



EL DAÑO

Jugarse el pellejo: una visión clínica de las autolesiones

Carmen Conde Díaz

Inscripciones corporales indelebles. Tatuajes, escarificaciones, piercing y su lógica cultural

Enrique Couceiro Domínguez

Autolesiones y marcas corporales: del conflicto intrapsíquico a las tribus urbanas en la adolescencia

Pablo Villarino Torrado

Encuentros con la autolesión a través de un caso: experiencias durante la residencia

Almudena Campos González / Esther Reguera Rodríguez

Autolesiones como estrategia autorreguladora cuando no contamos con una vinculación segura

María Balsa García

El daño en psicoterapia: confesiones de un terapeuta centrado en el error

Antonio Olives Alonso

HERRAMIENTAS

Autolesiones: lugares comunes y experiencias clínicas

Ignacio Dopico González

ANUARIO ABIERTO

• COMUNICACIÓN LIBRE:

Rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral adquirido en fase crónica. A propósito de un caso

Rocío Andrade-Grela / Sandra Rubial-Álvarez

• TRABAJOS PREMIADOS EN LAS XXI XORNADAS DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG:

- Correlatos diferenciales entre el abuso de Internet y de sustancias

Cristina Alonso / Estrella Romero

- Tratamiento de noticias de suicidio en un diario digital

De La Torre Hernández, H. / López Cerdido, E. / Martínez Lamosa, E.



EL DAÑO

AUTOLESIONES Y COMPORTAMIENTOS AUTODESTRUCTIVOS

APUNTE

La preferencia de idioma en el original de cada artículo fue determinada por su autor/a, con la posterior traducción y revisión del COPG.

Nº10 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

Consejo Editorial

Francisco Javier Sardiña Agra, Presidente
Delia Guitián Rodríguez, Vicepresidenta
José Eduardo Rodríguez Otero, Secretario
Luis Carlos Álvarez García, Tesorero
Alicia Carballal Fernández, Vocal
Rosa Cerqueiro Landín, Vocal
Mercedes Fernández Cabana, Vocal
Ignacio Dopico González, Vocal
Dolores Mosquera Barral, Vocal

Consejo de Redacción

Marta González Rodríguez (Directora)
PSICÓLOGA CLÍNICA, CENTRO TERAPÉUTICO DE
MENORES CHAVEA (VILAGARCÍA DE AROUSA).

Adalberto Iglesias Doval
PSICÓLOGO CLÍNICO, ASOCIACIÓN DOA
SAÚDE MENTAL.

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA, EAPS (EQUIPO DE ATENCIÓN
PSICOSOCIAL), CRUZ ROJA, A CORUÑA.

Patricia María Tamara Rego Ribeiro
PSICÓLOGA CLÍNICA.

Xacobe Abel Fernández García
PSICÓLOGO CLÍNICO, CENTRE DE SALUT MENTAL
D'ADULTS 1. INSTITUT MUNICIPAL DE SERVEIS
PERSONALS DE BADALONA.

Delia Guitián Rodríguez
PSICÓLOGA CLÍNICA, USM (UNIDADE DE SAÚDE
MENTAL), EOXI LUGO-CERVO-MONFORTE.

Sabela Bermúdez Míguez
PSICÓLOGA CLÍNICA, HOSPITAL LA MAGDALENA
(CASTELLÓN DE LA PLANA).

Edita

Colegio Oficial de Psicología de Galicia
Españeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

Diseño y maquetación

ekinocio comunicación

Imagen de portada

©Jilbert Ebrahimi - Unsplash

ISSN: 2444-6653.

Novembro, 2017

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados. Las opiniones expresadas en la Presentación son responsabilidad del Consejo Editorial.

<https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

VERSIÓN EN ESPAÑOL

- 7 Presentación
- 9 Jugarse el pellejo: una visión clínica de las autolesiones
CARMEN CONDE DÍAZ
- 17 Inscripciones corporales indelebles. Tatuajes,
escarificaciones, piercing y su lógica cultural
ENRIQUE COUCEIRO DOMÍNGUEZ
- 29 Autolesiones y marcas corporales: del conflicto
intrapésquico a las tribus urbanas en la adolescencia
PABLO VILLARINO TORRADO
- 37 Encuentros con la autolesión a través de un caso:
experiencias durante la residencia
ALMUDENA CAMPOS GONZÁLEZ / ESTHER REGUERA RODRÍGUEZ
- 44 Autolesiones como estrategia autorreguladora cuando
no contamos con una vinculación segura
MARÍA Balsa GARCÍA
- 51 El daño en psicoterapia: confesiones de un terapeuta
centrado en el error
ANTONIO OLIVES ALONSO

HERRAMIENTAS

- 65 Autolesiones: lugares comunes y experiencias clínicas
IGNACIO DOPICO GONZÁLEZ

ANUARIO ABIERTO

● COMUNICACIÓN LIBRE:

- 83 Rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral adquirido
en fase crónica. A propósito de un caso
ROCÍO ANDRADE-GRELA / SANDRA RUBIAL-ÁLVAREZ

● TRABAJOS PREMIADOS EN LAS XXI JORNADAS DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG:

- 91 COMUNICACIÓN ORAL:
Correlatos diferenciales entre el abuso de Internet y de
sustancias
CRISTINA ALONSO / ESTRELLA ROMERO
- 96 COMUNICACIÓN ESCRITA-PÓSTER: Tratamiento de noticias
de suicidio en un diario digital
DE LA TORRE HERNÁNDEZ, H. / LÓPEZ CERDIDO, E. /
MARTÍNEZ LAMOS, E.

99 NORMAS DE PUBLICACIÓN

LA VERSIÓN
EN GALLEGO
COMIEZA EN LA
PÁGINA 1



Marta González Rodríguez

PSICÓLOGA CLÍNICA, CENTRO TERAPÉUTICO DE
MENORES CHAVEA (VILAGARCÍA DE AROUSA)

✉ marta.glez.riguez@gmail.com

Es lo que tienen las autolesiones: no solo te colocan, sino que también te permiten expresar el asco que te inspiran el mundo y tu persona, controlar el dolor físico, disfrutar del ritual, de las endorfinas, de esa violencia sórdida, bestial y ejercida contra uno mismo en privado y no hacer daño a ninguna otra persona. (...)
Era perfecto. Había encontrado algo que, aunque fuese temporal, me ayudaba a funcionar mejor, a estar más disponible, a no dejar a mi familia tirada, a ponerme la careta
AUTOLESIONES, JAMES RHODES

Este año la elección fue directamente cosa mía. Y escogí este tema por varias razones.

Recuerdo cuando empecé a trabajar el pavor que me daban las autolesiones, en mi mente simplificadora “preparada-para-responder-preguntas-PIR”, se asociaba directamente al TLP, e inmediatamente venían a la mente cuestiones como manipulación, relacional, cronicidad, suicidio...

Un montón de términos que añadían miedo y ayudaban poco o nada a pensar en cómo trabajar. Pero en la consulta fueron apareciendo casos, y la exposición debió de hacer que el miedo se viera reducido y apareciese la curiosidad por aprender, que ayuda más a trabajar.

En la mente surgían cuestiones sobre la utilidad de esa conducta, que empecé a ver como más frecuente e incluso también en personalidades no “típicamente límites”, y con patrones que muchas veces no tenían que ver con lo “relacional”. Pensaba en autorregulación emocional, pensaba en identidad...

Y en todo este proceso mental de “despatologización” (o “minus” o llámale X), el DSM5 saca como posible nuevo diagnóstico el “Trastorno de autolesiones no suicidas”: vuelta a lo patológico...

Más próximamente, además de seguir viendo con frecuencia este comportamiento, cae en mis manos una novela autobiográfica que me impacta profundamente: “Instrumental” de James Rhodes. Las primeras líneas son unas palabras que escribe sobre cuando empieza a usar los cortes como una forma de anclaje en su perpetua desestructuración.

Así fue que se lo propuse al resto de los compañeros del Equipo de Redacción y empezamos a pensar sobre el Daño tratando de darle un enfoque más amplio que la autolesión, sin embargo pienso que el círculo se nos cerró de nuevo

en torno a los cortes dado que los autores y autoras así lo quisieron en sus enfoques. Quizás realmente es un tema sobre el que es interesante pensar de forma detenida.

Abre el Anuario la compañera Psiquiatra Carmen Conde con su artículo “Jugarse el pellejo” en el que aporta una mirada clínica y también antropológica, comparte diferentes modelos explicativos, resaltando también el efecto que esta conducta produce en el propio terapeuta y cómo podríamos responder a nuestras propias emociones.

El sociólogo Enrique Couceiro quiso también colaborar con nosotros aportándonos una guía sobre la función del daño contra uno mismo en situaciones culturalmente aceptadas. Nos habla en su artículo “Inscripciones corporales Imborrables” de la lógica cultural de tatuajes, esscarificaciones y piercings.

Pablo Villarino es un psicólogo con amplia experiencia en adolescencia. En su artículo “Autolesiones y marcas corporales” nos ayuda a comprender la autolesión como un intento de acceso a cierta identidad en un momento general de crisis de las grandes estructuras sociales que no facilita la crucial tarea evolutiva del adolescente.

Almudena Campos y Esther Reguera nos acercan una visión intimista de un caso clínico que ambas trataron durante la formación como especialistas en Psicología Clínica. El caso de A. es complejo, las autolesiones son importantes y están muy presentes determinando la intervención de los clínicos.

María Balsa es una psicóloga clínica que trabaja en el ámbito de la infancia. En su artículo habla de la importancia del patrón de apego establecido en la infancia como base para desarrollar capacidades de autorregulación y del déficit en estas áreas en muchos casos de autolesión. Ilustra con un par de casos clínicos su exposición.

Con Antonio Olives buscábamos la visión de un terapeuta familiar sobre la autolesión, pero él le dio otra vuelta por la que le estaremos siempre muy agradecidos. Antonio nos habla de iatrogenia: el daño que nosotros podemos causar por el efecto de nuestro trabajo. Necesaria reflexión que se hace con mucha menos frecuencia de la que se debería. Pienso que es un artículo de obligada lectura para cualquiera que quiera empezar a ejercer en nuestro ámbito.

Finalizamos la parte monográfica con Ignacio Dopico haciéndose cargo de Herramientas, la parte más práctica del Anuario. El compañero hace una muy buena revisión de las posibles intervenciones rescatando comunales y subrayando el compromiso y la actitud terapéutica.

Publicamos los dos trabajos ganadores en las Jornadas de la Sección de Psicología y Salud del año pasado: “Correlatos diferenciales entre el abuso de sustancia y el abuso de Internet” y “Tratamiento de Noticias de Suicidio en un Diario Digital”. Enhorabuena a los premiados por el buen trabajo.

En la parte de Anuario Abierto contamos con la colaboración de Rocío Andrade y Sandra Rubial quienes presentan un impecable caso de Rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral adquirido en fase crónica.

Como siempre, muchas gracias a todos los autores, a mis compañeros de equipo, a la directiva de la sección por la confianza y al Colegio por ayudarnos con la revisión lingüística.

Esperamos que disfrutéis de la lectura tanto como nosotros de la elaboración.

Marta González Rodríguez
DIRECTORA CONSEJO DE REDACCIÓN



unsplash.com
©Nathalie Rhea Riggs

JUGARSE EL PELLEJO: UNA VISIÓN CLÍNICA DE LAS AUTOLESIONES

Carmen Conde Díaz

PSIQUIATRA, UNIDAD DE
SALUD MENTAL DE LUGO

✉ Carmen.Conde.Diaz@sergas.es

RESUMEN: Los comportamientos autolesivos no suicidas en forma de escarificaciones están aumentando según todos los estudios entre los adolescentes. Nueva expresión del malestar de los jóvenes, en un momento clave del desarrollo, estamos ante un fenómeno que transcurre en el límite de lo psíquico y lo social, favorecido por la crisis de límites y de identidad de la sociedad actual. Objeto de debate y alerta social es una conducta de ruptura precoz y un factor de riesgo de la conducta suicida.

PALABRAS CLAVE: autolesiones, conducta autolesiva, automutilación, escarificaciones, conducta no suicida

ABSTRACT: Self-damaging, non-suicidal behaviours in the shape of scarifications are on the increase among teen-agers according to all studies. This new expression of discomfort among youngsters, in a key phase of their development, faces us with a phenomenon which takes place in the limits between what is psychic and what is social, favoured by both the crisis of limits and of identity present in current society. This is a conduct of precocious break and a risk factor of suicidal behavior, therefore it constitutes a point for debate and a cause of social alert.

KEY WORDS: Self-damaging, self-harm, deliberate self harm, self-cutting, scarifications, non-suicidal behaviours.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Modelos de comprensión.
- 3 Relación entre autolesión y suicidio.
- 4 La autolesión como fenómeno psicosocial.
- 5 Adolescencia “a flor de piel”.
- 6 Abordaje terapéutico y contratransferencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Anzieu, D. e Séchaud, E. (1985). *Le moi-peau* (Vol. 1). Paris: Dunod.
- Brossard, B. (2010). L'automutilation: un rituel à même la peau?. *Enfances & Psy*, (4), 53-64.
- Cantero, M. D. e Villavicencio, P. (2005). Corporalidad y trauma. En L. Montiel (Ed.), *Psicopatología y fenomenología de la corporeidad*. Madrid: Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría.
- Castells, M. (1999). Internet y la sociedad red: Lliçó inaugural del programa de doctorat sobre la societat de la informatió i el coneixement. *Recuperado el, 22*.
- Clercier, C. (2006). *Un tissage aux fils de soi: contribution à une approche de la construction de l'identité des femmes par leur présentation vestimentaire* (tese doctoral). Université de Pau.
- Corcós, M. e Richard, B. (2006). L'émotion mutilée: approche psychanalytique des automutilations à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(2), 459-476.
- Douville, O. (2004). L'automutilation, mise en perspectives de quelques questions. *Champ psychosomatique*, 36 (4), 7-24.
- Duverger, P. (2006) "Scarifications à l'adolescence". "A fleur de peau". <http://www.univ-angers.fr/>
- Favazza, A. R. e Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283-289.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Freud, S. (2000). *El yo y el ello y otros estudios de metapsicología*. Bos Aires: Alianza editorial.
- Garel, P. (2008). L'automutilation superficielle à l'adolescence: le corps dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40(1), 227-235.

Lo más profundo en el hombre es la piel
PAUL VALÉRY

La piel es la memoria, el relato de nuestros traumas, de nuestras heridas, de nuestros placeres y de todas las cicatrices de la existencia. La piel es una narración y se convierte en el archivo de uno mismo
CHANTAL CLERCIER

- Jeammet, P. (1998) Violencia y narcisismo. *Revista N/A*, 11, 54-61.
- Jeammet, P. (2007). L'adolescence aujourd'hui, entre liberté et contrainte. *Empan*, 66(2), 73-83.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P. e Walsh, B. (2011). Non-suicidal self-injury. *Advances in psychotherapy: Evidence-based practice*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- Le Breton, D. (2002). *Signes d'identité: tatouages, piercings et autres marques corporelles*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (2003). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.
- Le Breton, D. (2003). *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (2004). *Conduites à risque*. Paris: PUF.
- Lipovetsky, G. (2003). *De la ligereza*. Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2003). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama.
- López Ortega, M. A. (2012). *Autolesiones en las canciones, el cine y la literatura..* 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com Interpsiquis Universidad de La Salle, Morelia, México.
- Mauer, S. e May, N. (2015) Cortarse solo: Acerca de las autolesiones en la piel. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes* (16), 1-6.
- Menninger, K. A. (1935). A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations. *The Psychoanalytic Quarterly*, 8, 408-466.

CONTINÚA EN LA
PÁG. SIGUIENTE

Mollà, L. et al. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.

Mosquera, D. (2008). *Autolesión. El lenguaje del dolor*. Madrid: Pléyades.

Muriel, E. e Campo, M. J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria e Internet: Una relación peligrosa. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría.com Interpsiquis.

Nader, A. e Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o síndrome. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14(1), 32-37.

Neuburger, R. (2006). Automutilation. Quelques généralités sur un nouveau symptôme. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), 145-154.

Pattison, E. M. e Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872.

Pommereau, X. (2006) *Ado à fleur de peau*. París: Albin Michel.

Pommereau, X., Brun, M. e Moutte, P. H. (2009). *L'Adolescence scarifiée*. París: L'Harmattan.

Richard, B. (2005). Les comportements de scarification chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(3), 134-141.

Santé Mentale (2009) Dossier Automutilations (143).

Scaramozzino, S. (2004). Pour une approche psychiatrique de l'automutilation: implications nosographiques. *Champ psychosomatique*, 36(4), 25-38.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.

Van der Kolk, B. A. (1989). Psychobiology of the trauma response. En B. Lerer e S. Gershon (Eds.), *New Directions in Affective Disorders* (pp. 443-446). Nova York: Springer.

Walsh, B. W. e Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. Nova York: Guilford press.

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 35-74.

1 Introducción

Se entiende por autolesión al daño autoinfligido deliberado y sin intencionalidad suicida que aparece con frecuencia entre los adolescentes entre 13 y 17 años, fundamentalmente en forma de cortes superficiales o escarificaciones, observándose un aumento importante de su frecuencia en los últimos años y una alerta creciente en los medios por esta tendencia juvenil.

La autolesión superficial o moderada, con sus modalidades compulsiva o impulsiva y episódica o repetitiva es una de las cuatro categorías de la clasificación fenomenológica, de las automutilaciones hecha por Favazza (1989), la más utilizada actualmente (Deliberate Self Harm Syndrome) y que la considera como una respuesta patológica a la falta de regulación emocional, proponiendo un modelo funcional para la realización de evaluaciones clínicas, que incluyen la comprensión de los antecedentes del acto, los desencadenantes, los sentimientos y pensamientos concomitantes y las vulnerabilidades asociadas.

Al ser un acto fundamentalmente solitario y secreto, hay que ser prudente en cuanto a datos epidemiológicos diferentes según los estudios. Su prevalencia en chicas se estima en el 6-7% y en chicos en el 1,5-2%. Un 50% tendría antecedentes de abusos sexuales en la infancia.

Se consideran **autolesiones típicas** las pequeñas incisiones (delicate self-cutting) en muñeca, antebrazo y muslos, paralelas o en forma de red. Se dan sobre todo en mujeres, durante la pubertad y en momentos claves de la adolescencia. Se hacen de forma premeditada y a veces ritualizada, con objetos cortantes que tienen en ocasiones otra función y que se ocultan. Pueden ser impulsivas en momentos de gran tensión. Generalmente se repiten, a veces de forma compulsiva aunque raramente se convierten en un comportamiento duradero. Dejan cicatrices finas que se borran con el tiempo. Es un acto secreto que raramente se exhibe. Pueden aparecer en lugar o después de crisis de bulimia. Las quemaduras con mechero o cigarrillos, que representan un 25% de las autolesiones, serían más frecuentes en víctimas de agresión sexual.

Las **autolesiones atípicas** serían sintomáticas de mayor gravedad. Más frecuentes en varones, aparecen antes de la pubertad o después de los 16-18 años. Las incisiones se realizan en otras partes del cuerpo como abdomen o genitales (trastornos de la identidad, trastornos graves de la personalidad). Si se presentan en la cara, importante referente de identidad, serían evocadoras de psicosis. A veces se observan inscripciones de palabras mórbidas. Los métodos utilizados son más peligrosos y violentos. Se suelen acompañar de aislamiento social.

En las clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-V no se encuentran criterios diagnósticos para el comportamiento autolesivo que se considera como una "condición que requiere mayor estudio".

Las autolesiones pueden encontrarse en distintas patologías: 1) Trastornos de personalidad fundamentalmente del grupo B (antisocial, histriónico y límite). 2) Trastorno general del control de los impulsos, relacionándose con las conductas adictivas, abuso de sustancias y bulimia (asociación frecuente). 3) Trastornos disociativos. 4) Depresión.

Aunque estas conductas aparecen en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad ("sobrealorción del diagnóstico entre los que se autolesionan", Yates, 2004), no están en relación con ninguna estructura

psicopatológica específica. En su inmensa mayoría estas conductas las presentan un grupo heterogéneo de jóvenes sin patología psiquiátrica pero que sufren por las heridas reales o imaginarias de su existencia.

La mayor parte de los estudios anglosajones de lo que ellos llaman self-harm o self-cutting, son fundamentalmente epidemiológicos, resultado de investigaciones, programas de prevención y estudios sociológicos que presentan unas clasificaciones descriptivas y ateóricas.

2 Modelos de comprensión

Los intentos de comprensión actuales son transnosográficos y abordan las funciones de la autolesión (Klonksky, 2007) como la regulación emocional, el alivio de una ansiedad difusa, la obtención de sensaciones, el autocastigo y la búsqueda de límites psíquicos ante una vivencia disociativa.

El exceso de modelos de comprensión traduce su complejidad, Suyemoto en 1998 hizo una síntesis de los mismos:

1. Modelo medioambiental: se focaliza en la interacción con el entorno.

A. Terapia conductivo-conductual: Este comportamiento sería una forma de control sobre los otros. En un “modelado familiar abusador” esta conducta se consideraría como adaptada y el dolor se asociaría a los cuidados obtenidos. Es útil entender las experiencias de vulnerabilidad dolorosa y las estrategias desarrolladas para afrontarlas como secuelas de sistemas relacionales disfuncionales. En el modelo del castigo, Marsha Linehan (en Mosquera, 2008) plantea que sujetos que han sido criados en ambientes desfavorables aprenden que el castigo es aceptable e incluso necesario para moldear comportamientos, la autolesión sería entonces una medida de autocontrol.

B. Terapia familiar sistémica: La autolesión sería una forma de expresar los conflictos familiares manteniendo la homeostasis y desviando la atención de su disfuncionalidad.

2. Modelo psicodinámico.

A. Modelo antisuicidio: la autolesión evita el suicidio al canalizar las tendencias autodestructivas. Para K. Menninger (1935) pionero del estudio psicodinámico de estos fenómenos, estamos ante una paradoja, el síntoma es una tentativa de autocuración, una forma de evitar el suicidio.

B. Modelo sexual: La relación con la sexualidad viene dada por su aparición durante la pubertad, su mayor frecuencia en mujeres que interiorizan más su malestar y su descontento con un cuerpo en proceso de cambio difícil de asumir, su correlación con los abusos sexuales y la elevada incidencia de sexualidad precoz. La frecuente revelación de abusos sexuales hablaría de una identificación con el agresor. Las personas que han sido objeto de abusos físicos y sexuales crónicos, son muy ambivalentes respecto a su autocuidado y tienen poco sentido de la propiedad de sus propios cuerpos que son percibidos de forma negativa. No es extraño pues que los utilicen para liberar la tensión provocándose autolesiones.

3. Modelo de regulación de los afectos.

La autolesión produce un dolor físico que materializa el sufrimiento emocional mal identificado y que no se puede expresar. Existe una incapacidad del sujeto para verbalizar sus emociones, una dimensión alexitímica.



unsplash.com
©Cristian Newman

4- Modelo de los límites psíquicos.

Sostiene que el sujeto no ha desarrollado un sentido de identidad integrado, con una dolorosa dificultad para separarse de objetos significativos. El miedo al abandono suscita emociones intensas que amenazan al yo del sujeto. Su falta de límites le hacen vivir toda pérdida como una pérdida de sí mismo y toda aproximación afectiva como un riesgo de fusión.

La piel representa un límite fundamental entre el yo y los otros, entre lo interno y lo externo. Existiría una proyección sobre la piel de procesos inconscientes “la piel es un lugar de fabricación de identidad” (Anzieu, 1985). Las expresiones coloquiales como “salvar el pellejo” “jugarse la piel” y “meterse en la piel de alguien” demuestran que la piel y el Yo se confunden. La autolesión reforzaría una representación del yo separado y diferenciado. En un estado disociativo, los cortes permitirían reconectar con el mundo a través del dolor, mientras que en la despersonalización la sangre permitiría el reconectar al individuo con el propio cuerpo.

5- Enfoque multifactorial en cinco dimensiones independientes: en cinco dimensiones independientes: Ambiente, cognición, dimensión afectiva, comportamiento y biología (Bessel Van der Kolk en 1989 propuso la hipótesis de que la autolesión descarga opioides endógenos).

3 Relación entre autolesión y suicidio

La relación es compleja y a menudo se confunden. Hay autores que consideran la autolesión como una protección ante el suicidio, al producirse una liberación de la tensión y de los afectos negativos. La autolesión moderada o superficial no se considera una tentativa de suicidio

Sin embargo no hay que olvidar que la autolesión es un importante factor de riesgo del acto suicida consumado. Los trastornos límites de la personalidad que se autolesionan, también se suicidan más que los otros.

Walsh y Rosen en 1988 proponen cuatro variables para distinguirlos: 1) Intención de matarse, a veces difícil de evaluar. 2) Daño físico resultante. 3) Frecuencia y cronicidad. 4) Métodos utilizados.

Pattison y Kahan (1983) distinguen 1) Las **automutilaciones impulsivas** que aparecen en jóvenes, que utilizan diversos métodos y cuya letalidad es poco importante. Son percibidas como una manipulación o una llamada de atención. Los pensamientos de muerte son poco frecuentes y se acompañan de un moderado abuso de alcohol y medicamentos. Y 2) **Comportamiento suicida** más frecuente en hombres mayores de 45 años, cuya mortalidad es elevada, y se acompaña de un abuso importante de alcohol y medicamentos. El método es único y es percibido por el entorno como algo grave o como una petición de ayuda. Aparecen pensamientos recurrentes sobre la muerte.

Por otro lado hay que diferenciar las autolesiones de las tentativas de suicidio por venodisección o flebotomía, apareciendo estas últimas en un contexto de agresividad o de crisis. Los anglosajones distinguen los A) Coarse cutters. Deprimidos, suicidas, que se hacen cortes profundos y peligrosos, con el método más a mano. B) Delicate cutters. No son suicidas, no notan dolor, no se asustan al ver la sangre, se cortan de forma ritualizada y exhiben sus cortes.



unsplash.com
©Joshua Jordan

4 | La autolesión como fenómeno psicosocial

El aumento de las autolesiones en los últimos años entre los adolescentes, así como el de las inscripciones corporales, tatuajes y piercings demuestran el impacto de la evolución sociocultural sobre la expresión de los trastornos psíquicos. Se habla de ello en el cine, las canciones, la literatura y en Internet. El contagio observado en distintas colectividades (cárceles, unidades de hospitalización de adolescentes, internados) es el primer argumento para hacer una lectura sociocultural. Durante la adolescencia el grupo de iguales es importante para desarrollar el proceso de separación e individuación propio de este periodo, necesario para lograr la autonomía y la identidad como sujeto.

El auge que han alcanzado las nuevas tecnologías en las últimas décadas así como su rápida expansión han propiciado la aparición de fenómenos nuevos que nos permiten relacionar algunos de los síntomas/patologías recientes con la formación de grupos durante la adolescencia. En un “narcisismo colectivo” se juntan los que se parecen y comparten los mismos problemas existenciales. “El narcisismo encuentra su modelo en la psicologización de lo social, en la subjetivización de todas las actividades” (Lipovetsky, 2003). Se considera que la evolución de la sociedad con su impacto en el desarrollo psicoafectivo infantil tiende a favorecer patologías del narcisismo donde el acto predomina. En una cultura que propicia la acción como lenguaje predominante y en una sociedad bajo la “tiranía de las apariencias” las transformaciones inducidas por la pubertad son a menudo traumáticas.

Cualquier estudio de prevención, desde el diagnóstico al tratamiento o la reinserción social deberá contemplar Internet como favorecedor de las conductas autolesivas, cuyo contagio es conocido. Existe un aumento de casos pero también el de su mediatización. Los adolescentes hablan de ello en las consultas (práctica secreta y solitaria) pero también en ese ágora juvenil que es Internet (práctica verbalizada y reivindicada). Incluso en el adolescente que lo niega o lo esconde existe un deseo secreto de reconocimiento. La Academia Americana de Pediatría alerta de la influencia de los más de 5000 vídeos explícitos en YouTube, sobre los adolescentes en pleno desarrollo.

Las llamadas páginas pro-SI (self injury) proponen y promueven la utilización del dolor autoinflingido como una forma de afrontar los episodios de angustia tan frecuentes en la adolescencia. Estas páginas hoy independientes, surgieron hace pocos años en el entorno de las páginas pro-trastornos de la alimentación, asociando las autolesiones con la pérdida de peso y especificando con cuánto dolor al día, y en qué zonas se quemaban tantas calorías. Posteriormente propusieron el dolor como forma de autocontrol sobre el propio organismo y la sensación de hambre y además como una forma de autocastigo tras la ingesta de alimentos (Muriel y Campo, 2006). Para el adolescente que se reconoce como “pro-SI”, la conducta se convertiría en una señal de identidad, la única cosa que le pertenecería como propia. Lo que era episódico podría convertirse en crónico y ritualizado, como una adicción que se reforzaría con la práctica constante y que perdería progresivamente su sentido. Sin embargo para contrarrestar la alerta por estas páginas, un estudio de la British Telecom demuestra que Internet es un instrumento que desarrolla pero no cambia comportamientos. “Son los comportamientos los que se apropian de Internet se amplifican y se potencian” (Castells, 1999). Además hay que añadir que existen numerosísimas páginas web, foros y comunidades virtuales cuyo objetivo es la información y la prevención del “contagio”, dirigidos tanto a pacientes, como a familiares y profesionales.

Si la sociedad represiva favorecía la patología de los conflictos, la sociedad liberal favorece la patología de los límites, del vínculo y de la dependencia (Jeammet, 2007).

“En una cultura que propicia la acción como lenguaje predominante y en una sociedad bajo la «tiranía de las apariencias», las transformaciones inducidas por la pubertad son a menudo traumáticas”

5 | Adolescencia «a flor de piel»

Es difícil hablar de la adolescencia sin hablar del cuerpo, una etapa en la que la imagen corporal y la sexualidad adquieren importancia. “El Yo es antes de nada corporal” (Freud, 2000), derivado principalmente de las sensaciones de la superficie corporal. Según Bion “la emoción proviene del cuerpo y es la madre de todos los pensamientos”.

Parece interesante exponer aquí los estudios de dos autores, Xavier Pommerau (2006 y 2009) y David Le Breton (2002, 2003 y 2004). Para **Xavier POMMERAU, especialista en adolescencia**, estas conductas consideradas durante largo tiempo como marginales y casi patognomónicas de trastornos graves de la personalidad, se consideran actualmente como conductas precoces de ruptura, asociadas a un aumento de riesgo suicida. No se trataría de una nueva patología si no de una nueva expresión del malestar de los jóvenes unida a la transformación de los soportes de la identidad.

Los desmayos antes frecuentes en el medio escolar, habrían dado paso a conductas de evitación (fobias escolares) y a conductas que atacan al tubo digestivo (crisis de bulimia) o a la piel, persistiendo su carácter espectacular.

La crisis de adolescencia actual sería más una crisis de límites e identidad que una crisis intergeneracional. En las familias contemporáneas el hijo es el centro de todo, desde su concepción hasta fases avanzadas de su desarrollo. Se intenta protegerlo más que contenerlo. Este defecto de contención y de límites harían confusos los intercambios entre la realidad interna y externa. El adolescente buscaría entonces liberarse de esta opresión pero, paradójicamente, permaneciendo en la familia.

En un sentido clínico cortarse, siendo al mismo tiempo víctima y verdugo, supondría un desahogo y paralelamente la inscripción en la piel de la huella de la separación. Las marcas asegurarían la continuidad de sí mismo y su diferenciación, suscitarían la confrontación con los adultos y confirmarían su pertenencia al grupo de iguales. Para los que van bien sería una manera de diferenciarse, pero para los que no van bien supondría una ruptura.

El verse autolesionándose y sangrando es lo que tranquiliza, verlo significa controlarlo. El sangrado como el vómito tras una crisis de bulimia tendría una significación catártica, para la mayoría sería una purificación. Por el contrario las quemaduras parecerían más un castigo como respuesta a un sentimiento de culpa.

El enfoque antropológico que hace Le Breton, antropólogo especializado en el cuerpo y en las conductas de riesgo, relativiza la dimensión patológica de estos fenómenos. La piel que reviste al cuerpo y participa de la apariencia sería para el adolescente una fuente de identidad, un “pasaporte identitario fundamental” ya sea de manera lúdica (tatuaje, piercing) ya sea de manera dolorosa (escarificaciones).

La propia estima sería el resultado de la mirada de los demás. Las conductas de riesgo tendrían su origen en el abandono y la indiferencia familiar, pero también en la sobreprotección, especialmente materna. “Se cambia el cuerpo cuando no se puede cambiar el entorno”.

Esta necesidad de hacerse daño para sufrir menos, de comprobar las fronteras del cuerpo para asegurarse de la propia existencia, tendría enormes variedades individuales y su significación íntima sería polisémica.

El sufrimiento psíquico destruye los límites del yo, el corte devuelve la sensación de estar vivo y restablece las fronteras del mismo. La paradoja de la herida deliberada es la de cerrar la brecha del sufrimiento, es un “recur-

“La piel que reviste al cuerpo y participa de la apariencia sería para el adolescente una fuente de identidad, un «pasaporte identitario fundamental», ya sea de manera lúdica (tatuaje, piercing), ya sea de manera dolorosa (escarificaciones).”

so antropológico” de lucha contra un sufrimiento mayor, un remedio contra la desintegración personal. “Existo porque siento y el dolor lo atestigua”.

“La escarificación imprime en la piel un sufrimiento imposible de representar de otra manera, lo materializa y lo extirpa de uno mismo. El dolor consentido procura una sensación brutal de realidad que les falta a ciertos adolescentes. Si las autolesiones parecen comprometer la vida y ponerla en peligro, también la protegen, “castigar la piel para salvar el pellejo”.

La incisión corporal daría testimonio de una serie de transgresiones insoportables para nuestra sociedad occidental: 1) Las fronteras del cuerpo, pues la piel es un recinto infranqueable cuyo desgarramiento provoca espanto. 2) El daño a uno mismo es impensable y evoca la locura, el masoquismo o la perversidad. 3) Hacer fluir la sangre. Su simple vista provoca desmayos o pánico en muchas personas. 4) Juego simbólico con la muerte pues imita la aniquilación de sí mismo.

6 | Abordaje terapéutico y contratransferencia

Como fenómeno complejo en el límite de lo psíquico y lo social (Mauer, 2015) existe el riesgo de la banalización que olvida el sufrimiento subyacente, aunque también hay que evitar su excesiva dramatización.

Por su espectacularidad se tiende a considerarla como una situación de crisis cuando en realidad se trata de una conducta “habitual”, una manera de expresarse y de comunicar con el entorno. Esta función comunicativa no debe de hacer olvidar su aspecto autorregulatorio que parece fundamental. Quien se autolesiona no ha adquirido habilidades para calmarse y controlar el estrés y la frustración.

Es un acto poco comprensible y con frecuencia intolerable, para el entorno a quien se dirige y al que sin ninguna duda agrade, aunque se recurra a él por su efecto intrapsíquico, más que por su impacto relacional.

Ningún tratamiento para las autolesiones ha demostrado suficiente evidencia. Los límites terapéuticos vienen dados porque la autolesión es una defensa contra la angustia. “Nada hay más difícil que proponer un tratamiento a alguien que ya encontró el suyo” (Neuburger, 2006). Como es una estrategia de adaptación nos interesa saber lo que subyace. Para evitar la repetición, un buen tratamiento ideal ayudaría a expresar el sufrimiento de otra manera y a contener mejor las emociones intensas ayudándole a hacer un nuevo relato sobre sí mismo.

Los terapeutas se ven confrontados a la violencia y al discurso pobre y estereotipado de un adolescente incapaz de explicar su gesto y se cansan de ver siempre



unsplash.com
©Christian Newman

a las mismas pacientes con cortes nuevos. Cuesta posicionarse entre la banalización total y las medidas de represión. Las reacciones contratransferenciales mal controladas suelen ocasionar actitudes punitivas, hospitalizaciones forzadas y tratamientos masivos. Varios autores señalan que estos pacientes suelen ser objeto de malos tratos en los hospitales y a menudo se les suturan las heridas sin anestesia en los servicios de urgencias.

El paciente se opone a la búsqueda de sentido de su acto, que le sirve para no pensar y para negar la influencia que tienen los demás sobre él. Se describen modalidades transferenciales y contratransferenciales parecidas a las que suscitan los pacientes que se consultan tras un trauma. El discurso meramente informativo y muy descriptivo suscita sentimientos de lasitud e impotencia y hasta cierto horror cuando las imágenes son muy crudas.

Un campo de observación privilegiado es el **medio hospitalario** donde las autolesiones pueden convertirse en “epidemia” y dar lugar a una angustia contagiosa, con un efecto desorganizador para la institución. El paciente puede provocar impotencia, horror, culpabilidad, asco, tristeza e ira. La reacción común es el rechazo, pocos pacientes pueden producir tal exasperación. Si el equipo se siente desbordado el paciente no se sentirá protegido, alimentándose el círculo vicioso. La demanda del paciente es contradictoria y la respuesta de la institución se vive como una intrusión inadmisibles “mi cuerpo me pertenece” o como un abandono. Aunque el paciente reprocha al equipo psiquiátrico su falta de disponibilidad, y su incapacidad para ayudarlo, hace al mismo tiempo una negación de su dimensión heteroagresiva, su necesidad de ayuda y de su situación de dependencia. La dimensión relacional no es aceptada y el paciente reivindica que el acto solo tiene significación para sí mismo.

La respuesta adecuada tiene que conciliar las muestras de interés, la reintroducción de límites, de diferenciación y de distancia, teniendo en cuenta la agresividad transferencial y contratransferencial. “La expresión y el manejo flexible de nuestra propia agresividad es a menudo tranquilizadora para el paciente” (Richard, 2005). “A menudo hay que actuar para ser entendido” se puede proponer el descanso frecuente, programado y no reactivo en la habitación, que evita el rechazo. El paciente se siente contenido y atendido, introduciéndose un límite y una distancia. Es importante no olvidar al resto de los pacientes, que pueden estar tentados de recurrir a los mismos medios de expresión, si el tratamiento especial a uno de ellos se vive como un privilegio.

En general hay que mantener una postura abierta delante del individuo en construcción que es el adolescente. Más que una actitud reactiva teñida de afectos lo esencial es tener una actitud reflexiva. Comprender y conectar con la experiencia subjetiva de los adolescentes que se cortan debe de ser nuestro objetivo.

Esto puede facilitarse si entendemos las autolesiones como una “tentativa de tratamiento de una problemática particular de la adolescencia, durante la cual el cuerpo se vive como extraño. Este tratamiento no parece desprovisto de eficacia, pues la mayor parte se cura espontáneamente a los 20 años, hayan sido tratados o no, con la excepción de los que tienen un diagnóstico psiquiátrico” (Neuburger, 2006).

“Más que una actitud reactiva teñida de afectos, lo esencial es tener una actitud reflexiva. Comprender y conectar con la experiencia subjetiva de los adolescentes que se cortan debe ser nuestro objetivo.”

INSCRIPCIONES CORPORALES INDELEBLES. TATUAJES, ESCARIFICACIONES, PIERCING Y SU LÓGICA CULTURAL

Enrique Couceiro Domínguez

SOCIÓLOGO. DOCTOR EN ANTROPOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

✉ enrique.couceiro.dominguez@udc.es

RESUMEN: Las inscripciones corporales vienen siendo objetos de examen teórico por parte de diferentes enfoques antropológicos alternativos. Estos abordajes enfatizan, según el caso, su carácter de prácticas del cuerpo implicadas en los procesos perceptivos y existenciales; sus usos como estrategias de ideación, comunicación, o disputa de la realidad sociocultural; la utilización simbólica del cuerpo como trasunto de la sociedad; su empleo como prácticas de biocontrol, o como recursos para la rebeldía; o el atuendo como demarcador de origen y pertenencia. Tras un repaso de dichos paradigmas, se presentan cuatro estudios etnográficos sobre tatuaje o escaificación, ilustrando la especificidad y complejidad de planteamientos y sentidos localmente asociados al arte corporal inciso. Las conclusiones proponen la indelebilidad encarnada de las inscripciones corporales, y no su carácter 'cruento', como rasgo universalmente diacrítico y pretendido: aquél que constituye la condición de posibilidad para cualquier combinación específica de los restantes sentidos dados a tales prácticas.

PALABRAS CLAVE: tatuaje, cultura, *embodiment*, indelebilidad, dolor.

ABSTRACT: Body inscriptions are objects of theoretical examination by different alternative anthropological approaches. Depending on the case, these approaches emphasize their character of 'body practices' involved in existential and perceptual processes; their use as strategies of ideation, communication, or dispute about sociocultural reality; the symbolic use of the body as a transcript of society; the employment of such inscriptions as practices of biocontrol, or as resources for rebellion; or the "dressed body" as indicator of origin and belonging. After a review of these paradigms, four summaries of ethnographic studies on tattoo or scarification illustrate the specificity and complexity of approaches and directions locally associated with the tattooed body art. In the conclusions, I propose the embodied indelibility of body inscriptions, and not their 'bloody' character, as their universally diacritic and intended trait: the feature that becomes the condition of possibility for any specific combination of the remaining senses given to such practices.

KEY WORDS: tattoo, culture, embodiment, indelibility, pain

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Experiencia incorporada, sentido simbólico y función psicosocial: la mirada antropológica de las prácticas de inscripción corporal.
- 3 Tatuaje, escaificación y arte corporal en sociedades oceánicas y africanas.
- 4 Tatuaje, individuación e identificación grupal en las sociedades urbanas occidentales.
- 5 Conclusión. Indelebilidad y pluralidad de sentidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México, FCE.
- Bell, F. L. S. (1949). Tattooing and Scarification in Tanga. *Man*, 49, 29-31.
- Bohannon, P. (1956). Beauty and Scarification Amongst the Tiv. *Man*, 56, 117-121.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18, 5-47.
- Douglas, M. (1978). *Simbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- Ellen, R. F. (1977). Anatomical classification and the semiotics of the body. En J. Blacking (Ed), *The Anthropology of the Body*. Londres: Academic Press.
- Feldman, A. (1991). *Formations of Violence*. Chicago: University of Chicago Press.
- Firth, R. (1936). Tattooing in Tikopia. *Man*, 36, 173-177.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad, 1: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Gell, A. (1993). *Wrapping in images. Tattooing in Polynesia*. Oxford: Clarendon Press.
- Jackson, M. (1983). Knowledge of the body, *Man*, 18, 327-45.
- Le Breton, D. (2006). Signes d'identité: tatouages, piercings, etc. *Journal français de psychiatrie*, 24, 17-19.

Leach, E. (1981). *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI.

Lock, M. (1993). Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge. *Annual Review of Anthropology*, 22, 133-155.

Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.

Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Michael, J. (1998). Dressing Shibboleths: Costume and Community in the South of France. *The Journal of American Folklore*, 111, 146-172.

Morinis, A. (1985). The Ritual Experience: Pain and the Transformation of Consciousness in Ordeals of Initiation. *Ethos*, 13, 150-174.

Rappaport, R. (2003). *Ritual y religion en la formación de la humanidad*. Madrid: Akal.

Rosenblatt, D. (1997). The Antisocial Skin: Structure, Resistance, and "Modern Primitive" Adornment in the United States. *Cultural Anthropology*, 12, 287-334.

Schildkrout, E. (2004). Inscribing the Body. *Annual Review of Anthropology*, 33, 319-344.

Sinclair, A. T. (1909). Tattooing of the North American Indians. *American Anthropologist*, 11, 362-400.

1 | Introducción

Para una reflexión acerca de la lógica sociocultural de las inscripciones corporales indelebles, incluido el llamado “arte corporal inciso”, creo conveniente comenzar con la presentación de los principales abordajes teóricos que en antropología han privilegiado distintos ángulos singulares del fenómeno –su carácter de prácticas corporales, la peculiaridad de sus significados culturales, la función del dolor en contexto ritual, la biopolítica o la resistencia corporeizada, entre los más significativos–.

2 | Experiencia incorporada, sentido simbólico y función psicosocial: la mirada antropológica de las prácticas de inscripción corporal

El paradigma del *embodiment* -corporeización o encarnación- ha prosperado en la teoría antropológica durante las últimas décadas, centrándose en el análisis que las prácticas del cuerpo desempeñan en los procesos de la percepción y la experiencia. Compartiendo su enfoque fenomenológico, distintos autores coinciden en el esfuerzo por superar el hiato entre conocimiento y práctica, tratando para ello de descentrar la construcción meramente cognitiva de la experiencia, y de desmontar dualidades categoriales primordiales como mente/cuerpo, subjetivo/objetivo y naturaleza/cultura. Lo que demandan es el reconocimiento de la centralidad protagonista del cuerpo en la existencia, siempre situado en su contexto sociocultural real y concreto.

No entro a considerar en este lugar el más que dudoso éxito que la teoría del *embodiment* pueda haber alcanzado en cuanto a la demolición categórica de tales dualidades analíticas. Pero el enfoque tiene el mérito de ensayar una vía de conciliación entre teoría y práctica, y de mostrar que en el análisis antropológico no puede ignorarse la subjetividad y su relación con biología y sociedad. Para ello, los avalistas del *embodiment* se apartan de la clásica tendencia sociológica a retratar el cuerpo como un patrón pasivo para la organización social, o como un objeto enclavado en el dominio de ‘lo biológico’, y desconectado de la mente. En cambio, conciben el *embodiment*, la experiencia corporal, como previa a la conciencia; o tratan de sortear la alusión a la conciencia, sustituyéndola por la mera percepción: como defiende Csordas (1990), apoyándose en el concepto de “preobjetivo”, tomado de Merleau-Ponty (1962),

“Dado que la distinción sujeto-objeto es un producto del análisis, y los objetos en sí mismos son resultados finales de la percepción más que ser dados empíricamente a la percepción, es necesario un concepto que nos permita estudiar el proceso corporeizado de percepción desde el principio hasta el final, y no a la inversa. Para este propósito, Merleau-Ponty ofrece el concepto de *preobjetivo*.”

Sin embargo, aunque tal teoría aborde la constitución preobjetiva de la percepción, basándose en los conceptos de “técnicas del cuerpo” de Mauss, y de *habitus* de Bourdieu (1977), no postula que la existencia corporeizada sea previa a la cultura, sino que el comenzar por lo preobjetivo –por la percepción corporeizada- plantea algo “preabstracto”, no “pre-cultural”, ofreciendo aquel concepto al análisis cultural un proceso humano inconcluso de aceptación y habitación del mundo cultural.



unsplash.com
©Amruta Mahakalkar

Este enfoque conlleva una crítica a los paradigmas hermenéutico y simbolista que orientan buena parte de la investigación antropológica, consagrados a la interpretación de sentidos culturales, y a fenómenos de clasificación y diferenciación; enfoques que priman los procesos lingüísticos, discursivos, semánticos y socio-estructurales transmitidos en la construcción y expresión de la experiencia, y que han venido desestimando relativamente la importancia crítica del papel que las emociones, las vivencias físicas del cuerpo –para Csordas, “el cuerpo es el terreno existencial de la cultura”– y la percepción individual desempeñan en la misma. Conviene resaltar desde el enfoque del *embodiment*, como significativa en relación al tema de las inscripciones corporales que aquí abordo, la tesis de Jackson (1983): el cuerpo no es un pasivo “convidado de piedra” en la incorporación de la experiencia, sino que las prácticas corporales pautadas engendran imágenes mentales e instilan cualidades morales; las prácticas corporales *median una relación personal de los valores sociales*.

Sin embargo, los abordajes sociológicos, interpretativos y simbolistas resultan ineludibles, de cara a cualquier análisis antropológico del cuerpo y sus usos como *loci* de construcción, ideación, comunicación, e incluso disputa de la realidad social y cultural. Ya Mauss (1979), partiendo de la convicción de que toda expresión corporal (gestualidad, movimientos, etc.) es adquirida por aprendizaje (educación y mimesis), entendía que el cuerpo es simultáneamente el objeto original sobre el que la cultura efectúa su trabajo, y la herramienta original con la que... se obtiene la cultura. Para este antropólogo francés, las “técnicas del cuerpo”¹¹ utilizadas tanto ritual como cotidianamente, corresponden al cartografiado sociocultural del tiempo y el espacio; es decir, el cuerpo es un objeto tan socioculturalmente modelado y condicionado como su puesta en escena (Lock, 1993).

Douglas (1978) insiste en que los sistemas clasificatorios hacen uso de los ‘símbolos naturales’ –como los límites internos y externos del cuerpo; sus orificios, sus partes, miembros y disposiciones, el sexo, la complexión, etc.–, para reproducir y fijar en tiempo y espacio la estructura social y el orden moral dominantes mediante homologías de tipo metafórico y metonímico, convirtiendo, por ejemplo, al cuerpo en una concreción simbólico-práctica de la sociedad y la convivencia, y en un paisaje moral. Dichos sistemas clasificatorios y morales asumen resueltamente principios de holismo, inclusión y unidad; pero a la vez, constituyen ideologías que justifican, con la rotundidad de la naturalización, jerarquías, diferencias y exclusión social. La postura teórica de Ellen (1977) resulta singular porque, reconociendo la importancia de una interacción triádica entre lo cerebral, lo material y lo social, considera que el impulso activo corresponde en última instancia al condicionamiento sociocultural: es la cultura lo que concreta el sistema clasificatorio. En suma, la perspectiva sociocultural y simbólica, que reformula el problema del cuerpo como una cuestión de semiosis social –combinada con un mayor o menor reconocimiento del papel decisivo de la agencia individual–, impera en los análisis antropológicos de la mayoría de las etnografías sobre las prácticas de incisión corporal.

Además de los dos marcos paradigmáticos que he presentado, cabe considerar otras aproximaciones que en algún caso tienden a articularlos, aunque apuntan a planteamientos diferentes, y asimismo relevantes para la reflexión antropológica sobre las inscripciones corporales indelebles. Así, en una línea próxima al enfoque del *embodiment*, que trata de indagar en los efectos mentales intencionalmente buscados de la experiencia física, sin eludir concertar este sondeo con la característica función ritual de producción semántica e indexical de sentidos, Morinis (1985) plantea por qué las prácticas cruentas que intensifican el dolor corporal están casi universalmente presentes en las pruebas de iniciación ritual. Las incisiones cruentas, como el tatuaje, las escarificaciones, circuncisiones, infibulaciones, amputaciones de falanges y demás, son submodalidades de las pruebas iniciáticas dependientes de la tradición cultural considerada, y a veces no vinculadas a rituales

“Las incisiones cruentas, como el tatuaje, las escarificaciones, circuncisiones, infibulaciones, amputaciones de falanges y demás, son submodalidades de las pruebas iniciáticas dependientes de la tradición cultural considerada, y a veces no vinculadas a rituales de sentido social”

¹¹ Actos eficaces tradicionales cuyo actor supone de tipo mecánico, físico o químico, como la gestualización, el andar, el modo de sentarse, etc. Se entiende que a menudo tales actos se dan exonerados de atención consciente.

de sentido social –como es el caso en Occidente de muchos de los tatuajes, piercings o incisiones terapéuticas-. Sin embargo, Morinis aprecia que aunque la simbolización de valores culturales adscritos a hombres o mujeres, o la simultánea indicación de cambios en el status y condición sociales de los neófitos sean importantes objetivos de las pruebas iniciáticas, el sometimiento a éstos trances no se explica por ellos, sino que va más allá: el sufrimiento que causan se dirige a una “intensificación de la experiencia” vivida, que provoque una transformación de la conciencia del iniciando. Apoyándose en Rappaport (2003), señala que la eficacia del ritual estriba, más allá de lo puramente convencional, en su extensión a lo orgánico, produciéndose así la articulación de procesos psicosociales privados con los órdenes públicos; y que el infligir dolor en tales contextos es ‘recomendado’ o prescrito en las tradiciones de la mayoría de las sociedades por el eficaz papel que su experiencia desempeña a la hora de consumir el cambio psíquico y social que pretende inducirse mediante el rito de paso.

Por su profunda y expresa proyección sobre las representaciones antropológicas del cuerpo, y –por inclusión- sobre sus implicaciones respecto a una teoría de las incisiones corporales, es mencionada la del concepto de ‘biopoder’ –el control político por la sociedad de los individuos, en sus cuerpos y con sus cuerpos- desarrollado por Foucault (2005). Ha resultado especialmente influyente el interés de este autor por la vigilancia institucionalizada a través de ‘técnicas disciplinarias’, cuya aplicación sistemática produce cuerpos dóciles. Desde este marco teórico, puede afirmarse que los ritos de iniciación a la edad adulta, con las modificaciones corporales que comportan, así como las marcaciones al hierro de esclavos o prisioneros, representan modalidades de técnica disciplinaria tradicional, aplicada como estrategia biopolítica. Al respecto, sería un error considerar una exclusividad occidental el empleo de ‘técnicas disciplinarias’ como prácticas de biocontrol corporal, ya que disponemos de innumerables ejemplos de éstas en otras tradiciones culturales. Ello queda perfectamente ilustrado por la deformación de cráneo en la civilización inca, la reducción del tamaño de los pies de las mujeres en la China tradicional, la imposición de aros para estirar el cuello entre las mujeres kayan padaung de Tailandia, las escarificaciones iniciáticas entre los nuer del Sudán, o la inserción de discos bucales y auriculares entre los botocudos amazónicos, entre otros muchos ejemplos.

Pero algunas de las ‘carencias’ foucaultianas han motivado reformulaciones de la teoría sobre la dominación biopolítica, abriendo un amplio margen de comprensión al fenómeno del uso del cuerpo también para la *discrepancia* o la *resistencia*. Hasta la década de los 90, en antropología la discrepancia corporal resultó un fenómeno desdeñado o reducido a una condición secundaria o patológica; pero el aumento de la atención etnográfica a las vidas cotidianas de personas y colectivos marginales estimuló un giro teórico hacia el reconocimiento del cuerpo como un fenómeno saturado de significación social, e históricamente contextualizado.

De este modo, el cuerpo –y con él las incisiones y el arte corporal- pasa a reconocerse no sólo como un vehículo de expresión e implantación de la identidad de pertenencia, o del orden en una jerarquía social dada, sino también como un escenario privilegiado para la (auto-) reflexión y la manifestación del desacuerdo, la resistencia social o el duelo por la pérdida de valores, personas o situaciones, siguiendo estrategias simbólico-icónicas y performativas. Es decir: tras actuaciones corporales de resistencia, o tras inscripciones incisas en la piel, actúan la estructura, la convención o el imperativo grupal; pero también la agencia individual autónoma y transformadora. La expresión corporal se revela entonces como una estrategia dual y ambigua, ya que transmite pertenencia y discrepancia relativas, a menudo de forma simultánea. Ambos aspectos son lógicamente efecto de la influencia cultural y de los patrones al uso disponibles: pero también de la interacción dialéctica entre dicha influencia y una iniciativa personal que opta –desde un margen de maniobra dependiente de la presión social y la época- por externalizar una determinada representación en el curso de la vida social. Este extremo es especialmente relevante de cara a interpretar el uso de las incisiones corporales entre, y por, la juventud urbana occidental contemporánea.

Este enfoque interesado en el uso del cuerpo para la resistencia ha resultado empleado en la comprensión de la violencia política (Feldman, 1991); pero por su énfasis en la búsqueda de la autenticidad y de la autonomía de la agencia personal, también ha sido útil en estudios sobre las inscripciones corporales. Así, Schildkrout (2004) llega a la conclusión de que el cuerpo no es meramente el lienzo donde se inscribe la cultura, sino un lugar donde el individuo se define e inserta dentro del paisaje cultural. De este modo, cuando los tatuajes, escarificaciones, piercings, etc., son voluntariamente asumidos –cosa que ocurre tanto en Occidente como en las numerosísimas sociedades tradicionales donde se ha etnografiado el arte corporal-, representan modos de escribir la propia autobiografía sobre la superficie del cuerpo; de expresar pertenencia y exclusión; de fundir pasado y presente, sorteando así discontinuidades que desorganicen la experiencia del mundo y las relaciones sociales. Y, para el individuo –siguiendo a Csordas-, representan “un modo de estar en el mundo”, con todas las ecuaciones y oposiciones morales e identitarias que ello pueda comportar. Asimismo, Schildkrout –evocándonos la teoría de Barth (1976) sobre la lógica liminar de las identidades étnicas-, señala cómo todas las inscripciones corporales tratan de límites entre uno mismo y la sociedad, entre grupos, entre valores, y entre los humanos y la divinidad.

Michael (1998) también pone el énfasis en la función delimitadora de identidades con su teoría del atuendo como “shibboleth”². Para la autora, el atuendo incluye vestimentas y joyería, pero también alteraciones más permanentes como el tatuaje,

² Indicador o «santo y seña» diacrítico que delata el origen social o cultural.

la escarificación, el piercing o la cirugía, además de aspectos más sutiles como el acento, la posición, o la gesticulación. El vestir, en este sentido, es una práctica cultural mediante la cual un grupo que desea separar tajantemente a sus miembros de los extraños convierte al 'vestido', más que en mero descriptor, en *prescripción* para la membresía. Es decir, el "shibboleth" se busca para definir los límites de una comunidad de fe y para contener a sus miembros dentro de esos límites. Consistiendo en herramientas de discriminación, pueden convertirse incluso en instrumentos de poder coactivo. Este análisis de Michael se aproxima, así, tanto a la teoría foucaultiana del biopoder como a la tesis de Schildkrout.

Una postura más categórica es la de Rosenblatt (1997), quien subraya en su interpretación del tatuaje y piercing entre los jóvenes "nuevos primitivos" estadounidenses cómo una clave del poder y la atracción de éstas prácticas estriba en el modo en que no sólo movilizan conjuntos de relaciones entre categorías de pensamiento manejadas por ese colectivo, como la oposición cuerpo/orden social, o la imaginada asociación de la sexualidad 'auténtica' con los primitivos, sino que también permiten a las personas conectarse a estos sistemas de significados. Y al llevar a cabo estas prácticas, los tatuados van más allá de articular verbalmente la crítica sociocultural y existencial, porque la ponen en acto: la habitan, y a la par *llega a ser una parte de ellos mismos*. Así que sometiéndose al proceso de inscribirse un tatuaje, de prenderse un piercing, las personas escriben la crítica sobre sus propios cuerpos, transformándose a sí mismas en un producto crítico a la vez metafórico, metonímico y efectivo, corporizado.

Mención muy especial merece, por último, la teoría sobre el cuerpo y las modificaciones corporales de Le Breton (2006), particularmente incisiva. Le Breton desarrolla su propio concepto del *embodiment* para estudiar al hombre a través de su dimensión sensorial: alterando la máxima cartesiana, asume un "siento, luego soy". Desde este concepto, su análisis destaca cómo la perspectiva occidental contemporánea concibe al cuerpo como un *accesorio* susceptible de moldeado: una "prótesis de la identidad" de la que es apremiante apropiarse añadiéndole indelebles sellos personales, como sean los tatuajes, el piercing o los implantes, *brandings*, *burnings* y cortaduras. Una suerte de código de barras que confiere singularidad al sujeto. Las personas que habitan los universos urbanos contemporáneos observan cómo las marcas y mercancías suplantán y sustituyen las antiguas adhesiones colectivas: la paralela desconfianza en los 'grandes relatos' religiosos o ideológicos clásicos o modernos, impulsa a adherirse a 'pequeños relatos' sustitutivos, cuáles son las marcas o productos mercantilizados, las tendencias, los clubes de fútbol, códigos de tribus urbanas, etc. Pero la devaluación e indeterminación de lo social conduce a una pronunciada concentración en el yo; un repliegue en el cuerpo y la apariencia en el que la estrategia general para reducir la incertidumbre consiste en procurarse límites simbólicos próximos; incluso literalmente *encarnados*. Esta desligazón



unsplash.com
©Surya Prakosa

social libera –y priva- de sus vínculos identitarios a la persona, y la destina al individualismo. En estas circunstancias, la última trinchera de una experiencia permanente de la identidad se reduce al propio cuerpo, y por tanto importa disponer de éste soberanamente; de un cuerpo para sí, que no determine en lo sucesivo una identidad social impuesta, sino que quede al servicio del yo.

3 | Tatuaje, esscarificaciones y arte corporal en sociedades oceánicas y africanas

A continuación, voy a dejar breve constancia de tres trabajos etnográficos y uno comparativo, que ilustran tradiciones culturales relativas a las inscripciones corporales indelebles en sociedades oceánicas y un gran pueblo africano. En ellos se evidencian los particularismos locales; pero trato de destacar tendencias regulares entreveradas, que permiten inferir rasgos generales de la lógica y sentido del tatuaje, las esscarificaciones y mutilaciones rituales en sociedades no occidentales. Considero que estas prácticas constituyen un fenómeno politético, pues cada una de sus distintas manifestaciones generalmente no reúne *todos* los rasgos, funciones o sentidos suficientes que permitirían sintetizar un improbable modelo canónico de lo que sea tatuaje o esscarificación, aunque sí aglutine un conjunto de los mismos que nos permiten razonablemente considerarlos como tales. En su estudio del tatuaje y la esscarificación en Tanga, islas al este de Nueva Irlanda, en Melanesia, Bell (1949) apunta que los habitantes utilizan la palabra *tatau* –común en Tonga, Tahití y Samoa-, para describir el proceso del tatuado. Si en Polinesia el tatuaje es practicado sobre los hombres por expertos masculinos, y sobre las mujeres por mujeres, en Tanga son todos ellos realizados por mujeres expertas. Predominan ligeramente las mujeres tatuadas sobre los hombres, siendo más complicados los diseños exhibidos por ellas. El tatuaje de Tanga rara vez se realiza en el cuerpo por debajo del cuello, en contraste con el rico arte corporal practicado entre los hombres samoanos, o entre las mujeres de Koita (Nueva Guinea). Sin embargo, el espléndido tatuaje tradicional maorí, llamado *moko*, también era una ornamentación facial con la que el hombre se distinguía y marcaba su pertenencia clánica (identidad social conforme al parentesco). En Tanga, los principales rasgos trabajados y embellecidos mediante el tatuaje son la frente, mejillas, nariz y mentón. Las incisiones consisten en series de cortes pequeños y profundos (*teflikine*) realizados con un cuchillo de bambú, obsidiana o cristal, a lo largo de las líneas del diseño. Tras realizar cada línea, se aplica con una hoja a las heridas una mezcla tiznada de la savia quemada de la almendra del canarium, y se frota bien este tinte dentro de las heridas. El de tatuador no es oficio a tiempo completo, y la práctica de su arte es esporádica.

A diferencia de la mayoría de los pueblos melanesios, los habitantes de Tanga reciben los primeros diseños al principio de la vida adulta. El carácter de la práctica, en este sentido, es algo ambiguo: Bell advierte que si constituye uno de los “acompañamientos” de la entrada en la condición de plena adultez, no representa *de ninguna manera* un signo obligatorio de tal estado. Muchos nativos posponen la adquisición de un tatuaje hasta tiempo después de casarse o, especialmente entre los hombres, pueden no adquirir uno nunca. Es decir: el tatuaje cobra un sentido como identificador individual, de asimetría de género y como distribución sexual del trabajo, pero no resulta un elemento necesario en rituales de maduración, ni aminora el prestigio de quien carece de él. Además, a pesar de tratarse de una sociedad ‘aristocrática’, no se considera que distinga a la persona de rango del hombre o mujer ordinarios (como sí lo hace en las jefaturas polinesias comparadas por Gell). Lo más relevante es que los propios habitantes indicaron expresamente a Bell que poseer un tatuaje mejora definitivamente la belleza, el encanto o el donaire de su portador o portadora, con lo que llega a la conclusión de que el sentido del tatuaje en Tanga resulta puramente estético.

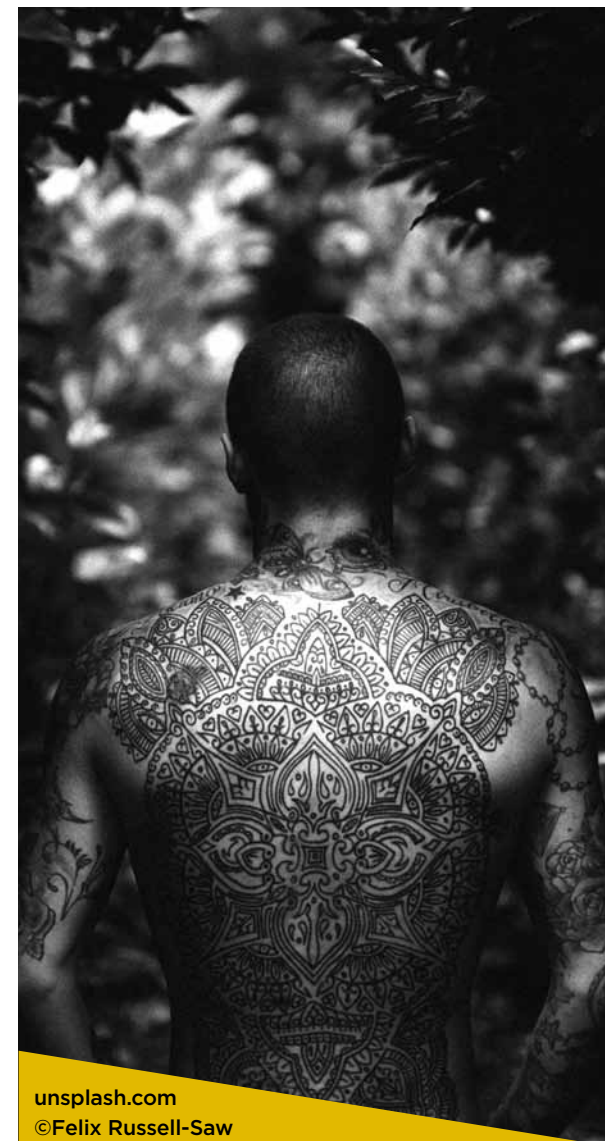
La práctica de la esscarificación, en contraste con el tatuaje, constituye en Tanga una costumbre exclusivamente masculina, y ejercida por especialistas varones. Pero por añadidura, aunque la esscarificación se observe como complemento para la estética personal, suele ser realizada por razones rituales. Las esscarificaciones (*am tinn tun*), mediante punciones y cal, o por pirograbado, pueden ser practicadas por un amigo, pero la mayoría de las veces resultan autoinfligidas. Si la finalidad estética es prioritaria, aquí el propósito ritual se explica porque la danza y el canto son elementos importantes en la vida de ese pueblo, y el derecho a participar en danzas particulares queda reservado a hombres miembros de determinadas sociedades: en esas circunstancias, se practican esscarificaciones a los candidatos como signo de membresía, y el patrón de la esscarificación varía con el carácter de cada sociedad.

De la citada descripción se extrae que la importancia de la esscarificación trasciende, en Tanga, a la mera decoración corporal, resultando ser una práctica social más significativa que el tatuaje. Sin embargo, ambas costumbres se caracterizan por su adopción prácticamente universal entre la población, como medios de mejorar el realce personal y social –o utilizando el concepto de Bourdieu, se trata de un *habitus* que incrementa la ‘distinción’ personal, con independencia del status socio-parental que se ocupe-. Bell concluye subrayando pertinentemente que tatuaje y esscarificaciones nos recuerdan que el “salvaje desnudo” recurre tanto como nosotros al arte para embellecerse y distinguirse de su hermano. Lo cual nos lleva a constatar que el propósito de la individuación mediante la estética del marcaje corporal pautado y permanente también se atestigua plenamente en culturas tradicionales; y que existen márgenes para la opción personal de someterse a inscripciones estético-individualizadoras, si bien

la gama de diseños culturalmente dispuestos por el acervo cultural es sensiblemente más restringida, y entra en consonancia, según la técnica, con prescripciones rituales y convenciones de integración-autorreferencia social que en Occidente no resultan obligatorias, o ni tan siquiera socialmente previstas, salvo en casos marginales –tatuajes carcelarios, mafiosos o de las “maras”, por ejemplo–.

Firth (1936) proporcionó otra temprana etnografía de las incisiones corporales entre los habitantes de Tikopia, donde la práctica del tatuaje es menos sistemática que en otros pueblos polinesios, como Samoa. Los hombres tikopia tienden a ser tatuados en detalle en el pecho, y las mujeres en las mandíbulas. Los elementos del diseño también pueden aplicarse a antebrazos, espalda, reversos de las manos, rodillas y tobillos; pero apenas al área de la cintura. A diferencia de los maoríes, la cara no recibe un trabajo tan elaborado como el *moko*, ni son ornamentadas las nalgas de los hombres. El tatuaje (*ta tau*) es realizado por expertos reconocidos, cuya reputación depende de los comentarios elogiosos sobre su habilidad. El conocimiento del arte es de transmisión familiar. El tatuaje se practica en secciones, alternadas cada dos días, y al no ser las incisiones profundas, el proceso no parece ser doloroso. Los diseños consisten en motivos naturales, como los peces (*fakafoiika*) sobre la espalda; los gusanos del atolón (*veri*); o, sobre los hombros, las alas de albatros (*fakakapakau rofa*). Es infrecuente que un chico sea tatuado totalmente hasta después de que haya experimentado, en la pubertad, la ceremonia ritual de la superincisión³. Para las mujeres, en contraste, no se practican tatuajes corporales, salvo un pez u otro motivo simple en la mano o en la frente. Propia de ellas es una banda alrededor de la mandíbula en forma de doble línea desde la cual unas barras se proyectan a la mejilla, practicada algún tiempo después de la pubertad, pero antes de ser consideradas casaderas. En cualquier caso, según los tikopia, el tatuaje, llamado *pani* o decoración pintada, “es una decoración hasta la muerte”, y añaden que “se ha pegado al hombre; no puede quitarse de encima”. La adquisición del tatuaje en ambos sexos es considerada secundaria respecto a la consecución del status de adulto, y no un símbolo definido del mismo: no se trata de un ritual en el sentido de rodearse de tabúes, ni como motivo central de ceremonias, como la superincisión. Sin embargo, el trabajo del tatuador no es tratado como un acto ordinario. Así, por ejemplo, el *matau* o azuela de incisión es puesto bajo la tutela de un antepasado a quien se dirigen apelaciones para su uso eficiente. De nuevo observamos una distintiva combinación cultural de sentidos específicos del tatuaje, orientados fundamentalmente a la demostración de estructura y dinámica sociales: la asimetría que el tatuaje permite expresar en los perfiles identitarios sexuales; su carácter accesorio respecto a otras prácticas de incisión corporal prevalentes desde el punto de vista de los ritos de maduración; o el prestigio ‘místicamente ancestral’ que no obstante es reconocido al tatuaje y al tatuador frente a otros especialistas, quizá ligado –a mi entender– a la singularidad explícitamente reconocida a su obra, la ornamentación corporal, como *indeleble*, como permanentemente incorporada al yo personal en toda su ulterior extensión biográfica. Precisamente, la experiencia de esta indelebilidad, asociada a su carácter de inscripción encarnada, es el rasgo que destacaré como críticamente significativo del tatuaje, por encima incluso de la experiencia del dolor que comporta –aspecto sensorial no siempre apreciable–, en tanto que empírica e inmediata “fábrica cultural del yo”.

En esta línea, Gell (1993) aplica un análisis combinatorio para mostrar las correlaciones entre modos de practicar el tatuaje y las diferencias en organización social en diversas sociedades de la Polinesia occidental y Fidji –sociedades de jefatura y desigualdad definida por el rango–. El examen pone de manifiesto que la práctica social del tatuaje también se constituía en algunas áreas socioculturales como un verdadero lenguaje artístico-corporal con convenciones reguladas por una compleja gramática poco proclive a dejar mucho margen de maniobra a la iniciativa agencial, estando estratégicamente conectada con los modelos políticos, parentales, matri-



unsplash.com
©Felix Russell-Saw

³ Corte ritual en la parte superior del pene, que recorre toda su extensión, y sirve como iniciación del varón a la adultez.

moniales y religiosos. Para ello, atendiendo a aspectos tales como las diferencias de rango, sacralidad de los jefes, unidad de la jefatura, o división diárquica de la misma –un jefe sacro-religioso y otro secular-, el sexo, y presencia/ausencia y grado relativo de elaboración de los tatuajes, el autor llega a la conclusión de que:

1. Las diferencias en el tatuaje se asociaban con diferencias intrínsecas en el rango de las personas y familias. En unas sociedades el tatuaje era prerrogativa de los jefes, y en otras eran los jefes los que se veían libres de tatuaje;
2. Donde la hipergamia⁴ conducía a las hermanas a alcanzar un rango superior sobre sus hermanos, y a un complejo sagrado sororal, las mujeres o no eran tatuadas, o resultaban menos tatuadas que los varones;
3. La sacralidad del jefe estaba asociada con restricciones al tatuaje. En las jefaturas diárquicas, el jefe sagrado no podía ser tatuado, mientras que el gobernante secular o ejecutivo no sólo podía ser tatuado, sino que efectivamente lo era.
4. La combinación de la 2ª y 3ª tendencias se concretaba en la existencia de parejas conyugales no tatuadas a la cabeza de las jerarquías de las jefaturas isleñas.

Trasladando ahora la atención a África, es reseñable el trabajo de Bohannan (1956) entre los tiv de Nigeria. Los tiv disponen de una estética explícita acerca de la belleza física, incluida la muy practicada escarificación. Tal estética se erige sobre el convencimiento de que uno debe mantenerse atractivo, algo que se prueba en el hecho –social- de ser contemplado. Su idea de atractivo se sintetiza en el término “brillar” (*wanger*): es noción estética que une los mundos sagrado y profano. Para ello se frota con una madera roja (*camwood*), especialmente la pareja con ocasión de su primer matrimonio; pero también cualquiera, a voluntad. La noción de “brillar”, de presentarse uno mismo atractivo, liso y sagrado, es importante para los tiv en sus vidas religiosa y personal: el cuerpo debe “brillar”. Un tipo de decoración facial tiv es practicada mediante punzadas de espinas del árbol *sashe*, a modo de prueba previa a escarificaciones más permanentes. Y es que uno de los más importantes requisitos para la belleza consiste en que la persona esté escarificada (*gber*: ‘cortada’). Según una narración local, los tiv al principio se encontraban libres de marcas, y adoptaron la escarificación para diferenciarse de otras tribus. Los informantes de Bohannan negaban, no obstante, que se tratase de “marcas tribales”, como las que reconocían a los vecinos ibos y yorubas. Y es más: los estilos de escarificación cambian de una a otra generación, de modo que si las escarificaciones de una persona pueden marcar su generación, no indican su linaje –carecen de un sentido, por tanto, de demarcadores de grupos de filiación en una sociedad donde,

no obstante, se traza una neta diferencia entre el parentesco directo y el colateral-. Hay cuatro tipos de ‘generaciones’ de escarificación: la más antigua, *ishondu* propia de personas muy ancianas; *abajii*, con bultos practicados con un anzuelo alrededor de los ojos, en personas de más de 35 años; *kusa* o “uña”, exhibidas por los hombres más jóvenes; y *mkali*, escaras muy profundas realizadas con cuchilla y tiznadas de negro, que constituyen la última ‘moda’ consignada por Bohannan. De cualquier modo, los tiv insisten en que el último propósito de toda escarificación es realzar sus atractivos personales. Así, los hombres decoran sus pechos y brazos con diseños geométricos a los que añaden animales; las mujeres, en contraste, concentran sus escaras en las espaldas y piernas. Los diseños de escarificación son comunes a ambos sexos, aunque las escarificaciones que representan el pez bagre en los vientres de las mujeres, se dice que suscitan la fertilidad: pero en la interpretación local, no lo hacen por influjo mágico, sino porque al mantenerse sensibles durante años tras su realización, resultan ser erógenas, y las mujeres que las exhiben demandan más atención sexual, siendo por tanto más probable que tengan hijos. Otra forma de decoración corporal tiv, más dolorosa que la escarificación aunque en rápido declive, es el labrado de dientes, del que indican que ayuda a aprender lenguajes. Pero el propósito del labrado de dientes es, de nuevo, la belleza física, tomándose siempre en consideración el efecto facial que produce.

Es particularmente reseñable cómo en la concepción tiv de escarificación y labrado dental, la predominante orientación estética de estas prácticas se asocia intrínsecamente con la experiencia altamente valorada del dolor agudo, y por añadidura con la comunicación altruista del placer. Bohannan relata cómo en una ocasión preguntó a un grupo de tiv si la escarificación no resultaba excesivamente dolorosa. Uno de ellos le respondió que “por supuesto es dolorosa ¿Qué chica podría mirar a un hombre si sus escaras no le hubiesen costado dolor?”. Bohannan interpreta que entre los tiv, el esfuerzo por “brillar” debe ser patente, implicando costes y dificultades; la escarificación, una de sus decoraciones más finas y valoradas, se paga con dolor, y este resulta la prueba positiva de que la decoración es un acto generoso, realizado para dar placer a otros tanto como a uno mismo. La selección de la experiencia del dolor como criterio decisivo del valor de la incisión corporal –junto a la atención por el ‘buen gusto’ con el que cada escarificación se adecúa y realiza los rasgos faciales– hace que la interpretación tiv coincida aparentemente con la idea de Morinis acerca de la centralidad de dicha experiencia. Pero la justificación tiv del valor central del dolor como prueba del coste social del “brillar” personal es totalmente dispar respecto a la teoría de Morinis acerca de la transformación de la conciencia del iniciando mediante la intensificación ‘dolorosa’ de la experiencia vivida.

Por otra parte, en referencia al argumento de este trabajo, el ejemplo tiv muestra cómo, en el seno de un modelo cultural dado, se conciertan sin contradicción la meta de individualizarse a través del realce de la belleza mediante la modificación corporal, con el asumir una norma tradicional que prescribe el sometimiento-

⁴ Matrimonio “hacia arriba”, con un cónyuge adscrito a un grupo de parentesco o clase de status superior.

to en tiempo y forma a tales prácticas, confiriéndoles una firme dimensión social y desde un limitado número de diseños y procedimientos decorativos; tradición que, no obstante, experimenta la innovación a través del cambio intergeneracional de las tendencias de esscarificación, como también ocurre en Occidente con las modas, aunque aquí a un ritmo vertiginoso y desde una gama de posibilidades de diseño casi ilimitadas.

4 | Tatuaje, individuación e identificación grupal en las sociedades urbanas occidentales

De resultar algo marginal u original en Occidente hasta finales del s. XX, el tatuaje y el piercing han llegado a convertirse en una referencia esencial de la juventud contemporánea, incluso a veces expresando un conformismo consciente de grupo de edad (cosa que ya vimos esbozada a su modo entre los tiv). Su valor actual se invirtió respecto a la tradición occidental, en la que, desde la antigua sociedad griega, el estigma corporal simbolizaba la alienación respecto a otro –el esclavo marcado al fuego-. Resultó incluso proscrito en la tradición judeocristiana –expresamente en el Levítico-; y tras su ‘redescubrimiento’ en el Pacífico, a mediados del s. XVIII, figuró la marginalidad, “salvajismo” o “barbarie” de sus portadores. Más adelante fue inicialmente adoptado por marinos y presidiarios; pero desde décadas antes del cambio de milenio, el tatuaje se transmuta progresivamente en una práctica valorada, que afecta cada vez más uniformemente a todas las clases sociales y a ambos sexos. Se convierte en un perdurable accesorio de belleza y autoafirmación identitaria personal, contribuyendo con poderoso efectismo a la puesta en escena del yo, y de un modo autocontrolado: algo perceptible, por ejemplo, en que no todo tatuaje se manifiesta públicamente, siendo algunos de ellos estrictamente íntimos, susceptibles de una ocultación/exposición discrecional, como el “tatuaje ultravioleta” o el sexual, lo que puede resultar una singularidad de la cultura contemporánea concomitante con la centralidad asignada al individuo como agente protagonista en los escenarios de interacción social. Además, esta tendencia a la aceptación cultural generalizada del tatuaje parece sostenerse, debido a que las jóvenes generaciones, a imagen de sus mayores pero aún más resueltamente, crecen en el ambiente intelectual de un cuerpo concebido como inconcluso e imperfecto, que el individuo *debe* mejorar con su estilo propio. Como señala Le Breton (2006), el cuerpo se convierte ahora en el emblema del yo, encarnando en su superficie toda la profundidad del individuo. La fragmentación de los valores y de las referencias tradicionales de integración e identidad social ha liberado al sujeto de lealtades morales y sociales, pero sin evitar que siga dependiendo en muchas formas de la inclusión social. Este mismo hecho de ‘orfandad ético-identitaria’ separa al individuo respecto a su trama social y le aboca a una confusión en la que es forzado a actuar como artesano de su propia existencia para desprenderse del fondo de indiferencia generalizada. De ahí la preocupación por el cuerpo como lugar de afirmación de la libertad personal, y prueba radical y flexible de la propia existencia, por cuya mediación el individuo forcejea con el mundo para buscar en él un anclaje. El cuerpo se convierte así en un lienzo; pero por procedimientos a menudo indelebles, que tienen el inconveniente de dificultar ulteriores revisiones de adherencias personales manifiestas, porque impiden manejarlo como si fuese un palimpsesto en donde viejos motivos simbólicos de identidad, nombres de anteriores parejas, etc., puedan revocarse y sustituirse por otros en la medida que cambian modas, valores y lealtades. Es mucho más costoso y difícil –cuando no imposible- suprimir una inscripción corporal que practicarla, con lo que el tatuaje a menudo sigue ligando, ahora indeseadamente, a un pasado de adhesiones ideológico-morales, vinculativas o identitarias que al presente se quiere eludir.

“El cuerpo se convierte ahora en el emblema del yo, encarnando en su superficie toda la profundidad del individuo”

Además, la gama de procedimientos disponibles de moldeado cultural urbano del cuerpo se ha diversificado y ampliado exponencialmente, posibilitando un rango de opciones para la elección individual inconmensurable respecto a las de cualquier otra sociedad y época: desde la modificación quirúrgica de las formas o el sexo, pasando por el labrado de la complexión muscular mediante hormonas o dietas, hasta el trabajo artístico de la piel por los piercers, tatuadores y escarificadores. Son procedimientos que aíslan el cuerpo y dan status al sujeto, al ser concebida su “piel social” (Gell, 1993) como soporte a geometría variable de una identidad susceptible de domesticación y cambio. Pero el fenómeno es inexplicable atendiendo únicamente a la elección individual. Hay que prestar necesariamente atención a la industria y marketing del diseño corporal, que ha prosperado en la sociedad globalizada y de mercado ampliando la oferta y potenciando la demanda de sus servicios. Tal industria conlleva la posibilidad casi ilimitada de realizar inscripciones corporales a demanda, aunque también en nuestra cultura urbana tal profusión se encuentra condicionada por estilos globales que marcan tendencias y a grandes rasgos instituyen convenciones sociales, al modo en que ya vimos en sociedades tradicionales. Y esos estilos-ofertas son perfectamente reconocibles y se encuentran nominalmente identificados bajo la rúbrica del *body art*: en el tatuaje se trataría del “*old traditional*”, el “*new traditional*”, el “*dot-work*”, “*stencil*”, “*brush*”, “*realista*”, “*maori*” y otros.

El caso es que, integrado en un entorno sociocultural donde se normalizan las posibilidades de esta oferta mercantil de estilos de incorporación semiótico-estética, el individuo, como señala Le Breton, “frecuenta la superficie de su cuerpo” como hábito; y para que éste hable favorablemente de uno mismo hay que personalizarlo. De este modo, el valor personal radicarán menos en las obras que uno lleve a cabo, que en lo que se fije establemente en uno mismo: aspectos extensibles, siguiendo a Michael, a la vestimenta y a las posturas corporales. Pero esta tendencia introduce una paradoja en Occidente: deseando el adolescente afirmar su existencia mediante la demostración corporalmente tatuada de su singularidad, por el mismo hecho porta el uniforme que lo expone de golpe a la mirada: los adolescentes se reúnen pareciéndose unos a otros, y proclaman visiblemente una identidad de destino y clase, a pesar de que creen manifestar una “piel antisocial”, contestataria, y “provocar insolentemente a la sociedad”, a sus convenciones y conformismos –como es el caso de los “nuevos primitivos” del estudio citado de Rossenblatt-. Es decir, la preocupación consiste en no pasar desapercibido; pero si ello exige mantener las distancias con los otros, a su vez provoca paradójicamente... la fusión con los otros, con quienes se comparte condición social y vital, al inventar nuevas formulaciones del ‘nosotros’, aun cuando sea desde la rebeldía. Además, piercings y tatuajes pueden representar una intención de cambio y de toma de posesión de sí mismo –por lo demás en un sentido diametralmente opuesto al antiguo *branding* de convictos o esclavos-, cuando la marcación corporal constituye una acción de emancipación simbólica respecto a los padres: el cuerpo, por ser puro testigo de la filiación –y de



unsplash.com
©Uros Jovicic

la heteronomía individual original, de la sumisión filial-, se modifica, se altera para segregar identidad, producir individuación. Probablemente algo análogo a lo que sucedía con las nuevas generaciones de tiv, cuando adoptaban estilos de escarificación diferentes a sus antepasados-.

5 Conclusión. Indelebilidad y pluralidad de sentidos

En esta sociedad urbana de referencias adscriptivas y morales provisorias, donde la mirada de los otros sobre uno representa una de las pocas declaraciones ciertas y actualizadas sobre su existencia e importancia, la fluidez del tiempo provoca el deseo de detener la memoria sobre el propio cuerpo para evitar el olvido, imaginando un eje de permanencia que ligue pasado y presente, adhiriéndose emotivamente al mismo, y buscando complicidad o desafiando dicha mirada. Las inscripciones corporales son relatos icónicos o escritos, que simbolizan una reivindicación identitaria personal y un apego emotivo a menudo únicos, bajo la imagen de una relación amorosa, un nexo familiar, una marca de sexo, un emblema de pertenencia o un signo de adhesión religiosa, política o ideológica. La razón es que esa reivindicación y apego pueden resultar tan primordiales para la existencia personal –o para el grupo, cualquiera que sea la entidad de éste- que sólo hay ciertas vías de expresar irrefutablemente la identificación en ellas y la lealtad imperecedera para con ellas, y es hacerlas evidentemente indelebles: invariables en el tiempo y la persona. Otra vía sería la recurrente y ejecutiva demostración de la autorreferencia y apego a cánones, que constituye el doble mensaje del ritual (Rappaport, 2003); pero este procedimiento es discontinuo en el tiempo y el espacio.

Por ello, a mi entender, desde la perspectiva de las regularidades transculturales es precisamente esa *indelebilidad encarnada* de las inscripciones corporales la propiedad más intencionalmente perseguida, constante, universal y críticamente significativa en este fenómeno. Inscripciones por lo demás, y dado su carácter polisémico, recurrentemente dotadas de sentidos sociales, éticos y estéticos, plurales y a menudo ambiguos, concurrentes en diversas combinaciones e intensidades expresivas, según la tradición cultural de cada sociedad que las adopta. Pero la indelebilidad encarnada trasciende como propósito invariablemente perseguido detrás de toda práctica de tatuaje, escarificación o *branding* –aunque menos en el caso del *piercing*-. Es por ella –y en pos de ella- por lo que el signo cutáneo se convierte en una forma de inscribir en la carne momentos, relaciones e imágenes claves en la existencia, pues es la piel el vehículo más a propósito, permanente y fiable para la inmediata percepción sensible de mensajes y emociones, siendo el único coextensible a nuestro recorrido biográfico. El vínculo obrado entre las ideas y la persona tatuando imágenes selectas y estéticas en el cuerpo, deviene algo más radical que una retórica metonímica: sin convertirse en lo que Leach (1981) denomina un “indicador natural” del yo y/o su pertenencia, cabría considerarlo un “símbolo señalizado” por obra de la cultura incisa, que así ‘objetiva’ tal asociación metafórica: la impresión estética liga para siempre un modelo de ethos y cosmovisión culturales al ser humano vivo; modela su biología transformándola en biografía (sea esta libre o alienada, autónoma o heterónoma).

Destacando la centralidad de la indelebilidad, cabe relativizar la importancia que concede Morinis al dolor, no en el sentido de cuestionar su papel de catalizador de modificaciones de la conciencia, sino como elemento explicativo de las prácticas de inscripción corporal. Observamos que si el dolor físico es un rasgo generalmente asociado a dichas prácticas, lo es discontinuamente: no lo es con la misma intensidad en cualquier modalidad o técnica adoptada por éstas, ni entre tradiciones culturales de la práctica en distintas sociedades. Si corrientemente lo más ponderado en casi todas las culturas es el valor estético-moral conferido al diseño recibido, el

“Es precisamente esa indelebilidad encarnada de las inscripciones corporales la propiedad más intencionalmente perseguida, constante, universal y críticamente significativa en este fenómeno”

dolor de la operación, en cambio, no se valora transculturalmente de igual modo. En Occidente tiende a ser suprimido o minimizado como condición indeseada, o como molestia colateral carente de significado -aunque no en todo contexto-. En Polinesia, o bien simplemente se tolera, o bien se valora positivamente, aún sin llegar al extremo del caso tiv, o de otras estimaciones culturales del dolor por tatuaje, como entre los amerindios, quienes, según Sinclair (1909), no veían la práctica como una desfiguración -al viejo modo euroamericano-, sino que se *enorgullecían de soportar el dolor*: consideraban que el tatuaje “mejoraba la belleza del bello sexo, y la buena apariencia de los bravos, al igual que hicieron su pintura del cuerpo, para nosotros tan horrible”. El tatuaje parecía ser el tipo de arte que les atraía, al requerir fortaleza en la operación, y al preservar marcas indelebles de su tribu, proeza, símbolos místicos, y también al gratificar su amor por el ornamento.

Recurrentemente observamos en las inscripciones corporales indelebles, por tanto, un refuerzo recíproco, simbólicamente vehiculado, discursivamente denotado y tradicionalmente cristalizado, entre modelos estéticos, valores éticos e ideario sobre la organización social y el mundo. Un refuerzo que polisémicamente puede personalizar -u opuestamente cosificar, en las marcas de esclavitud-, adscribir identitariamente o transformar el status, vincular la persona a ciertos aspectos del mundo o a otras personas, expresar sumisión o rebeldía, altruismo, espiritualidad, coraje y otros valores personales: estas funciones o sentidos no explican por sí solas el tatuaje, pero sí constituyen (solos o en combinación) modos de justificarlo y concebirlo: de ahí el carácter politético del fenómeno al que aludí al principio. Pero en esta trama, el dolor no desempeña *invariablemente* un papel estratégico. Su experiencia física no es nunca temporalmente coextensiva a la experiencia biográfica de portar y mostrar esa pieza de arte indeleble: el dolor es experiencia restringida, cuando lo está, al proceso ritual de realización del tatuaje. Tampoco el aspecto doloroso de la experiencia vivida resulta igualmente relevante de una a otra tradición, ni aparece como motivo significativo en las narrativas acerca del tatuaje concretamente portado y su sentido, aunque sí suele hacerlo en la referencia a su proceso de elaboración. La indelebilidad encarnada, en cambio, constituye el rasgo universalmente diacrítico que establece la condición de posibilidad para la combinación culturalmente específica de los restantes sentidos del tatuaje, y no el carácter ‘cruento’ de este. Probablemente la experiencia personal y colectiva, igualmente sensorial, de la indelebilidad, sí que provoque al cabo una transformación estable de la conciencia del portador de la marca: pero más por *habituación* de la experiencia; por “extensificación” o perpetuación de la misma, que por su intensificación. Y ello, aun admitiendo las reservas que en nuestra sociedad occidental a menudo se manifiestan hacia ‘lo imborrable’, buscando técnicas más o menos eficaces para contrarrestarlo cuando la vida ha mudado de referentes estético-identitarios.



unsplash.com
©Matheus Ferrero

AUTOLESIONES Y MARCAS CORPORALES: DEL CONFLICTO INTRAPSÍQUICO A LAS TRIBUS URBANAS EN LA ADOLESCENCIA

Pablo Villarino Torrado

PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA EN EL INSTITUTO WILHELM REICH-GALICIA. COORDINADOR PROVINCIAL DE SALUD Y SOCORROS, CRUZ ROJA ESPAÑOLA-OURENSE

✉ torrado@hotmail.com

RESUMEN: Infligirse daño corporal sin intención suicida es un fenómeno que ha ido cobrando mayor protagonismo en los últimos años, hasta llegar a aparecer en el DSM-5, aunque en el apartado "Afecciones que necesitan más estudio". La explicación de este fenómeno fundamentalmente protagonizado por adolescentes se ha enfocado desde modelos explicativos centrados en déficits en las estrategias de afrontamiento o en factores intrapsíquicos, interpersonales y/o socioculturales. Probablemente ninguno de estos factores puede dar cuenta por separado de la ocurrencia de las autolesiones, que aparecen intensificadas en un momento de crisis de las grandes estructuras sociales y en el que el desconcierto acerca del lugar posible destinado al adolescente en el entramado social constituye una marca de nuestra época. La implicación en grupos sociales específicos –tribus urbanas– aparece como una alternativa integradora que permite visualizar un nuevo lugar que se puede asegurar a través de las marcas corporales identitarias, sustituyendo así el valor de angustia de la autolesión.

PALABRAS CLAVE: autolesión, marca corporal, adolescencia, conflicto intrapsíquico, tribus urbanas.

ABSTRACT: Non-suicidal self-injury is a phenomenon which has become more prominent in recent years, to the point that it has appeared in DSM-5, although in the section "Conditions that require further study." These phenomena, which are mainly carried out by adolescents, have been explained mainly from explanatory models focused on deficits in coping strategies or intrapsychic, interpersonal and / or sociocultural factors. Probably none of these factors can account separately for the occurrence of self-injuries, which are intensified at a time of crisis in large social structures and when confusion about the possible place for the adolescent in the social framework is a hallmark of our time. The participation in specific social groups – urban tribes – appears as an integrating alternative that makes it possible to visualise a new place which can be secured through bodily marks that provide identity, thus replacing the anguish value of self-injury.

KEY WORDS: self-injury, bodily marks, adolescence, intrapsychic conflict, urban tribes.

SUMARIO:

- 1 El contexto: la adolescencia.
- 2 Autolesiones, el grito en el cuerpo.
- 3 Marcas corporales, ritos de paso y tribus urbanas.
- 4 La cara y la cruz: autolesiones no suicidas y marcas corporales, un doble camino para el sujeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alba Rico, S. (2017). *Ser o no ser (un cuerpo)*. Barcelona: Seix Barral.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D. C.: APA.
- Anzieu, D. (1998). *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bellido, J. (2017). *Seminario permanente de formación en psicoterapia emocional de integración cuerpo-mente: la vegetoterapia*. Ourense: Instituto Wilhelm Reich-Galicia.
- Castro, K., Planellas, I. e Kirchner, T. (2014): Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de enfrentamiento. *Universitas Psicológica*, 13(1).
- Fandiño, R. (2017). Adolescencia y desesperanza, una cuestión de salud pública. La Voz de Galicia. Recuperado de http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/ourense/2017/07/09/adolescencia-desesperanza-cuestion-salud-publica/0003_20170709C2997.htm
- García, D. (2015). Adolescente en conflito co seu corpo e coa realidade ante si mesmo. *II Xornadas de Saúde Emocional na infancia e a Adolescencia. Adolescentes en conflito: un reto para os/as profesionais*. Ourense, 27 de xuño.
- Ferreira, S., Martins, C., Rosendo, A. P., César, B. e Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, 24(4), 536-541.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- González, L. F.; Vasco-Hurtado, I. C.; Nieto-Betancurt, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del enfrentamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56.
- Jofré, J. L. (2011): Ensayo sobre la producción de marcas y cicatrices

La sociedad forma, altera y reprime las necesidades humanas; así se desarrolla una estructura psíquica, que no es innata sino adquirida por cada individuo en el transcurso de la lucha permanente entre sus necesidades y la sociedad.

WILHELM REICH

corporales en occidente. *Fundamentos en Humanidades*, 12(24), 7-36. San Luis: Universidad Nacional de San Luis.

Kimbrel, N. A., Calhoun, P. S. e Beckham, J. C. (2017). Autolesión no suicida en hombres: un problema serio que se ha pasado por alto por demasiado tiempo. *World Psychiatry*, 15(1), 108-109.

Kirchner, T., Ferrer, L., Fornis, M. e Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235.

Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Bos Aires: Nueva Visión.

Lyness, D. (2015). Cortarse. *Kidshealth*. Recuperado de <https://kidshealth.org/es/parents/cutting-esp.html?WT.ac=ctg#>

Mikolajczak, M., Petrides, K. V. e Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: the protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 181-193.

Mollá, L., Batlle, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M, ... e Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.

Muñoz, A. (2013). *Programa introductorio de formación en psicoterapia emocional de integración cuerpo-mente: la vegetoterapia*. Ourense: Instituto Wilhelm Reich-Galicia

Nicolò, A. M. (2013). El adolescente y su cuerpo. Nuevas y viejas patologías. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 21, 31-40.

Pommereau, X. (2006): Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy*, 32, 58-71.

1 El contexto: la adolescencia

La adolescencia es el período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta. El concepto de pubertad remite a los procesos corporales –físicos, hormonales, sensoriales, excitatorios- frente a los contenidos de carácter más social y normativo a los que remite el concepto de adolescencia. Freud (1905) introdujo el concepto de pubertad en el marco del desarrollo de la sexualidad infantil en *Tres ensayos para una teoría sexual*, obra en la que establecía que el desarrollo psicosexual se produce en dos grandes etapas, la pregenital -subdividida a su vez en oral, anal, fálica- y la genital, que configurarían el desarrollo maduro de la sexualidad, situándose entre ambas una fase de latencia, en la que se produce una suspensión del deseo en espera de la maduración fisiológica que conduce a la pubertad. Precisamente para que este desarrollo psicosexual pueda completarse, Freud señala como esencial en la pubertad el paso de lo endogámico a lo exogámico, paso que conlleva la renuncia a la pertenencia exclusiva al mundo familiar y el acceso a la cultura. Este proceso implica un cambio en el sistema afectivo-vincular estructurado en torno a la familia y el paso a un nuevo sistema que ha de estructurarse en relación con el mundo social exógeno.

Nicolò (2013) considera que la adolescencia no sería tanto una etapa como un proceso organizativo, integrativo de la novedad de un cuerpo en proceso de cambio, una nueva sensorialidad que emerge, una modificación de la posición frente a uno mismo y frente al otro y una nueva dimensión de la sexualidad ligada al propio cuerpo erotizado y al cuerpo erótico de los otros. La emergencia de la nueva realidad corporal no solo conduce al duelo por el cuerpo infantil, sino que desprende gran cantidad de angustia y de excitación que pueden desbordar las capacidades de elaboración psíquica.

Desde que Freud esclareció el papel del inconsciente en la producción de los síntomas histéricos sabemos que el cuerpo expresa contenidos psíquicos internos que no se pueden elaborar. Será posteriormente Reich, auténtico pionero de la terapia psico-corporal, quien establezca que no existe una dualidad mente-cuerpo ya que tanto los síntomas físicos como los mentales son parte de un mismo sistema energético, de manera que todo síntoma físico tiene una repercusión emocional-mental y viceversa, abriendo de esta manera el campo a la conceptualización de los fenómenos psicósomáticos. Así, el cuerpo, que permite expresar (y «sintomatizar») contenidos más allá del lenguaje y de la conciencia del sujeto, se constituye en el espacio visible de los procesos psíquicos internos. Podemos decir, entonces, que nunca es posible escapar del cuerpo, especialmente en la adolescencia, en la que a partir de los cambios físicos y hormonales de la pubertad el individuo queda expuesto a la necesidad de un cambio frente

a sí mismo y las demandas de su nuevo cuerpo y de encontrar un lugar en el mundo en el que situarse a partir del inevitable abandono de la infancia para tratar de acceder al mundo adulto.

Como nos recuerda Fandiño (2017) en un certero análisis:

La propia lógica de la adolescencia debería llevar implícito el objetivo de llegar a ser adulto, y ese es un proceso en el que hay que renunciar a buena parte del funcionamiento infantil. Pero el adolescente contemporáneo tiene un nuevo horizonte, y la adultez ha sido sustituida por la felicidad y el éxito permanentes como imperativo social. Si un joven percibe que lo exigido está lejos de su alcance, el miedo se convierte en angustia. Cuando se enfrenta a lo que considera un imposible, aparece la desesperanza

Desde aquí, ¿a qué sistema exogámico acceden actualmente los adolescentes? En el momento actual la crisis de la estructura social se ha hecho evidente a través del concepto de postmodernidad y sociedad líquida, que describe la crisis de los grandes relatos, el sistema de valores y las grandes instituciones sociales –la familia, la escuela, la democracia...-, la ausencia de referentes –empezando por la figura paterna, clave en la introducción del sentido de la norma y el límite-, y una sensación de permanente cambio y de caducidad constante, de manera que cada vez más personas aparecen desbordadas, desconcertadas y en busca de nuevas formas de conocer y expresar su identidad.

A partir de estos elementos, y puesto que cuando el sujeto no puede elaborar los contenidos psíquicos y emocionales es su cuerpo el que habla, resulta necesario pararse a pensar qué nos está indicando la autolesión, a qué equivale en lo emocional esa traducción dolorosa en el cuerpo. En este sentido, se puede considerar las autolesiones como intentos de elaboración de las situaciones emocionales –aspecto activo- o como consecuencia de una falta, de un déficit –elemento pasivo-.

¿Qué ocurre en este transcurso de la adolescencia que puede conllevar el surgimiento de fenómenos como las autolesiones? Podemos pensar que la autolesión ocupa el espacio mental y físico para encubrir el conflicto adolescente. Se trata de una estrategia defensiva que utiliza los procesos puestos en marcha –el cuerpo con sus nuevas demandas y excitaciones y la elaboración de las nuevas angustias y contenidos psíquicos que exige el mundo adulto- para crear una distracción, un espejismo en el que concentrarse para no mirar lo que verdaderamente sucede. En este plano construido, lo que aparece desde el exterior como objeto de atención son las autolesiones y la reacción ante ellas, manteniendo la problemática psíquica enmascarada tanto para el entorno social-profesional como para el propio sujeto.

2 Autolesiones, el grito en el cuerpo

En las sociedades occidentales, la presencia de conductas que implican daños corporales infligidos a uno mismo sin estar enmarcadas en algún tipo de rito social ha sido habitualmente considerada como síntoma de la presencia de un trastorno psiquiátrico, especialmente el trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor. En la actualidad hay un consenso respecto al aumento de la prevalencia de este tipo de comportamientos en los últimos años, y especialmente entre la población adolescente, por más que resulta difícil establecer comparaciones entre los diferentes estudios disponibles, que son escasos y utilizan distintas definiciones y medidas para la obtención de sus datos (Castro, Planellas y Kirchner, 2014; González-Suárez, Vasco-Hurtado y Nieto-Betancurt, 2016; Mollá et al., 2015).

Este aumento de la prevalencia de las conductas no suicidas de daño ha generado una mayor atención a este tipo de comportamiento como una entidad en sí misma, hasta el punto de que el DSM-5 ha incluido el término Autolesiones no suicidas (ALNS) -Non-Suicidal Self-Injury (NSSI), en inglés- para uniformizar este fenómeno que ha sido nombrado de múltiples maneras con pequeños matices entre los diferentes conceptos (autoagresiones, violencia autodirigida, autoagresión deliberada o conducta autolesiva, entre otras) (American Psychiatric Association, 2013; Castro, Planellas y Kirchner, 2014; González-Suárez, Vasco-Hurtado y Nieto-Betancurt, 2016; Mollá et al., 2015).

A pesar de todo, se observa en los estudios una posición ambivalente, manteniéndose en ocasiones simultáneamente la doble consideración como trastorno en sí mismo y como síntoma, lo que indica que se trata de un concepto que no está completamente precisado, ni aclarada su etiología ni determinado su abordaje. También se ha señalado que la presencia de ALNS estaría correlacionada con un mayor riesgo de realizar una tentativa autolítica, por lo que tendría un valor predictor sobre la ocurrencia de este tipo de actos (González-Suárez, Vasco-Hurtado y Nieto-Betancurt, 2016; Mollá et al., 2015; Kimbrel, Chalhoun y Beckman, 2017), aunque tampoco existe consenso sobre este aspecto. Al mismo tiempo, los adolescentes que se autolesionan son más propensos a implicarse en otras conductas de riesgo (Pommereau, 2006).

Se tiende a relacionar a las autolesiones con la depresión, el trastorno límite de personalidad, la impulsividad, la baja autoestima, los trastornos de la conducta alimentaria, la presencia de conflictos personales y otros factores o variables situacionales -como el acoso escolar o el abuso sexual, por ejemplo-. Por otra parte, los artículos de revisión (González-Suárez, Vasco-Hurtado y Nieto-Betancurt, 2016; Mollá et al., 2015) parecen situar las dificultades de gestión emocional y de afrontamiento como causa principal de este tipo de comportamientos, al mismo tiempo que establecen la necesidad de posterior investigación para clarificar con mayor precisión las causas y las estrategias terapéuticas a tener en cuenta.



unsplash.com
©Hailey Kean

El DSM-5 establece que una autolesión no suicida conlleva una autolesión dirigida a 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. Las características incluyen que el daño se produce de forma intencional en la superficie del cuerpo, tiene un carácter repetitivo, se trata de un comportamiento no aceptado por la sociedad y ocurre asociado a pensamientos o sentimientos negativos o de preocupación o a impulsos recurrentes. Como es habitual en los criterios diagnósticos, se incluye el efecto de deterioro de la vida cotidiana y la autonomía frente a otro tipo de patologías psiquiátricas o estados alterados. En cuanto a los factores de riesgo y pronóstico, el DSM-5 recoge que, desde el punto de vista del análisis funcional del comportamiento, se han propuesto dos teorías psicopatológicas: 1. Teoría del Aprendizaje, ya sea como reforzamiento positivo: autocastigo a una conducta; o reforzamiento negativo: regulación del afecto por reducción de emociones o pensamientos desagradables y 2. una teoría que recurre a las dificultades interpersonales, considerando la autolesión como un autocastigo infligido para compensar un sufrimiento causado a otras personas.

Desde la perspectiva de las estrategias de afrontamiento, se ha establecido con cierta regularidad en los diferentes estudios (Castro, Planellas y Kirchner, 2014; González-Suárez, Vasco-Hurtado y Nieto-Betancurt, 2016; Kirchner, Ferrer, Forn, M. y Zanini, 2011) que los adolescentes que se autolesionan presentan un déficit en cuanto a estrategias de resolución de problemas y uso del apoyo social, predominando el uso de estrategias centradas en la emoción y la evitación. Sin embargo, ningún tratamiento psicoterapéutico para las autolesiones ha demostrado suficiente evidencia en adolescentes y el tratamiento en resolución de problemas no es eficaz (Mollá et al., 2015), probablemente debido a que considera el problema específico del acto, sin atender a la significación emocional que la autolesión implica para el sujeto. De la misma manera, un tema que merece reflexión es el porqué de estos déficits y estilos de afrontamiento y en qué sentido se diferencian los adolescentes que se autolesionan de otros adolescentes que presentan similares patrones de afrontamiento pero no lo hacen. Podemos pensar que precisamente la dificultad para gestionar adecuadamente los cambios y retos que se presentan en la adolescencia podría motivar la utilización de estrategias de afrontamiento ineficientes y por ello aparece el estrés emocional como síntoma. Es decir, estos adolescentes presentan importantes dificultades para afrontar los retos de la vida y el proceso de entrada en la vida adulta, lo que refuerza la idea de las autolesiones como intentos de elaboración y su frecuencia en sujetos con Trastorno límite de la personalidad o depresión.

La definición de ALNS del DSM-5 se sitúa en dos ejes: un eje social, que determina que las conductas no están aceptadas por la sociedad, y un plano corporal dolorosamente directo que implica que las autolesiones están encarnadas en el sujeto, es el propio cuerpo y sangre del sujeto sin ninguna mediación el que está en juego.

Es la intervención activa y directa del sujeto la que genera el daño, sin dejar ningún margen a la probabilidad o a la intervención de factores externos, por lo que la autolesión supondría un juego con el límite de la muerte: la necesidad de tantear el borde corporal y, simbólicamente, existencial, aunque de una forma contenida.

Otro tipo de autoagresiones en las que es el riesgo de daño -lo incierto- lo que da sentido al comportamiento no entran en la definición. Ejemplos de ello sería el consumo de tóxicos o la realización de prácticas sexuales en las que el sujeto se expone a situaciones en las que es susceptible -pero no seguro- contraer una ITS (Infección de transmisión sexual). Ejemplos extremos de ello son el *bugchasing*, práctica en la que una persona busca voluntariamente exponerse a una situación de posible transmisión de VIH, y el *juego del muelle o ruleta sexual*, práctica sexual grupal en la que los chicos se sitúan sentados o acostados en círculo, en erección y sin ropa, mientras las chicas se van sentando sobre ellos alternativamente cada 30 segundos forzando una penetración, de manera que pierde el primer chico que eyacule. En esta situación, se abre la posibilidad de adquirir una ITS, de que se produzca un embarazo no deseado o de que el modo en que se produce el encuentro sexual -si es que se puede llamar así- genere lesiones físicas o secuelas emocionales.

El papel del cuerpo en todo este proceso viene determinado por una doble dimensión:

- Como lugar en el que reside la percepción, el cuerpo refuerza el sentido de existencia
- Como lugar de la identidad, abre la posibilidad de modificar el cuerpo con la fantasía del cambio de identidad e incluso de poseer múltiples identidades simultáneamente.

Desde una perspectiva evolutiva, la piel (superficie del cuerpo) y el sistema nervioso central y periférico derivan de la misma estructura embrionaria, el ectodermo (Muñoz, 2013). Este origen común sitúa a la piel como lugar privilegiado para la percepción de excitaciones sensoriales y también como destino de significaciones proyectadas por el aparato mental mediante la acción del sistema nervioso.

Desde la perspectiva simbólica de la piel, Anzieu (1998) distingue varias funciones que cumple el Yo-piel. Dos de ellas son las siguientes:

- El Yo-piel cumple la función de mantenimiento del psiquismo, de la misma manera que la piel cumple una función de sostenimiento del esqueleto y de los músculos.
- La función de continente del Yo-piel es análoga a la de la piel, que recubre la superficie entera del cuerpo, que es donde se insertan todos los órganos de los sentidos externos. La carencia de esta función contenedora del Yo-piel genera la angustia de una excitación pulsional difusa, permanente, no localizable, ni apa-

ciguable, que podemos entender como un núcleo psíquico sin corteza. En otros casos la envoltura existe pero su continuidad está interrumpida por agujeros, de manera que los pensamientos y los recuerdos se conservan con dificultad. Aquí la angustia se deriva de tener un interior que se vacía permanentemente.

En este sentido, «el dolor emocional puede sentirse como algo vago y difícil de precisar con exactitud, hablar sobre él o aliviar. Al cortarse, los adolescentes dicen sentir una sensación de control y alivio al ver y saber de dónde proviene el dolor específico» (Lyness, 2015). De esta manera, los hechos traumáticos se inscriben en la piel como reflejo de la marca psíquica que han producido y como intento de elaboración. Para Mikolajczak, Petrides y Hurry (2009), la autoagresión a menudo funciona como una estrategia para regular las emociones, una forma no verbal de comunicación donde los sentimientos se transmiten visualmente a través del cuerpo «a través de tres trayectorias: la anulación de las emociones no deseadas (como fórmula para distraerse de sentimientos intolerables); su materialización (hacer que la emoción se convierta en dolor tangible) y su transformación (la autolesión provoca la liberación de endorfinas, lo que ocasiona cierta 'analgesia' que provoca una sensación de bienestar)» (p.182).

Por su parte, Ferreira et al (2012) identifican como motivos que dan los adolescentes para autolesionarse los siguientes: evitar o suprimir sentimientos negativos, evitar o suprimir imágenes o recuerdos dolorosos, evitar hacer algo malo que no quiero hacer, autocastigarme, la búsqueda de placer, la búsqueda de un estado de entumecimiento o escapar de él, evitar ir al colegio o al trabajo, evitar relaciones personales, evitar o suprimir pensamientos suicidas, mostrarme a mí mismo o a los otros lo fuerte que soy y para restarme atractivo.

Las autolesiones, dirigidas a expresar para uno mismo, constituyen un fenómeno diferente de la mutilación corporal presente en los rituales tradicionales -que contienen una intención comunicativa y relacional dirigida a los otros- o el *body-art* (tatuajes, perforaciones...) en las que el cuerpo está integrado como soporte de la obra. Esta cualidad de la autolesión como descarga es una característica de nuestra época, en la que abundan cada vez más las conductas compulsivas dirigidas a paliar la sensación de vacío, culpa y soledad presentes en la sociedad actual.

Una salida a todo este malestar se sitúa en la existencia de tribus urbanas que garantizan una identidad y un sentimiento de pertenencia a un grupo, proporcionando un marco de referencia para la interpretación del malestar y referentes en la interpretación y el afrontamiento del mundo.

Unha saída a todo este malestar sitúase na existencia de tribos urbanas que garanten unha identidade e un sentimento de pertenza a un grupo, proporcionan un marco de referencia para a interpretación do malestar e referentes na interpretación e no afrontamento do mundo.



unsplash.com
©Jairo Alzate

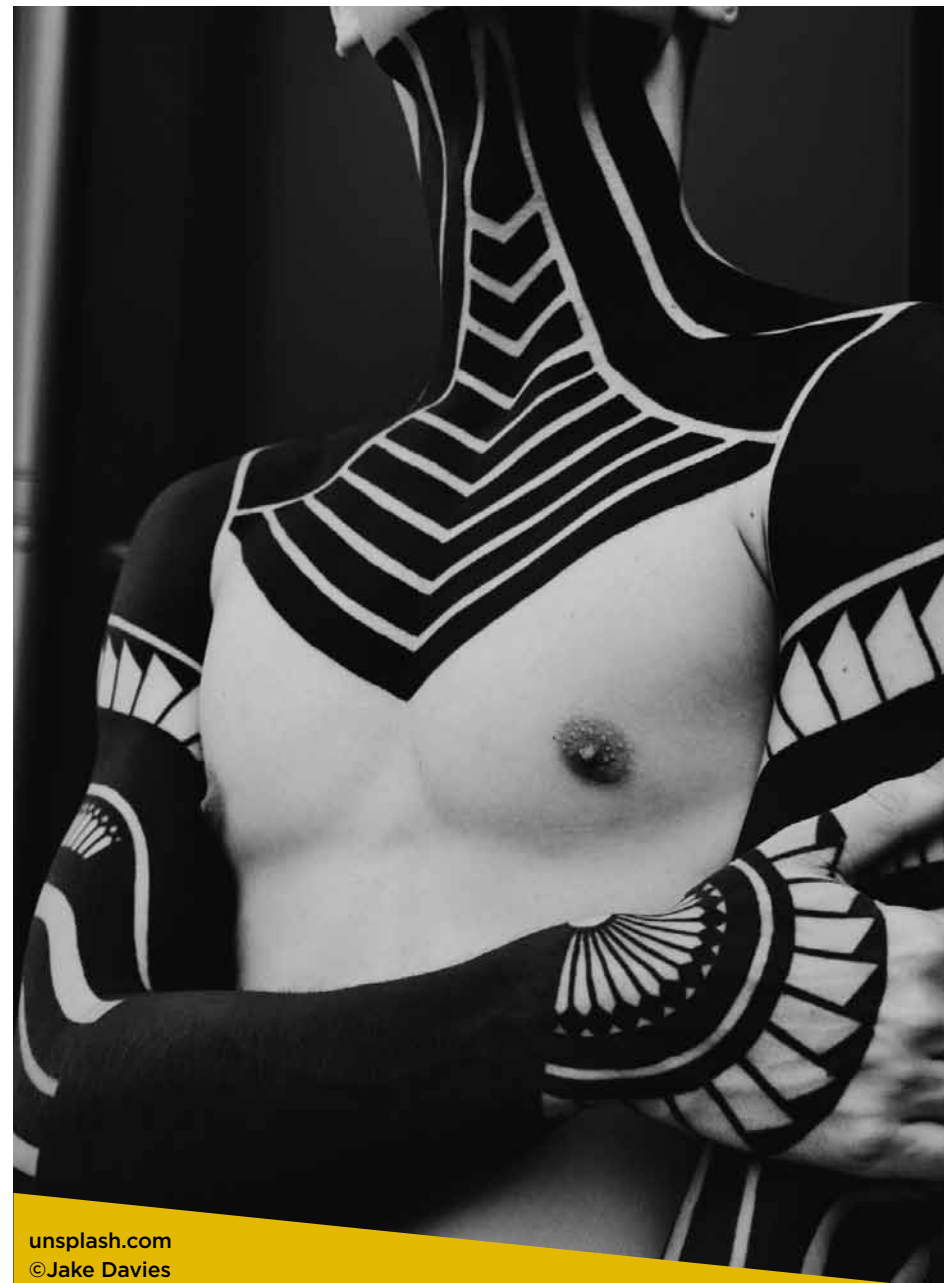
3 Marcas corporales, ritos de paso y tribus urbanas

Tradicionalmente, el rito de iniciación que se llevaba a cabo en la pubertad marcaba el paso de la naturaleza a la cultura y el acceso a la participación social del individuo ya como adulto. Es en este sentido que las marcas corporales desempeñan una función de inscripción: la pertenencia de un individuo a un grupo social está marcada por incisiones, escarificaciones, pinturas o tatuajes con los que el hombre primitivo intenta arrancarse la animalidad.

Existen numerosos tipos de marcas corporales: tatuaje, escarificación, pintura corporal, mutilación, deformación, implante, quemaduras solares... ¿en qué se diferencian de las autolesiones? Precisamente el carácter social de las marcas corporales, su búsqueda de la integración social, es lo que permite que sean socialmente legitimadas, mientras que la autolesión constituye un acto individual, reservado para el propio sujeto. Es desde esta significación que los rituales y marcas identitarias suelen ser infligidas por otro, que es quien introduce el elemento simbólico de lo social a través de una ceremonia o rito.

Los ritos de paso funcionan en una doble dimensión. Por una parte, tienen una significación interna, subjetiva, que indica al sujeto que se ha transformado, que se ha convertido en otro, en un adulto. Por la otra, en su dimensión social, tiene una significación pública -relacional- que sitúa al sujeto, le otorga un lugar en relación a los otros. Actualmente la carencia de ritos de paso designados socialmente obliga al adolescente a la búsqueda de aquel acto que le permita realizar este proceso. Es este desencarnamiento el que implica la necesidad de actos en el cuerpo-carne que tratan de realizar esta vivencia de existencia, el estar ligado a sí mismo para después poder ligarse a los otros.

Algunos autores defienden la concepción de algunos tipos de marcas corporales como autolesiones, recordando que «el dolor, como acción directa y voluntaria sobre el cuerpo, es constitutivo de las prácticas de iniciación en la mayoría de las culturas (...) los cambios constitutivos de subjetividad no se proclaman, sino que se sienten en el cuerpo» (Jofré, 2011). De esta forma, el dolor producido por el ritual es el precio a pagar por el acceso a lo social-comunitario, y por ello incluye una ceremonia guiada por un adulto, que representa el poder de lo social y da testimonio del cumplimiento de la norma social. Desde esta perspectiva, el dolor autoinfligido en la autolesión tendría la función de un precio por el acceso a uno mismo, a la identidad para el sí mismo, precio que nunca se salda exclusivamente desde el propio sujeto que, si no encuentra otra vía, acabará repitiendo la autolesión. En este sentido, las marcas corporales podrían entenderse como autolesiones simbolizadas a través de las que el conflicto con la propia identidad y con el cuerpo tiene una elaboración parcial que se resuelve mediante la marca o



unsplash.com
©Jake Davies

modificación corporal, que da acceso a una identidad grupal. A partir de esta idea, se podría establecer como hipótesis que cuando las autolesiones no cumplen con esta función de ligar al sujeto a un sistema social, el proceso de búsqueda continúa incrementando la intensidad hasta llegar potencialmente al intento de suicidio.

4 | La cara y la cruz: autolesiones no suicidas y marcas corporales, un doble camino para el sujeto

Cada sujeto se significa a través de su historia de vida. Actualmente la presión a la homogenización lleva al individuo a sentirse un objeto intercambiable, sustituible por cualquier otro, incluso en la interpretación de la patología, en la que también a través de los diagnósticos se niega la particularidad del significado del síntoma para cada persona. Negando la subjetividad se niega el valor y la autenticidad del sujeto, que queda desvaído e inerte en un mundo caracterizado por lo indiferente.

En un mundo en el que los lazos relacionales están más fragmentados que nunca el cuerpo ocupa el primer plano. Se trata de un cuerpo que permite socializarse a través de códigos comunes -tatuajes, «uniformes» de tribus urbanas, peinados,...- pero también es el escenario sobre el que se produce la lucha por la individuación, el ser único. Todo ello sobre un cuerpo fragmentado en múltiples sentidos: aislado del resto de la persona -deseos, ilusiones, formas de ser, personalidad y carácter- y troceado en elementos que se individualizan a partir de «retoques» que muchas veces no constituyen tampoco una narrativa corporal integrada que exprese un mensaje elaborado y coherente.

Es desde esta perspectiva de confusión y escisión que la introducción de la tecnología ha acentuado la construcción de un mundo paralelo que finalmente acaba cobrando mayor valor de realidad que el mundo físico. De lo visual, de la imagen, hemos pasado a lo virtual, a la imagen desconectada de lo real, en la que el cuerpo, «esta combinación de palabra y carne, de hombre y animal» (Alba, 2017) queda desplazado por las lógicas del mercado y lo digital. Lo propio de lo tecnológico es el cambio permanente, la liquidez. Así el valor del cuerpo consiste en ser el soporte para lo visual incorporado a lo digital y de esa manera se somete a modas cambiantes, en las que se puede manipular, modificar, cambiar con el objetivo de poder incorporar un nuevo valor de novedad a lo virtual. Así ocurre, por ejemplo, en el caso del *thigh gap* o hueco entre las piernas, que consiste en manipular el cuerpo para conseguir que los muslos no se junten en la cara interna: las partidarias de esta moda consideran que lo contrario es una prueba de gordura. El modelo que se sigue es el de la muñeca Barbie y los modelos de pasarela, objetos normativizados de deseo y canon de la belleza «oficial» al que deben aspirar las mujeres para constituirse objeto de deseo de los hombres. La manera de conseguir este efecto en los muslos incluye realizar una dieta estricta, al borde de la desnutrición, determinados ejercicios para reducir el grosor de los muslos e incluso cirugía estética o medicamentos que eliminan la grasa de la cara interna de los muslos. Esta moda solo ha podido establecerse desde la incorporación de lo tecnológico, de las redes sociales en las que los intercambios de fotos, consejos, experiencias, sustituyen a la relación humana.

Como era de esperar, al poco tiempo de popularizarse el *thigh gap* su valor de novedad ya está agotado y ha surgido una nueva moda opuesta, los «muslos de sirena» -*Mermaid Thighs*- que reivindica que cada cuerpo es diferente, invitando a aceptar los cuerpos tal como son. No se trata de una reapropiación del cuerpo, sino de

“Un cuerpo que permite socializarse a través de códigos comunes -tatuajes, “uniformes” de tribus urbanas, peinados,...- pero también es el escenario sobre el que se produce la lucha por la individuación, el ser único”

un movimiento de cambio permanente que en su búsqueda de lo nuevo lleva de un lugar a otro en un movimiento de oscilación simplemente por la fuerza de la oposición a lo anterior.

¿Qué diferencia, entonces, las autolesiones no suicidas definidas por el DSM-5 y las autolesiones culturalmente legitimadas? Una respuesta es que estas últimas posibilitan la pertenencia a un grupo, como los ritos de paso que permiten el acceso al grupo social exogámico. Sin embargo, observamos diferencias en tipos de autolesiones y en tipos de rituales, lo que nos lleva a la pregunta respecto al límite de estos actos. ¿Es aceptable la pertenencia a cualquier grupo, a cualquier precio? Evidentemente no, ya que la sociedad no acepta cualquier marca, como en el caso de determinadas amputaciones o el del conocido juego de la ballena azul, juego en el que un «tutor online» determina una serie de pruebas que se deben ir superando, una por día, y de las que hay que ir publicando pruebas en las redes. Lo característico de este juego es que las «misiones» incluyen actos de daño corporal que se incrementan progresivamente hasta llegar al suicidio.

Pero ¿qué es lo que nos escandaliza en estos casos? ¿La autoagresión, el tipo de daño que se produce o la planificación de ese daño en cuanto refleja hasta qué punto estamos alejados de nosotros mismos y de la estructura social que aceptamos cualquier propuesta de pertenencia, cualquier cosa que nos haga sentir vivos y en relación? ¿O que sea otro, cualquier otro, incluso un otro digital, el que nos permita realizar esta función?

Siguiendo a Foucault, Bellido (2017) recoge el término *assujettir* -«asujetar», que implica por una parte la idea de una figura que «asujeta» a otra, que complementariamente se «somete» a su saber y a su guía- para insistir en la importancia de la dependencia como paso previo para conseguir la autonomía, la inevitabilidad de pasar por la dependencia para poder separarse. El estar «asujettato» al otro constituye un elemento fundante de la identidad, que se establece a través de la dependencia de ese otro -la figura paterna- que constituye soporte y guía del sujeto en su proceso de desarrollo, que enseña lo que uno no sabe y muestra aquello a lo que uno aún no puede acceder. El adolescente necesita saber que tiene una referencia fiable que lo sostiene. Las autolesiones suponen un intento de tener la sensación de existencia desde la sensación del cuerpo, que constituye el límite de lo real, porque si no hay figura paterna no hay posibilidad de estructuración, si no hay filiación no puede haber adolescencia, tal y como la entendemos ya que no hay de quién separarse, no hay autoridad contra la que rebelarse para diferenciarse en el proceso de constitución de una identidad propia.

Las autolesiones aumentan en un contexto en el que se ha perdido el sentido de frontera de los comportamientos y roles sociales, al mismo tiempo que se han diluido los símbolos que marcan el cambio de la condición psíquica y social del

individuo debido a lo que García (2015) ha denominado «adolescencia líquida». Así, encontramos de manera bastante generalizada funcionamiento adolescente e infantiles en personas de un amplio rango de edad, al mismo tiempo que la hipersexualización de la infancia introduce antes de tiempo lo propio de la adolescencia a partir de la pubertad y la reactivación de la erotización y el deseo. De esta manera, la adolescencia se sitúa actualmente en un limbo sin espacio, empujada por la infancia hipersexualizada y presionada por la adultescencia, que en lugar de ofrecerle referentes adultos le disputa su lugar.

Por otra parte, en una sociedad en la que los lazos y vínculos están diluidos, el valor social de la autolesión aparece desligada de un objetivo social y ya no garantiza el acceso a una comunidad de manera que el lugar al que el sujeto adolescente puede aspirar y al que podía acceder mediante el rito ya no está claramente determinado. El sentido de la propia identidad, la conciencia de sí como sujeto definido, único, está cada vez más debilitado e incluso ausente, siendo sustituido por una especie de conciencia de consumidor, protagonista y objeto al mismo tiempo de un mercado en el que lo económico es el valor al que se aspira y al que se accede a través de la posesión de objetos.

En este mercado de posesiones, el cuerpo como lugar vivenciado ha pasado a ser un cuerpo como objeto atravesado por la mirada del propio sujeto y también por la mirada de los otros. El cuerpo permite al sujeto dirigirse en una doble dirección. En una de ellas, expresa contenidos psíquicos internos dirigidos a uno mismo -la autolesión sería un extremo de esto-; en la otra, y en un segundo momento, se dirige a los demás -marca corporal-. Este proceso no siempre se produce en esas dos etapas, de manera que si la intensidad de lo interno es intolerable y no se puede organizar lo suficiente queda bloqueado en la autolesión, sin llegar a adquirir el elemento comunicativo con los demás, que requiere de un cierto nivel de elaboración y estructuración. De ahí podemos suponer la relación entre la autolesión y los posteriores intentos de suicidio, del hecho de que para algunas personas autolesionarse no supone una descarga suficiente de la angustia, ni siquiera momentáneamente, de manera que tienen que ir un paso más allá en el intento de llegar a sí mismo para poder acceder a los otros.

Si, como señala Le Breton (2002), el cuerpo es creado históricamente y moldeado por el contexto cultural y social en el que está inmerso, las prácticas corporales de la actualidad parecen dirigirse hacia el incremento -cada vez más territorio corporal intervenido- y hacia el extremo -incluyendo autolesiones y amputaciones-, reflejando de esta manera en cada individuo la dislocación del cuerpo social.

ENCUENTROS CON LA AUTOLESIÓN A TRAVÉS DE UN CASO: EXPERIENCIAS DURANTE LA RESIDENCIA

Almudena Campos González

PSICÓLOGA CLÍNICA

Esther Reguera Rodríguez

RESIDENTE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE.

✉ camposalmudena@gmail.com / esther.regrod@gmail.com

RESUMEN: En este artículo se pretende dar a conocer las vivencias experimentadas con las autolesiones desde los inicios de la práctica clínica, en el período de la residencia. Para eso, dos residentes exponemos y describimos nuestras propias experiencias basándonos en el mismo caso clínico (la paciente A.), con el cual hemos tenido contacto durante seis meses aproximadamente y con un espacio de dos años de diferencia entre una y otra. Aquí se mezclan descripciones de situaciones vividas en primera persona con la paciente, junto con las emociones y pensamientos que estos encuentros nos han generado. Así mismo, también se incluyen comentarios teóricos en relación a ciertos aspectos clínicos descritos, que tienen la intención de explicar en cierta medida lo expuesto. Pretendemos dar un punto de vista crítico de nuestro papel como clínicas y los supuestos que nos condicionan en nuestras intervenciones.

PALABRAS CLAVE: autolesiones, experiencias, residencia.

ABSTRACT: The aim of this article is to show experiences related to self-injuries from the beginning of clinical practice, during residency. We, the authors, two residents, explain and describe our own experiences based on the same clinical case (patient A.), who was treated by both of us for approximately six months, two years apart. We describe several situations experienced first-hand with the patient, and the emotions and thoughts that these meetings generated. Furthermore, theoretical comments are also included to try to explain certain clinical aspects described throughout the article. We aim to give a critical point of view of our role as clinicians and the assumptions by which we are conditioned in our interventions.

KEY WORDS: self-injuries, experiences, residence.

SUMARIO:

- 1 Experiencias del 2013/14.
- 2 Experiencias del 2015/16.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Doctors, S. (2007). *Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. Aperturas Psicoanalíticas, 27.*

Dozza de Mendonça, L. (2017). Acompañamiento terapéutico con personas con patologías mentales graves. *Formación Continuada a Distancia. Consejo General de la Psicología de España, 33*, edición: abril-xuño 2017.

Favazza, A. (1990). Treatment of patients with self-injurious behavior. *American Journal of Psychiatry, 147*, 954-955.

Favazza, A. e Simeon, D. (1995). Self-mutilation. En A. H. D. J. Stein (Ed.), *Impulsivity and agresion* (pp. 185-200). Chichester: John Wiley & Sons.

Forti Sampietro, L. e Forti Buratti, M. A. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal, 38*(4), 149-154.

Garza-Laguera, A. e Castro, C. (2016). Terapia Breve en un caso de autolesión no suicida. *Revista Psicología Científica, com, 9*(11). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida>

Guía de Práctica Clínica. Manejo a largo plazo de las conductas autolesivas. Resumida e traducida con autorización do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Recuperado de <http://guidance.nice.org.uk/CG133>.

Holmes, J. (2009). *Teoría del Apego y Psicoterapia. En busca de la base segura.* Desclee de Brouwer.

Russ, M., Roth, S., Lerman, A., Kakuma, T., Harrison, K., Shindlecker, R., ... e Mattis, S. (1992). Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry, 32*, 501-511.

Symons, F. (2002). Self-injury and pain: models and mechanisms. En S. Schroeder, M. Oster-Granite e T. Thompson (Eds.), *Self-injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships* (pp. 223-234). Washington D. C.: American Psychological Association.

Van der Kolk, B. A., Greenberg, M. S., Orr, S. P. e Pitman, R. K. (1989). Endogenous opioids, stress induced analgesia, and posttraumatic stress disorder. *Psychopharmacology Bulletin, 25*, 417-421.

Villaruel, G., Jerez, S., Montenegro, M. A., Monte, C., Igor, M. e Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 51*(1), 38-45.

1 Experiencias del 2013/14

Inicios temerosos

Recuerdo aquellos primeros días caminando por el psiquiátrico, iniciando la que sería una de las rotaciones más duras, pero también más provechosas, y que para mí supuso un cambio personal y profesional inmenso. Aquellos meses me acercaría de lleno a lo más esencial, pero también más complejo, que caracteriza al ser humano: el sufrimiento. ¿Qué hacer?, ¿cómo? El *cómo* era un misterio para mí (y quizás lo siga siendo), a pesar de ver día tras día a los profesionales realizando intervenciones, alguna vez sencillas, otras muy complejas, algunas que llegaba a comprender y otras para las que carecía de formación suficiente.

Mientras tanto, yo, presa de ese miedo con el que comencé esta exposición, me limitaba a observar, y por qué no decirlo, a veces también a evitar esos intercambios y coincidencias con el *otro* que sufre, esos intercambios que me intimidaban y que me decían sin decir lo poco o nada que yo podía aportar para calmar ese sufrimiento. Porque hablar calma. A veces calma al paciente, pero otras muchas a quien calma es al terapeuta, al interlocutor. Pero... ¿cómo intervenir sin hablar? ¿Qué podía ofrecer yo, inexperta, a aquella gente? Pues esa sería la tarea durante esos meses. Lo más complejo: moverme entre la exposición y la evitación fóbica, es decir, intervenir adecuadamente y no dejar de hacerlo por mis propios miedos.

El sufrimiento en el hospital tenía el nombre de A. A. era una de las pacientes que más tiempo llevaba ingresada en el Hospital, que suponía un reto continuo para todo el personal de la unidad. Las continuas demandas de tratamiento, de atención, amenazas...colocaban en el límite al más experto y curtido de los profesionales. El sufrimiento de A., que a veces era silencioso, otras se expresaba con voz propia en forma de petición de ayuda y otras veces a través de gritos o amenazas. Pero la peor de las formas para mí era, sin duda, a través del acto, que casi siempre era una reacción de daño hacia sí misma: la autolesión.

Llevaba años ingresada en la unidad más cerrada del hospital, donde estaba más vigilada y no podía salir con libertad del recinto, pues su estado clínico no lo permitía. No estar vigilada la mayor parte del día y sin cierta limitación de objetos suponía un riesgo para A., ya que en segundos era capaz de hacer lo inimaginable, desde ingerir toda clase de objetos, hasta arañarse arrancando la piel de la cara. Nadie era indiferente a su presencia, a su sufrimiento. Tenía una mirada a veces penetrante, intimidatoria, viva, brillante; otras vacía, apagada, cansada. A veces parecía simplemente no estar, otras era su presencia la que lo llenaba todo.

Poco tiempo pasa desde que uno conoce a A. y empieza a preguntarse, ¿qué le pasa?, ¿por qué acabó aquí?, y, ¿cómo la debería de tratar? Después de es-

tas cuestiones surgirían otras, amontonándose en mi cabeza atropelladamente, fruto de mis angustias como residente. ¿Qué le digo? ¿La saludo “normal”? Y si hace “algo”, ¿qué hago yo? Y si me pregunta algo, ¿qué contesto? Una especie de curiosidad mezclada con cierto temor me invadía en aquel momento.

Pronto me enfrentaría a una de las situaciones más angustiosas que he vivido durante la residencia (qué curioso, que ahora que me acuerdo, las dos situaciones de este tipo tuvieron que ver con autolesiones de alguna forma). Me disponía, junto a otro compañero residente, a llevar a cabo el grupo de “Buenos días” de la unidad. No recuerdo si fue casualidad o fue mi intención facilitar el contacto con A., que acabé sentada a su lado. Tampoco recuerdo con exactitud cuál fue la cuestión o si no hubo ninguna cuestión previa que generase en A. tal enfado, pero poco tiempo después de empezar a hablar con los pacientes, A. empezó a blasfemar y gritarme, con los puños apretados enfrente de mi cara, y con esa mirada penetrante y amenazante que me dejó paralizada. Con miedo, solo pude mirarla fijamente, supongo que con cara de “por favor no hagas nada” y no dije nada, sólo la miré, o eso es lo que recuerdo haber hecho. A. decidió irse de la sala. ¿Y yo? Yo seguí paralizada, supongo que segundos, que a mí me parecieron horas...e intenté finalizar el grupo como pude. Recuerdo que mi compañero me decía: pero ¿qué hacías allí quieta? ¡Casi te arrea! No piensas, simplemente actúas, o no, o quizás sí, piensas tan rápido que la mejor decisión que tomas es quedarte quieta. Quizás.

Desde luego, aquellos inicios no pintaban muy bien, y no tenía muchas ganas de repetir el grupo. Pero mi tarea era aprender, practicar, arriesgar y acertar; y otras veces fallar. En este sentido, me parece que el hecho de poder compartir este tipo de cuestiones con tus compañeros de trabajo, adjuntos...te ayuda a poder validar tus experiencias y a sentir que estas situaciones suelen pasar en este trabajo, y son difíciles de encajar. En resumen, me parece muy importante “cuidarse para cuidar”.

Vínculo, alianza

Durante aquellos meses hicimos buenas migas. ¡Quién lo diría después de aquel inicio! A. era así, violenta y amigable a la vez. Durante épocas en las que clínicamente no estaba en su peor momento, disponía de algún tiempo al día para bajar a la cafetería del hospital y tomar su ansiado café y fumar su cigarro. El café y el cigarro bien podían tranquilizar o alborotar a A. Desde luego eran elementos sumamente importantes en la estabilización o desestabilización clínica de esta paciente. Alguna vez fui a tomar el café con ella. Teníamos charlas interesantes sobre temas “femeninos” (el corte y el color de pelo, la depilación, la ropa...). Y el

regreso a la unidad transcurría sin problemas, a veces con alguna demanda de tiempo extra, muy razonablemente, ante la cual oscilábamos entre unos minutos extras alguna vez, y otras veces mi disculpa y argumentación de “no transgredir la norma”, y que ella aceptaba con resignación.

Se acercaba el día de su cumpleaños y dado que una de las actividades de Terapia Ocupacional era el Taller de Cocina, qué mejor idea que preparar una tarta para A. y organizarle una pequeña sorpresa. Fue algo propuesto por sus propios compañeros y a nosotros nos pareció una buena idea participar. Nos ocupamos de hablar con el personal de la unidad para que dispusiesen el comedor libre y también para que invitasen a los pacientes de la unidad y del resto de unidades del hospital a unirse. En nombre del personal decidimos comprar una pulsera de regalo, que acordamos sería entregada por su psiquiatra, con el que tenía un gran vínculo. Ese mismo día concertamos una reunión previa de coordinación con los miembros del equipo terapéutico para llevar a cabo el plan, en el que la psicóloga clínica comentó algo que a mí no se me había pasado por la cabeza. Existía la posibilidad de que la sorpresa tuviera una consecuencia negativa en A., fruto probablemente de la intensa emoción, y que pudiera hacerse daño o alterarse de tal modo que tuviese que acabar en la UCI, como otras muchas veces había ocurrido. Yo no hacía más que pensar en lo surrealista de la idea, ¿a quién no iba a gustarle esta sorpresa? ¿Qué podría haber más “normal” que verse homenajeadada en su cumpleaños, y más con este cariño por parte de todos? Yo solo podía ver cosas buenas, y por qué no decirlo, en ese momento me pareció incluso mal aquel comentario tan pesimista. Ahora que lo pienso, mi reacción en aquel momento se parecía a un proceso de duelo con todas sus etapas, que se resolvió con la aceptación, al ver también que al resto de los miembros del equipo les parecía muy lógica esta posibilidad y estaban de acuerdo en estar atentos y prepararse para todo. Al fin y al cabo, nuestro deber como profesionales es estar preparados y sopesar nuestras intervenciones. Y cierta culpa porque era algo necesario a tener en cuenta para prever mayores inconvenientes, y que formaba parte de mis responsabilidades como futura especialista y como residente en formación en aquel momento.

¿Cómo acabó la cosa? Bien, muy bien. A. feliz, impresionada, sorprendida, agradecida... Y el resto de las personas que allí estábamos, contentas por compartir ese momento con ella. No se había cumplido aquella posibilidad de un final amargo (menos mal...). Y, ¿por qué? Quiero pensar que algo tiene que ver con la relación, con eso que ocurre entre las personas y entre los pacientes y los terapeutas, aquellos que intervenimos en su proceso de recuperación. Creo que algo de esto tiene que ver con el vínculo que se establece, con la aceptación incondicional de la persona que sufre y que intentamos ayudar. Con confiar en sus posibilidades, con ir a su ritmo, con respetarla al fin y al cabo.



unsplash.com
©Aimee Vogelsang

Autolesiones

Una conducta autolesiva se define como “toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte” (Favazza, 1990). Es un acto intencional y directo y busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo. Existen gran cantidad de formas, distintas, más o menos agresivas, por las que una persona puede inflingirse daño a sí misma. Aquí cabría hablar de las muchas cosas que los seres humanos hacemos diariamente (a veces sin ser conscientes) que podrían encuadrarse dentro de autolesiones (beber, fumar, comer... “la clínica del exceso”), aunque no suelen calificarse de esta manera al tener como objetivo la búsqueda inmediata de un placer.

Las conductas autolesivas o autolesiones son una de las conductas que puede presentar un paciente y que para el profesional suponen más gravedad. ¿Por qué? Es algo visible, desagradable, incomprensible y que va en contra del “instinto de supervivencia” que se supone que tenemos. Además, existe un riesgo mayor de inflingirse un mayor daño, como el intento de suicidio. Según Villarroel et.al. (2013), el antecedente de conductas autolesivas es uno de los predictores más potentes de suicidio consumado. Pero sobretodo, lo más destacable es que muestra el nivel de angustia que puede presentar una persona. Era el síntoma, expresado en acto, más llamativo de A.: desde ingerir objetos pequeños, hasta ser capaz de arañarse la cara arrancándose la piel, una “conducta autolesiva impulsiva” (Favazza y Simeon, propuesta en 1995). Pero, ¿cómo defenderla de sí misma? A veces se recurría a palabras de calma que en ocasiones no tenían efecto, hasta que finalmente, posiblemente como única alternativa, se procedía a la contención mecánica y paso a UCI de la unidad. Esto es algo que con el transcurso de los años dio cuenta de un avance a nivel clínico muy importante en A., por un lado, y por otro lado de un cambio del estilo de cuidado por parte del personal de la unidad. En los últimos años, A. es capaz de identificar las señales de angustia y pedir al personal de la unidad que le facilitasen estar en la UCI, de una manera tranquila y evitando la experiencia negativa de la contención.

Uno piensa en opciones encaminadas a una solución, evitar que A. se sienta mal para evitar la autolesión... evitar la autolesión en sí... Pero como seres racionales y con tendencia a comprender todo lo que nos rodea, en mi cabeza no dejaba de aparecer la pregunta por la causa: ¿por qué? ¿era una reacción impulsiva?, ¿una petición de ayuda? ¿un odio hacia sí misma? ¿un alivio de su sufrimiento? ¡Que paradójico aliviar el sufrimiento psíquico mediante el físico! Esto me parecía a mí en aquel momento. Ahora, con el paso del tiempo, con alguna lectura sobre este tema y con la experiencia de conocer a otras personas que se autolesionan, entiendo que puede funcionar como una especie de cortocircuito y desvío de la atención hacia algo más externo y palpable. Es poner fuera, visibilizar la herida interna. Por otro lado, la reacción de los demás siempre es inmediata, y siempre suele ser la protección de la persona y su cuidado. Tiene entonces un carácter interpersonal, al involucrar al otro en el mismo acto. Según Doctors y Shelley, (2007), estas reacciones de autolesión estarían relacionadas con experiencias tempranas de “violencia emocional”, en las que por ejemplo un padre o una madre abusa de un niño (física o psicológicamente) y lo daña aún más diciendo que el niño provocó esa conducta de abuso o bien que la respuesta del padre o de la madre es un acto de amor. El niño o niña recurre a la autogestión emocional, y dentro de esta autogestión estaría la conducta autolesiva. La persona ha “aprendido” a anticipar la ansiedad que deriva de la interacción con el otro y se retrae de ella, la evita. Por lo tanto la autolesión sería un tipo de autogestión extrema. ¿Sería esta una reacción que sirve para rescatar a A. de una experiencia de sentirse muerta, vacía o despersonalizada? Quién sabe... sentir dolor es sentir vida.

“Entiendo que puede funcionar como una especie de cortocircuito y desvío de la atención hacia algo más externo y palpable. Es poner fuera, visibilizar la herida interna”

¿Habrá una especie de placer o goce en este tipo de conductas? En los años 90 se intentaron describir los procesos y sistemas neurobioquímicos afectados por el trauma. La hipótesis es que durante el trauma los altos niveles de excitación emocional interfieren con las funciones cerebrales normales que procesan la experiencia, por lo que habría datos sensoriales cargados afectivamente sin asociación con el lenguaje. Estos individuos tendrán una tensión crónica e intensa, sintiéndose abrumados por experiencias que no pueden comunicar en palabras. Van der Kolk (1989) propuso que la autolesión trataría esta angustia porque descarga opioides endógenos, lo que produciría calma y lucidez. Podría entonces crearse un ciclo de adicción en la que al disminuir los opioides llevaría a autolesionarse de nuevo en busca de un nuevo estado de calma. Estudios experimentales de dolor agudo se extendieron a pacientes con Trastorno Límite de Personalidad. Alguno de estos pacientes que refieren no sentir dolor con la autolesión, responden a la inducción experimental de dolor agudo con analgesia, con una consiguiente mejora del humor. Esto llevaría a especular que estos efectos son debido a mecanismos cerebrales, que se creen reguladores tanto del dolor como del afecto (Russ et. al, 1992; Symons, 2002). Por lo tanto, en el caso de A. supondría que estimular la piel o cortarla en diferentes sitios y de distintas formas debe producir unos efectos inmediatos calmantes. Esto podría dar cuenta de la persistencia de este tipo de conductas en pacientes de muy diversa tipología (retraso menal, trauma, ansiedad...). Por lo tanto, el tratamiento iría encaminado a mejorar la vulnerabilidad a la angustia, para evitar la cronificación (véase que ahora A., en algunas ocasiones, identifica su angustia antes de “desestabilizarse” y “autolesionarse”).

Acompañamiento

Aunque técnicamente se define como una actividad en el contexto comunitario y domiciliario, pienso que este tipo de abordaje y sus principios se pueden adaptar al trabajo dentro de la institución, combinándolo con las intervenciones más clínicas y estructuradas. Supondría realizar actividades terapéuticas o rehabilitadoras con el paciente, que no impliquen trabajar o intervenir directamente con la patología, tratando de desenfocarse de la identidad de persona con enfermedad mental. De esta manera, se potencian los aspectos de la “parte sana”, con un abordaje basado en la salud, en lugar de la enfermedad, y respetando las necesidades del paciente. Además, el Acompañante Terapéutico (AT), en esta labor con el paciente, pone de manifiesto aspectos más subjetivos, como opiniones propias acerca de temas o actividades que se estén realizando (opiniones, experiencias), lo cual tiene efectos terapéuticos sobre el paciente y facilita el vínculo. No obstante, es importante destacar que la relación entre paciente y AT es asimétrica, ya que este último está modulando y observando los efectos de su actitud sobre el paciente, desde una perspectiva profesional, teórica y técnica. Como señala en su artículo Dozza De Mendonça (2017), “uno no dice cualquier cosa, (...) ni escucha de cualquier manera” (pp. 8), haciendo referencia a la formación previa que debe tener el profesional que desempeña el rol de acompañante terapéutico.

Artista

Lo que sí sé es que ella es una artista. La capacidad de expresión a nivel artístico es sorprendente. Hay épocas en las que la producción de dibujos es constante y otras en las que simplemente es inexistente.

Quizás no me sorprendería esta cualidad si fuese otra persona, si no la hubiera conocido en el hospital. No me gusta que me sorprenda. Sí, está bien eso de estar atentos a las fortalezas y recursos de los pacientes, pero esto tiene un lado amargo: no entraba dentro de las expectativas que yo tenía de ella, es decir, no consideraba que podía destacar en algo en este momento (“parte sana”). Quizás los prejuicios y el estigma me tienen más limitada de lo que pienso, de lo que me gustaría. Y sé que luchar o cambiar algo de lo que no eres consciente y tienes



unsplash.com
©Christopher Campbell

que deshacerte es difícil, por no decir imposible. Esto es algo que en la formación es importante, y creo que deberíamos pensar sobre ello y trabajar para cambiarlo.

Ella me hizo el mejor regalo de despedida. Un dibujo dedicado, con firma y fecha. Un dibujo de una chica, con apariencia de heroína estilo “comic manga”: rubia, exuberante, vestida de negro. ¿Sería azarosa esta elección? ¿O tendría algún significado para ella, para mí? Pensándolo ahora, ella es rubia...quizás sea ella una heroína de su vida y quiero pensar que mis encuentros con ella la hicieron sentir así.

2 | Experiencias del 2015/16

Tras dos años, diferente perspectiva, distintas impresiones y mismos miedos

Hablar de A. es, inevitablemente, hablar de inestabilidad. O de la búsqueda interminable de una estabilidad que nunca llega...

Revisando las notas de su historia clínica, me encontré con una frase dicha por ella que pienso que resume un poco esta búsqueda. “*Yo solo quiero que el fin de semana sea como el resto de la semana*”.

Es innegable que resulta tranquilizador para las personas el percibir cierta constancia vital. Pero, ¿qué ocurre cuando esto no se percibe? ¿Qué hacer cuando lo que se percibe, lejos de ser constante, es impredecible, amenazante, incontrolable...? ¿Cómo podría alguien mantenerse estable cuando el entorno es tan hostil? De entrada, parece una tarea agotadora. Pero hay otra cuestión, no menos relevante, que se me plantea como residente: ¿qué puedo hacer yo, como profesional, para ayudar a una persona que vive en el mundo de esta manera?

La primera vez que ves a A. pueden ocurrir dos cosas: puedes conocer a una persona dulce y entrañable, que te saluda con una sonrisa y palabras amables; o bien puedes conocer a una persona ceñuda e irritable, con pocas o nulas intenciones de establecer ningún tipo de contacto interpersonal. Siendo totalmente sincera, no podría concretar a cuál de estas dos personas me encontré yo la primera vez que la vi. Lo que sí está claro es que a lo largo de mi rotación en el dispositivo en el que ella se encontraba (y se encuentra) ingresada, he tenido la oportunidad de apreciar de manera alternante estos dos estilos de A. No pretendo insinuar que A. tuviese “dos personalidades”, o que tuviese dos formas rígidas de comportarse, intento expresar el contraste que para mí suponían estos polos en el amplio registro conductual de A. y la aparente velocidad con la que podía oscilar de uno a otro. ¿Es quizás este continuo oscilar lo más estable que encontró en su vida?

Tal vez por su “estilo cambiante”, tal vez por mi propia inseguridad como residente, el hecho es que me vi cada mañana saludando a A. de la forma más neutral posible y esperando a su reacción para adaptarme a ella: si me contestaba con una sonrisa, yo le hablaba de la misma manera; si me contestaba de manera quejosa y evasiva, yo me abstenia de entablar conversación. Claro, parece razonable respetar a las personas y no presionarlas cuando no tienen ganas de hablar. ¿O acaso estaba entrando yo también en un estilo de conducta poco estable? ¿Estaba yo contribuyendo a la falta de constancia percibida por A.? ¿Cómo encontrar un equilibrio entre mostrarme afectuosa y respetuosa con sus intereses y, al mismo, transmitir unas normas estables? Este equilibrio se asemeja vagamente a los diferentes estilos educativos y a la importancia de dar amor y poner límites para favorecer el establecimiento de vínculos de apego seguros.

Cuando A. habla de su infancia surgen temas como los celos cara a sus hermanas pequeñas, injusticias o sensación de ser tratada de forma diferente por sus padres (“*a mí me hacían trabajar y a ellas le permitían todo*”) y comentarios negativos sobre su madre. De hecho, al verla en el hospital muy afectada porque a este o a aquel le prestan más atención que a ella, resulta que se ve una asociación entre estas situaciones y las que ella recuerda de cuando era niña. Desgraciadamente, las dinámicas hospitalarias no son nada facilitadoras del establecimiento de vínculos seguros y con demasiada frecuencia las actuaciones en estos casos por parte de los profesionales, lejos de fomentar la percepción de constancia, refuerzan todavía más la visión que A. tiene del mundo. Como decía, resulta complicado situarse en la posición adecuada, pero hay que tener presente que “*los terapeutas seguros contrarrestan los patrones de apego de los clientes, los terapeutas inseguros los refuerzan*” (Holmes, 2009, pp 239).

Al poco de conocer a A., uno se da cuenta de que es una persona con serias dificultades para eso que llamamos *autorregulación*. Al no ser capaz de gestionar sus emociones (que, como decía, por lo general son intensas y oscilantes, impredecibles, amenazantes, incontrolables...) de forma interna, A. hace un amplio despliegue de estrategias de regulación externas. Por ejemplo, puede intentar buscar una explicación “corporal” a la experiencia emocional (generalmente relacionada con el consumo de café o tabaco). En ocasiones con esto basta, y decirse que nota inquietud o malestar porque ha tomado mucho café puede ser útil y tranquilizador. Cuando esto no es suficiente, busca límites en otras personas, y solicita normas como que se le prohíba tomar café o que se le retire el permiso para salir de la planta. En ocasiones con esto basta, y decirse que el malestar no va a aumentar porque no puede tomar más cafés puede ser útil y tranquilizador. Cuando esto no es suficiente busca límites físicos, y solicita que la pongan en contención mecánica. En ocasiones con esto basta, y decirse que aunque el malestar continúe aumentando, ella va a estar cuidada y bien atendida en un lugar seguro, puede ser útil y tranquilizador. Finalmente, cuando nada de

esto es suficiente, es cuando recurre a las autolesiones... como recurso último ante un malestar incontrolable. O, explicado de otra manera:

"...la ira puede ser, en sí misma, un tipo de última oportunidad para obtener la base segura, como forma de activar a los cuidadores para que respondan y también como un 'hogar' al que, cuando todo lo demás falla, el sufridor pueda volver -muchas veces seguido por estados psicológicos de agotamiento que tienen características de la base segura."

Holmes, 2009, pp. 73

Algo muy llamativo de A. en relación con las autolesiones es su velocidad de recuperación. A pesar de la frecuencia con la que ocurren (muchas veces arañándose la cara y provocándose, según comentaba el personal, heridas bastante profundas), durante los seis meses de mi rotación pienso que no he visto marcas en la cara más que en una o dos ocasiones. Ya fuese porque tras el episodio pasaba un día en UCI, o porque coincidía en medio del fin de semana, o porque simplemente no coincidía que yo me cruzase con ella... el caso es que cuando yo la veía, tenía la piel de la cara totalmente normal y sin señal alguna que pudiera indicar que dos o tres días antes se agrediese de forma feroz. Alguna de mis compañeras y yo llegamos a comentar en broma (en broma, sí, pero sin explicación alternativa), si esta velocidad inusual de recuperación dermatológica tendría algún tipo de relación con la velocidad inusual con la que cambia de un estado emocional a otro.

Releyendo lo escrito, me he dado cuenta de que he planteado numerosas cuestiones y no he dado ninguna respuesta... pero tal vez esto sea lo más adecuado ya que estoy hablando de una persona que lleva más de la mitad de su vida haciéndose preguntas sin encontrar respuestas.

Estabilidades ante la inestabilidad

Estos dos relatos pretenden ilustrar la percepción que, como profesionales en formación, tenemos con relación a la paciente A. y a su patología, caracterizada principalmente por la autolesión como manifestación clínica principal. En ambas experiencias se describen intercambios e interacciones con la paciente en los que con mayor o menor éxito el objetivo pretendía ser terapéutico. Así, analizando con carácter retroactivo, lo que parece claro es que independientemente de donde se ponga el énfasis, las sensaciones percibidas por las dos profesionales que hemos expuesto nuestras experiencias en este artículo son comunes. Por un lado, el miedo a no saber cómo actuar y cómo gestionar, en el primer caso, las características de las propias autolesiones como síntoma, y en el segundo caso, analizando la inestabilidad como característica central de A. Finalmente, nos gustaría destacar y señalar el asombro y la admiración ante los recursos mostrados por esta persona.



unsplash.com
©Elijah O'Donell

AUTOLESIONES COMO ESTRATEGIA AUTORREGULADORA CUANDO NO CONTAMOS CON UNA VINCULACIÓN SEGURA

María Balsa García

PSICÓLOGA CLÍNICA, UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

✉ mabaga2004@hotmail.com

RESUMEN: En los últimos años, las autolesiones como demanda de consulta han experimentado un incremento exponencial. El objetivo de este artículo es profundizar en la comprensión de las autolesiones y relacionarlas con el patrón de apego establecido en la primera infancia, con los progenitores o adultos de referencia, y con el déficit de capacidades de autorregulación.

PALABRAS CLAVE: Autolesión, capacidad autorregulatoria, apego, adolescencia, salud mental infanto-juvenil.

ABSTRACT: In recent years, self-injuries as a reason for consultation have increased exponentially. The aim of this article is to understand self-injuries more deeply and connect them with the pattern of addiction established in early childhood with parents or adults of reference, and with the deficit of self-regulation capacities.

KEY WORDS: Self-harm, self-regulatory capacity, attachment, adolescence, child and adolescent mental health.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Definición y epidemiología.
- 3 ¿Qué nos dice la teoría sobre la naturaleza de las autolesiones?
- 4 Casos clínicos.
- 5 Conclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida. Vol. 1: El apego*. Barcelona: Paidós.

Cortés, C. (2017). *Mírame, siénteme. Estrategias para la reparación del apego en niños mediante EMDR*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Casado, L. C. (2011). *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes* (tesis doctoral). Universitat Rovira I Virgili, Tarragona.

Doctors, S. (2007). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. *Aperturas Psicoanalíticas*, 27.

Doctors, S. (2013). Perspectivas del apego en el trabajo clínico con adolescentes y sus figuras parentales: el uso del cuerpo para la regulación emocional. *Clinica e Investigación Relacional*, 7(2), 296-307.

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3.

Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4.

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M. e Zanini, D., (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235.

Lupo, W. (2015). EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego. *Intercanvis*, 35, 23-31.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition.

Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 25-52.

Stern, D. N. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.

Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., e Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 14.

1 | Introducción

Autolesión, daño autoinfligido, gesto autolítico o gesto parasuicida son conceptos que con una frecuencia cada vez mayor nos encontramos en redes sociales, televisión, en conversaciones de niños y adolescentes, y se ha convertido en una demanda común en la consulta de Salud Mental Infanto-juvenil.

Como en todo síntoma, cuando analizamos las autolesiones, debemos tener en cuenta la multicausalidad del mismo. Pueden existir factores intrapsíquicos, relacionales y sociales. Los rápidos cambios que se han dado en la comunicación en las últimas décadas hacen que se pueda compartir una cantidad ingente de información. Nos encontramos con múltiples blogs, páginas web, noticias o series de televisión que tratan temas como la anorexia o la bulimia nerviosa, las autolesiones o el suicidio. En demasiadas ocasiones, los niños y adolescentes se ven expuestos a esta información sin la necesaria supervisión adulta que les ayude a establecer el marco desde el que dar sentido.

En este artículo nos centraremos en cómo, la dificultad a la hora de establecer relaciones de apego contenedoras en la infancia, (como sucede cuando se establecen relaciones de apego inseguras o en situación de trauma), influye negativamente en el desarrollo del Self y en la capacidad de autorregulación. Éste es un factor relevante a la hora de entender lo que lleva a los niños y adolescentes a apartarse de los otros y a tratar de contener, por medio de autolesiones, situaciones de malestar emocional que se vivencian como desestructurantes y desbordantes, en un intento de recuperar el control y la estabilidad emocional.

2 | Definición y epidemiología

En muchos escritos nos hemos encontrado con la descripción de la autolesión como una conducta que surge como una reacción a una separación real o amenazada, una pérdida o desilusión, sea en la realidad o en la fantasía. Cómo en ese momento el paciente comienza a sentirse completamente solo y muy tenso, o enfadado. Después de un período de tensión, el paciente decide aislarse y se da un cambio para sentirse “anestesiado,” “irreal,” “vacío” o “muerto”, para posteriormente conectar de nuevo con la sensación de sentirse conectado, vivo (Doctors, 2007).

Actualmente, nos encontramos con una creciente diversidad fenomenológica del síntoma, son cada vez más diversos los objetivos de la conducta: autorregulación, autocastigo, comunicación del malestar, alivio de dolor interno inespecífico, reconectar con uno mismo, liberar tensión, rito de paso, incrementar la sensación de pertenencia a un grupo social, etc. Necesitamos bucear entre los factores comunes de la



unsplash.com
©Annie Spratt

experiencia, de donde surge la incapacidad de estos adolescentes de gestionar sus vivencias emocionales y relacionales de un modo seguro. Necesitamos ir más allá del síntoma para conectar con las vivencias de estos niños y adolescentes, y poder así ayudarles a dar sentido y buscar otros modos de relación y autorregulación.

La prevalencia de comportamientos autolesivos en preadolescentes se sitúa en torno al 7,5-8%, incrementando en adolescentes hasta el 12-28%, llegando al 40-80% en adolescentes en muestras clínicas (Washburn et al., 2012). Si bien algunos estudios indican que los porcentajes de chicas que se autolesionan son superiores a los de los chicos, otros autores no hallan diferencias significativas. La edad de los participantes y el método de autolesión podrían ser variables relacionadas con las diferencias de género. En este sentido, un estudio de Sho et al. (en Kirchner, Ferrer, Forn, Zanini, 2011) pone de relieve que el porcentaje de chicos y chicas que se autolesionan con objetos cortantes es similar a los 10-11 años, pero las chicas obtienen porcentajes más elevados que los chicos en bloques etarios superiores. Laukkanen et al. (en Kirchner et al., 2011) destacan que mientras no hay diferencias de género en la mayoría de métodos autolesivos, las chicas utilizan con mayor frecuencia que los chicos el cortarse. En la clínica recibimos a muchos adolescentes varones que golpean la pared u otros objetos hasta dañarse o de algún otro modo lograr la regulación emocional.

¿Es, por tanto, un fenómeno de reciente aparición?

Si bien es cierto que muchos son los factores sociales que están favoreciendo un incremento de la prevalencia de este síntoma, existen referencias que sugieren que la autolesión es un fenómeno conocido por la comunidad psiquiátrica desde hace casi 90 años (Emerson, 1914, citado en Casado, 2011). L. Eugene Emerson, en el primer volumen de *Psychoanalytic Review*, 1913, describe cómo la Joven "Miss A's", durante su estancia en el hospital psiquiátrico de Boston, manifiesta a través del síntoma de "cortarse las muñecas", la vivencia emocional causada por un abuso sexual vivido años antes (Cardyn, 2001, citado en Casado, 2011).

Dos décadas después, Karl Menninger utiliza el término "automutilación" para hacer referencia tanto a aquellos comportamientos o actitudes que pueden ser interpretados como patológicos, como a las acciones que también incluyen automutilación pero que son vistos como normales en un contexto determinado. A pesar de que Menninger fue muy criticado por considerar al mismo nivel ambas prácticas con distintos significados, es importante su capacidad para, partiendo de un mismo acto, dar cuenta de las interpretaciones y contextos diversos sobre el que se construye un mismo síntoma (Menninger, 1935, 1938, citado en Casado, 2011).

En relación al síntoma en adolescentes, los primeros en definir el cortarse las muñecas como un fenómeno extendido en esta población en hospitales psiquiátricos fueron Offer y Barglow en 1960.



unsplash.com
©Gabriel Laroche

3 ¿Qué nos dice la teoría sobre la naturaleza de las autolesiones?

Siguiendo la teorización de Beatrice Beebe y Frank Lachmann sobre el desarrollo del Self en infancia y adolescencia, cabe destacar dos puntos relevantes para el tema que estamos analizando (Doctors, 2013):

- En primer lugar, señalan cómo los procesos relacionales (la regulación interactiva) y los procesos internos (autorregulación) se co-construyen simultáneamente en interacción uno con otro. Los dos modos normalmente están en un equilibrio razonable. La persona atiende a la vez a sus interacciones y maneja su propio estado. Así, la reorganización de cualquiera de ellos, normalmente, conducirá a alguna reorganización del otro proceso.
- En segundo lugar, explican cómo las dificultades experimentadas por los adolescentes en la interacción afectiva con una figura parental genera más que el evidente problema interpersonal. Los problemas crónicos de la figura parental para el reconocimiento de la reacción emocional de los adolescentes, normalmente crean un obstáculo a la integración de esos afectos en la organización del sí mismo. El afecto que no puede integrarse de forma natural en la organización del sí mismo es una fuente de amenaza a la integridad de la misma.

Hablando en general, esta necesidad bajo presión de que uno gestione su Self de forma efectiva es una vivencia que a menudo está asociada con malestar somático difuso y subyace a todos los síntomas psicológicos que incluyen intentos excesivos de controlar unilateralmente la experiencia de sí. Con el paso del tiempo, las personas así afectadas, pueden llegar a sentir la necesidad de realizar estas acciones sintomáticas para mantener algún atisbo de seguridad.

Una aproximación neurobiológica a la organización interactiva del Self, la encontramos en la Teoría Polivagal, en la que Porges (1994) ofrece una explicación de la regulación de los estados internos, y cómo éstos se van desarrollando en la relación con una figura de apego que ofrece seguridad.

Existen dos sistemas psicobiológicos evolutivos en las respuestas a los sucesos traumáticos (Lupo, 2015):

- El sistema de defensa, más antiguo, localizado en el tronco del encéfalo, que regula las respuestas de parálisis-lucha/huida-muerte y sus emociones correspondientes (miedo, ira, impotencia e indefensión).
- El sistema de apego, más reciente, localizado en el sistema límbico que regula la búsqueda de ayuda durante el suceso traumático y la tranquilización posterior.

Porges (1994) expone cómo las respuestas del sistema defensivo están reguladas por tres redes neuronales pertenecientes al sistema nervioso autónomo:

- El Sistema Simpático, que actúa de intermediario en las reacciones de inmovilidad o hipervigilancia, lucha o huida.
- El Núcleo Vagal Dorsal (Sistema Parasimpático), que actúa como mediador en la respuesta de inmovilidad que se acompaña de embotamiento en el tono muscular flácido (muerte fingida) o desmayo (síncope vagal).
- El Núcleo Vagal Ventral (del Sistema Parasimpático), que actúa, ante la seguridad creada por la presencia de personas que ayudan, en la autorregulación emocional y el sistema de compromiso social.

“Los problemas crónicos de la figura parental para el reconocimiento de la reacción emocional de los adolescentes, normalmente crean un obstáculo a la integración de esos afectos en la organización de sí mismo”

Tras una experiencia traumática se activa el sistema defensivo. Por lo general, reaccionamos con el Núcleo Ventral Vagal. Cuando éste no funciona por fracaso en la activación del sistema de apego, bien sea por la intensidad del evento, por que la figura de apego no está disponible o por la ineficacia del sistema, se activa el Sistema Simpático-adrenérgico (para movilizar conductas de lucha y huida). Cuando éste tampoco funciona, se pone en marcha el Núcleo Vagal Dorsal, activando la congelación o el “sistema de apagado”.

La activación del sistema de apego ayuda a detener las defensas cuando el evento traumático ha finalizado. Cuando el sistema de apego es ineficaz, no se detienen las defensas activadas, dando lugar a síntomas de Trastorno de Estrés Post-traumático, como el embotamiento, la despersonalización o la desrealización, así como síntomas de ansiedad, depresión, desregulación emocional y mecanismos de afrontamiento disfuncionales como las autolesiones.

Entender que la estructuración del mundo interno está fundamentalmente coordinada con los procesos relacionales, facilita el reconocimiento de los patrones interactivos implicados en la hiperregulación de los estados internos, lo que observamos cuando se producen determinados *acting out* como las autolesiones. La disfunción de la regulación diádica del malestar emocional proviene de una figura parental rechazante o bien de una intrusiva, la persona que crece en este entorno tiene la dificultad que conlleva la falta de un Otro fiable. Cuando una persona ha aprendido que la interacción no ayuda e incluso que empeora la situación emocional, ésta se vuelve independiente en la gestión de su Self, incluso antes de que sea realmente capaz de poder hacerlo.

Es a través de la vinculación con la figura de apego, que el niño comienza a ser consciente de sí mismo, de su estado emocional. Es en esta relación, en la que va adquiriendo la capacidad autorregulatoria, es decir, la capacidad de calmarse, así como el conjunto de los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar las reacciones emocionales para cumplir metas (Thompson, 1994). En cuanto el cuidador reconoce y satisface las necesidades del niño, éste es regulado y va aprendiendo a regularse, es calmado y va adquiriendo, posteriormente, la capacidad de calmarse por sí mismo ante el malestar. Así, la sensibilidad materna, que calma al bebé, se ha asociado a las habilidades que va desarrollando el bebé, y posteriormente el niño, para conquistar la capacidad de regulación emocional (Lecannerlier, 2006, citado en Cortés, 2017). Puesto que sus deseos y sentimientos serán atendidos, satisfechos y/o redirigidos adecuadamente, favoreciendo que el niño vaya aprendiendo a identificar y nombrar sus necesidades, emociones, conductas y a regular sus emociones. En palabras de Fonagy (1999,2000), lo que la madre hace es mentalizar al niño, dota de significado su experiencia subjetiva, para que el niño pueda mentalizarse a sí mismo y mentalizar a otros. Sólo cuando hemos sido percibidos, sentidos

y entendidos por nuestros cuidadores, podemos entender, dar sentido a nuestra experiencia interna y a la de los otros.

Cuando los padres e hijos pueden establecer una vinculación segura, cuando los padres se muestran emocionalmente cálidos, expresan sin temor un amplio abanico de emociones, se adecúan a las necesidades y recursos del niño, y vivencian sin angustia los procesos normales de separación y exploración del niño, éste podrá interiorizar un modelo interno de seguridad en sí mismo y en el mundo que le rodea, pudiendo desarrollar recursos de regulación emocional, tanto diádicos como autorregulatorios (Cortés, 2017).

¿Qué ocurre cuando no se puede establecer una vinculación segura?

Cuando no se establece un patrón de apego seguro, nos encontramos con una vinculación de tipo insegura o desorganizada. Se establece un apego inseguro evitativo cuando los progenitores no pueden tolerar el malestar del niño y lo evitan centrándose en las acciones. Cuando se muestran inconsistentes al ofrecer consuelo y seguridad se va desarrollando un apego inseguro ambivalente. Por último, cuando el niño está expuesto a una situación de trauma relacional o a cualquier otro tipo de maltrato se organiza un apego de tipo desorganizado.

Cuando los padres establecen un modelo de apego evitativo, no pueden prestar atención a las emociones y necesidades afectivas de sus hijos, porque han aprendido en sus propias relaciones tempranas, a centrarse en sus propias necesidades, viéndose obligados a reprimir cualquier manifestación emocional. No pueden mentalizarlos y por lo tanto no pueden ofrecerles el contacto afectivo y seguro que los niños necesitan para una adecuada organización del Self. En estas situaciones, los niños aprenden a distanciarse de sus propias emociones, tanto a nivel cognitivo como somático. Cuando perciban un malestar intenso del que no se pueden distanciar, se aislarán, tratarán de manejarlo por medio de la acción, evitando el contacto regulatorio con otros.

En los modelos de apego ambivalente, los progenitores no pueden estar presentes para el niño de una forma consistente. Dependiendo de su estado o de sus propios deseos, responderán al niño de una manera u otra, pasando de la hostilidad y el rechazo, a la conducta preocupada y solícita ante las demandas del niño. Los niños tratarán de mantener la cercanía y cuidados de sus progenitores, mostrando conductas que pueden llegar a resultar molestas o invasivas, ante lo que los padres pueden responder de forma punitiva o culpógena, lo que perpetúa este círculo negativo. Estos niños, caracterizados por un elevado nivel de ansiedad y una tendencia a la culpa al analizar las preocupaciones de los demás, tratarán de

regular sus propios estados emocionales apegándose de manera invasiva al otro, lo que reafirmará la cognición negativa de que los otros no ofrecen una relación segura, de que siempre le fallan, lo que con el tiempo provocará un baile pernicioso entre el acercamiento y la soledad a la hora de buscar la autorregulación.

En tercer lugar, nos encontramos con los niños cuyas figuras de apego despiertan a la vez su sistema de defensa y apego. Se trata de aquellos niños que no han visto cubiertas sus necesidades emocionales y físicas básicas, cuyos progenitores, envueltos por sus propias vivencias traumáticas, representan para ellos una figura que de manera simultánea ofrece consuelo y causa temor. Estos niños no son vistos ni sentidos por sus progenitores, lo que dificultará la integración del Self, facilitando la desconexión con su propio estado emocional y sus necesidades, así como una tendencia a la disociación de los diferentes estados del Self (Cortés, 2017).

4 Casos clínicos

Para ejemplificar lo analizado sobre la fenomenología y etiología de las autolesiones y, en general, de la carencia de estrategias autorregulatorias, presentaré dos viñetas clínicas, que pueden ofrecer una visión sobre la dolorosa tarea de estos chicos a la hora de hacer frente a situaciones personales e interaccionales que generan un gran sufrimiento y desorganización, sin el apoyo de otro sostenedor.

Juan

Juan es un chico de 18 años. Es hijo único y siempre ha vivido con sus padres. Desde muy pequeño lo describen como un niño sociable y con éxito en los deportes. A nivel académico tenía un rendimiento medio, a pesar de que no dedicaba mucho tiempo a los estudios porque prefería estar con sus amigos o entrenando a fútbol u otros deportes.

La madre de Juan es una mujer nerviosa, preocupada y con una tendencia significativa a desbordarse y bloquearse ante las emociones, tanto propias como de otros, que vivencia como intensas. Pasaba mucho tiempo fuera de casa, pues así se lo exigía su trabajo, donde estaba logrando muchos éxitos. Ella se definía como una mujer responsable, trabajadora y válida.

El padre es un hombre tranquilo, permisivo y suele describirse como “emocionalmente neutro”. También trabajaba fuera de casa, pero tenía más tiempo para estar con Juan, con el que comparte alguna afición.

Inician intervención psicoterapéutica cuando Juan llega a la adolescencia. La madre es despedida en un ERE de la empresa y comienza a pasar más tiempo en casa y dedicarse a ésta y a Juan. Cuando tenían algún conflicto, por algún asun-

to propio de la edad, como la hora de vuelta a casa o tiempo dedicado al estudio, la madre lloraba angustiosamente; el padre se mantenía al margen o trataba de mediar cortando la discusión, y Juan, sin poder identificar ningún estado emocional en él, sólo podía golpear la pared o algún mueble hasta que lograba calmarse.

Tras un periodo de trabajo, tanto con Juan como con su familia de forma paralela y con alguna sesión conjunta, Juan pudo hacerse cargo de las emociones que surgían durante los conflictos con la madre. Fue integrando la rabia y tristeza, asociándolas con la falla en el “estar con” sus progenitores, fundamentalmente con su madre, y con el escaso sostén en su infancia. De la misma manera, pudo entender el sentimiento de angustia al observar la desorganización de su madre, así como la escasa capacidad de su padre para darse cuenta de sus necesidades.

Tiempo después, Juan vuelve a consulta por encontrarse desbordado por emociones que no puede manejar. Éstas le provocan una elevada ansiedad y una intensa sensación de frustración e impotencia, que sólo puede controlar con conductas como golpear objetos, conducir a alta velocidad o de forma temeraria, o a través de actividad física significativamente intensa. Un tiempo antes de acudir a consulta, en este segundo periodo, comienza una relación de pareja, en la que se vuelca, sin llegar a comprender lo que sucede. Juan relata cómo su pareja decide romper la relación y como él se desborda sin identificar ni manejar su estado emocional.

Juan no puede hacerse cargo de sus procesos emocionales a pesar de no haber sufrido un trauma grave en su infancia, pues ha tenido unos padres que lo han cuidado y le han dado todo el afecto que ellos podían ofrecer...pero éstos no pudieron sentir, percibir y contener a Juan de manera que en su adolescencia pudiera hacer frente a sus propios conflictos emocionales.

Juan continúa en su proceso terapéutico y, aunque todavía no cuenta con los recursos autorregulatorios que le ayuden a manejar los conflictos del día a día consigo mismo y con los otros, ahora puede sentirse más o menos tranquilo en la relación con un otro, pedir ayuda o apoyo, y comenzar a trabajar sobre ello.

Ana

Ana es una adolescente de 15 años. Inicia consulta psicoterapéutica por alteración en su estado de ánimo, alteración de la imagen corporal, restricción alimentaria, vómitos y autolesiones mediante cortes superficiales en los antebrazos. Ana acude con su madre de acogida, pues convive con ésta y su familia desde hace aproximadamente un año. Se presenta muy inhibida, retraída y con una actitud y postura corporal infantilizada.

Ana es la segunda de tres hermanos. Nace en una familia con escasos recursos socioeconómicos, en la que nunca se ha sentido bien recibida. Ana relata agresiones verbales por parte de su madre y físicas por parte de su padre, desde su primera infancia.

A pesar de que mantiene contacto con su familia de acogida actual desde los 6 meses, no es hasta hace un año, tras fuertes conflictos en su familia de origen y empeoramiento significativo de la clínica descrita (llegando a alcanzar un peso lo suficientemente bajo como para requerir ingreso hospitalario), cuando puede comenzar a hablar de las agresiones y a poder buscar apoyo externo, tanto en su familia de acogida como en terapia.

Ana, en la relación con sus figuras de apego, no ha podido desarrollar modelos internos de seguridad con respecto a sí misma o a los otros. Ha ido estructurando un Self escasamente integrado. No ha alcanzado capacidades de autorregulación maduras y depende de los síntomas alimentarios o de las autolesiones para obtener, aunque sea de manera temporal, una sensación de autocontrol en situaciones emocionalmente abrumadoras y desestructurantes, como cuando se tiene que enfrentar al rechazo percibido por parte de sus compañeros, situaciones de conflicto interpersonal, situaciones con carga de agresividad, etc.

Tenemos un largo camino por delante, en el que partiendo de una relación que pueda percibir como segura y contenedora (tanto en la consulta con la terapeuta, como fuera de ella con la familia de acogida), Ana pueda ir organizando un Self estructurado y elaborando estrategias de autorregulación sanas y autoprotectoras.

En este punto, como denominador común de estos niños que no han podido establecer una vinculación segura con sus progenitores, cabe introducir un interesante concepto del que nos habla Shelly Doctors (2007), el de "Violencia Emocional". Así, para entender la experiencia emocional subjetiva de una persona que se autolesiona, es necesario considerar las experiencias previas de "violencia emocional" que conducen a que las personas, en momentos de necesidad, se aparten de los otros para buscar el consuelo en una acción dirigida hacia sí mismo. "La violencia emocional" refiere un tipo de dolor que sufren aquéllos que han experimentado una disfunción significativa en la regulación diádica de la ansiedad emocional, como hemos analizado que ocurre en aquellos niños que han establecido una vinculación de tipo insegura (ambivalente o evitativa) o desorganizada.

5 Conclusión

Desde hace una década observamos un aumento significativo en la prevalencia de las demandas en Salud Mental Infantil relacionadas con la presencia de autolesiones. Como todo síntoma, la etiología es multicausal: factores intrapsíquicos, relacionales y sociales. Un factor determinante en la aparición de la autolesión como estrategia autorreguladora, es el establecimiento de vinculaciones inseguras (apego ambivalente y evitativo) o desorganizadas en la infancia. Por ello, a la hora de establecer el plan terapéutico, debemos centrarnos en la importancia de ofrecer una relación terapéutica de seguridad en la que estos niños y adolescentes puedan desarrollar la capacidad de mentalización para poder organizar su Self, verse y ver a los otros, así como a sus futuras relaciones, de una manera más sana y conectada con ellos mismos, a nivel cognitivo, sensorial y emocional.

Y por último, cada rotura del vínculo que lleva a la autolesión tendrá un significado diferente para cada persona. Es el trabajo sobre esa creencia "soy malo" "merezco castigo" "cuando me corto siento control", lo que en definitiva va a guiar el transcurso y los objetivos de la terapia. Lo fundamental es que la terapia ayude a la persona a tener la experiencia de participar en una relación en la que está siendo comprendido, percibido y sostenido.



unsplash.com
©Apollo Reyes

EL DAÑO EN PSICOTERAPIA: CONFESIONES DE UN TERAPEUTA CENTRADO EN EL ERROR

Antonio Olives Alonso

PSICÓLOGO, PRÁCTICA PRIVADA EN
SANTIAGO DE COMPOSTELA

✉ antonioolives@gmail.com

RESUMO: El autor considera que los posibles efectos iatrogénicos de la psicoterapia no han recibido suficiente atención en la investigación y además argumenta que son sistemáticamente ignorados por parte de las personas profesionales de la psicoterapia. Se analizan algunos factores que pueden influir en el poco interés que generan estos efectos en las personas profesionales, se consideran algunos factores que pueden influir en el deterioro de las personas tratadas y se proponen alternativas para poder minimizar estos efectos. En este artículo se considera que la monitorización constante de posibles efectos negativos contribuye a minimizarlos, al tiempo que es un factor clave en el proceso de aprendizaje de las personas profesionales de la psicoterapia.

PALABRAS CLAVE: daño, iatrogenia, *feedback*.

ABSTRACT: The author considers that the possible iatrogenic effects of psychotherapy have not received attention enough in research and further argues that they are systematically ignored by psychotherapists. He analyses some factors that can influence the little interest that these effects generate in psychotherapists, considers some factors that can influence the clients' deterioration and proposes alternatives to minimise these effects. In this article it is considered that the constant monitoring of possible negative effects contributes to minimize them, while being a key factor in the learning process of professionals.

KEY WORDS: damage, iatrogeny, *feedback*.

SUMARIO:

- 1 Confesiones.
- 2 En definitiva: ¿la psicoterapia daña?
- 3 Sálvese quién pueda: o cómo evitar el daño en el terapeuta.
- 4 Factores relacionados con la deterioración en la psicoterapia.
- 5 Lo bueno de lo malo. El terapeuta centrado en el error.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Anderson, T., Ogles, M. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. e Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755-768.

Atkins, D. C. e Christensen, A. (2001). Is professional training worth the bother? A review of the impact of psychotherapy training on client outcome. *Australian Psychologist*, 36, 122-130.

Bergin, A. E. e Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S. L. Garfield e A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª edición, pp. 139-190). Nova York: Wiley.

Boisvert, C. M. e Faust, D. F. (2007). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 708-716.

Brown, J., Dreis, S. e Nace, D. K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? En M. A. Hubble, B. L. Duncan, e S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 389-406). Washington, D. C.: American Psychological Association.

Choudhry, N. K., Fletcher, R. H. Soumerai, S. B. (2005). Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine*, 142 (4), 260-273.

Chow, L. D., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton J. A. e Andrews W. P., (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52, 337-345.

Clement, P. W., (2008). Outcomes from 40 years of therapy in a private practice. *American Journal of Psychotherapy*, 62(3), 215-239.

De Shazer, E. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Bos Aires: Editorial Paidós.

Duncan, B. L., (2010). *On becoming a better therapist*. Washington D. C.: American Psychological Association.

Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. J. e Hoffman, R. (Eds.) (2006). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Nova York: Cambridge University Press.

Ericsson, K. A. (Ed.) (2009). *Development of Professional Expertise. Toward Measurement of Expert Performance and Design of Optimal Learning Environments*. Nova York: Cambridge University Press.


Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

Eysenck, H. J. (1961). The Effects of Psychotherapy. En H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of Abnormal Psychology* (pp. 697-725). Nova York: Basic Books.

Eysenck, H. J. (1966). *The Effects of Psychotherapy*. Nova York: International Science Press.

Gutiérrez, E. (2002). *Todos los pacientes dijeron alguna mentira; alguna vez (por lo menos en Creta)*. En *Anuario de Psicología y Salud: «La Mentira»*. Revista Oficial de la Sección de Clínica del COPG, 1, 20-24.

Hannan, C., Jambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. e Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 155-163.

CONTIÚA EN LA
PÁG. SIGUIENTE 

- Kruger, J., Dunning, D., (1999). Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134.
- Lambert, M. J. e Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, pp. 139-193, Nova York: Wiley.
- Lambert, M. J., (2013). Prevention of treatment failure. The use of Measuring, Monitoring, and Feedback in Clinical Practice. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R. e Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 199-208.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J, Sorrell, R. e Chalk, M. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1).
- Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W. e Yost, E. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 622-628.
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 2, 1-27.
- Moos, R. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: Prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100, 595-604.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2011). *Therapeutic Relationships that Work. Evidence-Based Responsiveness* (segunda edición). Nova York: Oxford University Press.
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A. e Smith, T. B. (2010). Client Outcomes Across Counselor Training Level Within a Multitiered Supervision Model. *Journal of Counselling and Development*, 88, 204-209.
- Olinsky, D. E. e Howard, K. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. En A. M. Brodsky e R. T. Hare-Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy* (pp. 3-34). Nova York: Guilford.
- Owen, J., Duncan, B., Reese, R. J., Anker, M. e Sparks, J. (2014). Accounting for therapist variability in couple therapy outcomes: what really matters? *Journal of Sex Marital Therapy*, 40(6), 488-502.
- Schramski, T. G., Beutler, L. E., Lauver, P. J., Arizmendi, T. A., Shanfield, S. B. (1984). Factors that contribute to posttherapy persistence of therapeutic change. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 78-85.
- Smith, M. L. e Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V. e Miller, T. I. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. e Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644.
- Wampold, B. E. e Brown, G. (2005). Estimating therapist variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*.
- Warren, J. D., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A. e Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health vs. managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 144-155.

1 Confesiones

Creo conveniente comenzar la redacción de este texto con un ejercicio de catarsis, un ejercicio de liberación. Debo confesar que durante mi trayectoria profesional y como consecuencia directa de mi desempeño como psicoterapeuta, algunas personas han salido dañadas, sí, he dañado a gente. La confesión va acompañada como debe ser, de un acto de constricción y mi sincero propósito de enmienda:

- Lo siento, me he equivocado, pero probablemente, muy a mi pesar, volverá a ocurrir.

Precisamente la convicción de que volverá a ocurrir es lo que me ha motivado a escribir este texto. Cualquiera puede entender que el tema propuesto en este anuario no es un tema ajeno a nuestra profesión, a menudo trabajamos con personas que han sufrido situaciones dolorosas o las están sufriendo en el momento que trabajamos con ellas, hay muchas teorías sobre los distintos procesos por los que las personas sufren y algunas de estas son muy interesantes. Yo no soy persona proclive a la teorización, y si lo hiciera, lo haría mal, por lo que cuando el equipo editor de este anuario me dio la oportunidad de participar en él, tuve claro que mi aportación no iría por ese camino. Condicionado además por las limitaciones que me impone mi modelo (que es lo que hacen los modelos, nos dicen hacia dónde debemos mirar, y nos limitan especificando a donde no), que me lleva a estar más interesado en el proceso de cambio que en la naturaleza de las situaciones que generan dolor a las personas con las que trabajamos.

Mirando a la psicoterapia en cuanto a proceso generador de cambio y a su relación con “el daño”, y habiendo descartado la mirada hacia las personas que atendemos en cuanto a “sujetos dañados”, podríamos también cambiar la mirada hacia el terapeuta en cuanto a “sujeto dañado”: síndrome de burnout, cómo acercarnos a situaciones emocionalmente duras para el terapeuta, cómo cuidarnos... Sin embargo, aunque acumulo alguna experiencia y quizá también como consecuencia de mi propia inconsciencia, no es un tema que haya llamado mi atención y sobre el que tengo conocimientos escasos. Lo que sí ha sido foco de mi interés durante los últimos años, es otra mirada a la relación entre psicoterapia y daño: la psicoterapia (o el terapeuta como actor en el proceso) como posible generador de daño.

Asumo que el tema elegido puede ser duro y que pudiera parecer un intento de apedrear el propio tejado, sin embargo, tengo la sensación de que la iatrogenia es un tema al que la psicología (y con ella la psicoterapia) no le ha prestado la suficiente atención, al menos en comparación con otras profesiones sanitarias para las que atender a la posibilidad de que existan efectos negativos de sus intervenciones les ha llevado a intentar al menos, controlarlos (con más o menos éxito). Si acudimos a la medicina podemos encontrarnos con la máxima “*Primum non nocere*”, atribuida al propio Hipócrates, que, aunque también se ha asumido desde otras profesiones sanitarias, refleja la atención que desde sus albores, la medicina ha prestado a la posibilidad de que sus intervenciones tengan resultados dañinos, añadiendo credibilidad a la propia disciplina y no lo contrario.

Si atendemos en cambio, a nuestro propio código deontológico, es difícil encontrar alguna referencia a la posibilidad de que el resultado de algún proceso o de la actuación profesional pueda ser dañino. Únicamente encontramos referencia a procedimientos que pueden generar sufrimiento cuando se considera la investigación (artículos 34, 35 y 36, en el artículo 37 se hace referencia al sufrimiento animal). Sin embargo, en lo relativo a los posibles efectos de las intervenciones psicológicas, sólo encontramos en el artículo 26, la posibilidad de que existan intervenciones no eficaces: “*El/la Psicólogo/a debe dar por terminada su intervención y no prolon-*



unsplash.com
©Nicolas Cool

garla con ocultación o engaño tanto si se han alcanzado los objetivos propuestos, como si tras un tiempo razonable aparece que, con los medios o recursos a su disposición, es incapaz de alcanzarlos. En este caso indicará a la persona, grupo, institución o comunidad qué otros psicólogos o qué otros profesionales pueden hacerse cargo de la intervención". Considerando que, sin duda prolongar un tratamiento ineficaz puede ser dañino, (al menos si consideramos que puede suponer una contribución a que la persona no busque soluciones alternativas que sí pueden ser eficaces), pareciera que el peor efecto de una intervención es solamente resultar ineficaz, nunca perjudicial.

La posibilidad de deterioro en la intervención terapéutica tampoco recibe excesiva atención cuando fijamos nuestra atención a la investigación. Cualquier tratamiento médico que pretenda ser aprobado, deberá demostrar en ensayos clínicos además de su eficacia, su seguridad. Por ello los ensayos clínicos en fármacos y otras intervenciones médicas deben monitorizar además de los resultados en indicadores de mejoría, también los posibles efectos adversos. No es difícil encontrar ensayos sobre eficacia en psicoterapia en los que no se considera la posibilidad de efectos adversos y no aparecen datos de personas participantes que hayan empeorado.

De esta aparente ausencia de preocupación por la posibilidad de que las personas que buscan tratamiento psicoterapéutico puedan empeorar, podría desprenderse que este no es un problema en nuestro campo, pero aunque no hay mucha investigación que aborde directamente el tema, sí que hay algunas revisiones que nos alertan de que ignorar esta posibilidad podría ser cuando menos irresponsable. En las primeras revisiones metanalíticas, Smith et al (1980) ya encontraron que el 9% de las medidas de tamaño del efecto recogidas en el metanálisis eran negativas (mejores puntuaciones en los criterios de mejora en el grupo control que en el grupo de tratamiento), Lambert y Ogles (2004) en una revisión de un buen número de los metanálisis existentes hasta el momento sobre distintos tratamientos para la ansiedad (28), depresión (17) y otros trastornos (57) encontraron que el número de personas atendidas que empeoraban durante el tratamiento variaba entre el 5 y el 10%. En el caso de los tratamientos para el abuso de sustancias el porcentaje de deterioro es mayor aún. Por ejemplo, Moos (2005) estudió los posibles efectos iatrogénicos en tratamientos psicosociales de las adicciones, mediante la revisión de distintos estudios controlados, encontrando que entre el 7% y el 15% de personas que participaban en estos programas, empeoraban tras finalizar el tratamiento o poco después. En el caso de la atención infantil nos encontramos que la situación podría ser más preocupante, Warren et al (2010) recogieron resultados de casi 4.000 personas de entre 4 y 17 años, tratadas en atención especializada y atención comunitaria; encontraron que un importante número de personas menores de edad sufrieron un incremento significativo en sus síntomas durante el curso del tratamiento (un 14% y un 24% respectivamente). Considero que son cifras que no podemos

ignorar, existe cierta consistencia en los estudios que han abordado la cuestión, pudiendo asumir que el número de personas atendidas con psicoterapia que empeoran durante el curso de la intervención es de entre un 5 y un 10%.

Parece que esta sensación de ausencia de preocupación por esta situación, podría estar alimentada también por la aparente ausencia de interés que los psicoterapeutas tenemos sobre los resultados de la investigación. Boisvert y Faust (2007) quisieron comprobar el nivel de conocimiento que las personas que practican la psicoterapia tenían sobre los descubrimientos que se han hecho en investigación sobre su campo, para ello entrevistaron a 181 terapeutas, encontrando que, si bien había un pequeño número de terapeutas con mucha información sobre estos resultados, la mayoría no llegaban a un conocimiento mínimo que los investigadores consideraban aceptable. En concreto y en relación al tema que nos ocupa, cerca del 30% de las personas entrevistadas no eran conscientes de la posibilidad de que el resultado de la psicoterapia fuera negativo, ni en qué porcentaje esto se producía.

Todo lo dicho hace que sea muy necesario hacernos conscientes de este fenómeno y atender a los porcentajes conocidos de resultados negativos en psicoterapia al menos por dos razones:

En primer lugar, por una cuestión de pura ética profesional, asumiendo el principio de *"Primum non nocere"*. Este principio pone en primer lugar la posibilidad de daño, incluso por encima del posible beneficio de una intervención, podría traducirse por un "a veces es mejor estarse quieto". Podremos entender las cifras conocidas de deterioro como un daño colateral, asumible si consideramos todos los números (el número de personas que han empeorado durante nuestra intervención y también el número de aquellas que han mejorado durante la misma). Es más difícil hacer estas asunciones cuando humanizamos los números, cuando los convertimos en personas, más difícil aún si consideramos que podemos evitarlo. Si somos conscientes de que el fenómeno se da, es decir, si somos realmente conscientes de que algunas personas que estamos atendiendo pueden empeorar y nos esforzamos en identificarlas, siempre podríamos, como mínimo, retirarnos a tiempo. Aceptando la propuesta de Emilio Gutiérrez (2002) de que "en muchas ocasiones la psicoterapia consiste en no impedir que los pacientes mejoren por sí mismos", podríamos llegar a considerar, incluso, una excelente y efectiva intervención terapéutica lo que Barry Duncan (2010) refiere como "fracasar exitosamente"; que implicaría poder retirarse a tiempo con aquellas personas que no están mejorando o que están empeorando, para que ellas puedan probar soluciones alternativas más útiles.

La segunda razón por la que creo que debemos considerar estas cifras es que, aunque los resultados son más o menos consistentes entre distintos estudios, también es cierto que estas cifras no son consistentes entre terapeutas, podríamos decir que entre las personas tratadas por un/a terapeuta medio empeoran entre un 5 y

un 10%, pero no todas las personas que nos dedicamos a la psicoterapia somos terapeutas medios (la mayoría no lo somos), hay quien mejora estas cifras y quien las empeora. La contribución de la figura del terapeuta a los resultados de la psicoterapia es bastante intuitiva (no parece difícil entender que unos terapeutas obtienen mejores resultados que otros), pero además, esta contribución ha sido suficientemente documentada. En su trabajo Olin-sky y Howard (1980) encontraron que entre un 6 y un 7% de las personas tratadas, tuvieron resultados negativos, pero de estos resultados, la mayoría eran atribuibles a un reducido subgrupo de terapeutas. En un estudio más reciente Wampold y Brown (2005) analizaron los resultados obtenidos en psicoterapia por 6.146 personas tratadas por 581 terapeutas, confirmando que uno de los factores con más influencia en la varianza de los resultados es la figura del terapeuta, que explica el 5% de la varianza. Además, al clasificar a las personas profesionales en función de los resultados, entre aquellas que se situaban en el cuartil inferior, el porcentaje de pacientes que empeoraron rondó el 20%. Entiendo que cualquier colega estará de acuerdo en que “no queremos ser del cuartil inferior”.

“Entiendo que cualquier colega estará de acuerdo en que «no queremos ser del cuartil inferior»”

2 En definitiva: ¿la psicoterapia daña?

Cuentan que en una ocasión un periodista preguntó a Unamuno: “¿Cree usted que existe Dios?” a lo que Unamuno contestó: “Dígame usted qué entiende por creer, por existir y por Dios y le contesto”. Pues bien, entiendo que corresponderá definir qué es lo que se entenderá en estas líneas cuando se mencione la “psicoterapia” y el “daño” (en el ámbito de la psicoterapia).

• ¿Qué entendemos por *psicoterapia*?

Con toda seguridad todas las personas que estén leyendo este texto tengan una idea más o menos formada de a qué nos referimos cuando hablamos de psicoterapia, aunque es probable también, que esa definición esté más o menos condicionada por la extensísima variabilidad en modelos, técnicas y procedimientos y la proximidad personal a unos u otros. Si alguna persona ajena a nuestro campo nos preguntara ¿qué es lo que hace una persona profesional de la psicoterapia?, ¿qué es la psicoterapia? Sería difícil explicarlo sin hacer referencia quizá, a procedimientos, técnicas o teorías más próximas a nuestra forma de entender la psicoterapia. Por tanto, la propia definición no está exenta de debate en cuanto a que, al fin y al cabo, una definición conlleva una exclusión, nos especifica qué es “psicoterapia” pero también aquello que no es. Partiendo de la premisa de que ninguna definición propuesta sería totalmente adecuada, cuando nos refiramos a “psicoterapia” en este texto asumiremos la definición que ofrece Bruce Wampold. Se trata de una definición seguramente incompleta, no necesariamente correcta, pero necesaria para poder aclarar que, las afirmaciones y comentarios que se hacen en este texto se refieren a aquellas prácticas que se ajustan a esta definición, pero no necesariamente a otras:

La psicoterapia es un tratamiento principalmente interpersonal que: a) está basado en principios psicológicos; b) involucra a un/a terapeuta formado y a un/a cliente que busca ayuda para un trastorno mental, un problema o una queja; c) el/la terapeuta pretende que sea correctivo para el trastorno, problema o queja del/la cliente; y d) está adaptado o individualizado para el/la cliente particular y su trastorno, problema o queja. (Wampold, 2015, p.37)

Entenderemos que se trata de una actividad fundamentalmente interpersonal, que implicaría al menos a dos personas, y mediada por la conversación, estarían excluidas de esta definición por ejemplo, la biblioterapia, Apps de autoayuda, audios de relajación o cualquier otro recurso siempre y cuando no impliquen una inte-

racción con una persona profesional de la psicoterapia (quiero insistir que esto no pone en duda su utilidad, sólo se indica que no se ajusta a la definición de psicoterapia propuesta) y también las intervenciones basadas únicamente en programas de refuerzo o castigo, siempre que no implique una intermediación del lenguaje. Parece que estas intervenciones efectivamente generan cambios, pero no estarían consideradas como psicoterapia según esta definición.

Por otra parte, deberá estar basada en principios teóricos psicológicos, excluyéndose intervenciones basadas en conceptos religiosos, tradiciones culturales, explicaciones de tipo “energético”, etc. Debe incorporar a una persona profesional formada para ello, excluiríamos de la definición por ejemplo a los grupos de autoayuda.

La necesidad de la existencia de un trastorno, queja o problema, excluiría aquellos procedimientos con único objetivo de desarrollo o crecimiento personal, o cualquier intervención de tipo preventivo. Por otra parte, un elemento fundamental en esta definición es que el terapeuta crea en la efectividad del tratamiento, en principio pudiera parecer una indicación poco necesaria, sin embargo necesaria para excluir algunas intervenciones que en ocasiones se utilizan como grupos de comparación en la investigación en psicoterapia a modo de placebos psicológicos.

El último elemento de la definición implica que la intervención psicoterapéutica debe responder y adaptarse a clientes concretos, excluyendo así determinadas intervenciones protocolizadas que no consideren la particularidad o no respondan de modo individualizado, como podrían ser protocolos de relajación o grupos de meditación.

A riesgo de ser demasiado insistente, quiero aclarar que esta será la definición asumida en este texto a la que se referirán todas las afirmaciones que así se hagan, no pretendiendo en ningún caso entrar en un debate sobre lo que “realmente” es psicoterapia.

• ¿Qué entendemos por *daño*?

Más arriba hemos visto algunas cifras y porcentajes referidos a “deterioro” en investigación de resultados en psicoterapia. Estos datos se refieren a aquellas personas que, al final del tratamiento tienen peores puntuaciones en los criterios elegidos en la investigación que cuando iniciaron el tratamiento. Sin embargo, para afirmar que la psicoterapia ha “dañado” a estas personas es necesario demostrar que ese empeoramiento o deterioro es consecuencia directa del tratamiento psicoterapéutico. Cuando hablamos de daño o iatrogenia nos referimos a un deterioro inducido por el proceso psicoterapéutico.

• ¿La psicoterapia *daña*?

Estoy seguro que la mayoría de las personas informadas en relación a la psicoterapia, cuando al inicio de este escrito insinuaba cierta despreocupación en cuanto a la posibilidad de que la psicoterapia pueda inducir deterioro, recordaron a Eysenck (1952, 1961, 1966) y sus primeros estudios sobre eficacia. Eysenck concluía que la psicoterapia, en contraposición a la terapia conductual, no sólo no era efectiva si no que sería también dañina. Atribuía el daño, no tanto al número de personas que empeoraban durante el tratamiento, si no que encontraba que el porcentaje de personas que mejoraban con tratamiento psicoterapéutico era menor que el número de personas que mejoraban sin tratamiento. En su estudio original en el que revisó 24 estudios sobre resultados de psicoanálisis y psicoterapia ecléctica, halló que el 44% de las personas tratadas con psicoanálisis mejoraron, el 64% de las personas tratadas con psicoterapias etiquetadas como eclécticas mejoraron frente al 72% que mejoraron sin intervención psicoterapéutica. Este primer estudio de Eysenck ha sido rebatido en distintas ocasiones y también replicado. Por una parte, las críticas se centran en distintos aspectos en cuanto al diseño de la investigación, la selección de la muestra (especialmente algunos estudios excluidos) y la ausencia de aleatorización de las muestras, pero especialmente la elección de los grupos control, en los que de nuevo, no hay aleatorización y no se define exactamente el tipo de tratamiento que están recibiendo. En una réplica del estudio Bergin y Lambert (1978) encontraron tasas bastante inferiores de recuperación espontánea (1/3 frente a los 2/3 de Eysenck).

Tras este primer estudio de Eysenck se sucedieron muchos otros intentando establecer si la psicoterapia (las psicoterapias) es efectiva. Un acontecimiento central en la investigación de la eficacia de la psicoterapia (y en la investigación en general en cualquier campo), fue el desarrollo de la técnica del metanálisis, que permitió resumir los resultados de muchos estudios, que utilizaban herramientas y medidas de resultado distintas, obteniendo además en ocasiones resultados muy distintos o incluso opuestos. Smith y Glass (1977) llevaron a cabo el primer metanálisis en el que analizaron los datos de 375 estudios sobre distintos modelos terapéuticos aplicados a variedad de quejas, obteniendo un resultado significativo en favor de la psicoterapia en cuanto a tratamiento efectivo, con un tamaño del efecto de $d=0,68$. Al repetir la experiencia tres años después (Smith, Glass, y Miller, 1980), esta vez incorporando 100 estudios más a la muestra inicial, encontraron que el resultado era muy positivo, con un tamaño del efecto de $d=0,8$. En 1993 ya se habían realizado más de 40 meta-análisis, multiplicándose notablemente hasta la actualidad, en que hay más de 700 metanálisis realizados con tamaños del efecto que varían entre el $d=0,8$ y el $d=1,2$. De cualquier manera podemos afirmar que la cifra de $d=0,8$ es bastante consistente en los estudios.

Debemos tener en cuenta los estándares de Cohen para el tamaño del efecto, que establecen cuáles serían tamaños del efecto pequeños ($d < 0,2$) medianos ($d < 0,7$) o grandes ($d = 0,8$ o más). Nos encontraríamos que el efecto de la psicoterapia es considerado como grande, más grande que muchos tratamientos de los que asumimos su efectividad sin cuestionarla, por ejemplo el tamaño del efecto de la psicoterapia sería equivalente al del Bypass coronario en casos de angina de pecho o muy superior al tratamiento anticoagulante en caso de tromboembolismo ($d = 0,3$).

• De acuerdo, la psicoterapia en general es beneficiosa, pero puede haber alguna psicoterapia en concreto que sea dañina

Hablar de “la psicoterapia” considerando la variabilidad en modelos, técnicas y procedimientos, podría resultar confuso para algunas personas, si en lugar de esto nos refiriésemos a “las psicoterapias” tendríamos que hacer aclaraciones sobre qué psicoterapias son beneficiosas o cuales son dañinas.

Lilienfeld (2007) ha hecho un interesante esfuerzo por revisar estudios y establecer un listado de psicoterapias potencialmente dañinas, llegando a un total de 10 tratamientos o programas “probablemente dañinos para algunas personas”. Entre ellas se encuentran el *Debriefing*, la comunicación facilitada, las técnicas de recuperación de memorias, los campamentos con disciplina militar para problemas de conducta (“*boot camps*”), “*Scared Straight Interventions*” (intervenciones basadas en que los adolescentes vean las consecuencias que pueden tener sus conductas, con visitas a prisiones y encuentros con internos), la psicoterapia para trastornos disociativos de identidad, el *Counseling* para “duelos normales”, terapias de apego, las terapias expresivas-experienciales y algunos programas educativos de prevención de consumo de sustancias. De acuerdo con Wampold (2015, p.106), podemos comprobar que gran parte de estos tratamientos no son exactamente psicoterapias, al menos no lo son considerando la definición asumida en este artículo. Algunos de estos programas están destinados a jóvenes con problemas de conducta, tienen en común la idea de enfrentarles a situaciones duras, bien por presentarles las posibles consecuencias de sus actos o por la aplicación de una disciplina pseudo-militar (programas de simulación de encarcelamiento, o campamentos con disciplina militar), el resultado en estudios controlados y meta-análisis sugiere que estas intervenciones empeoran los problemas de conducta, sin embargo no son psicoterapia en sentido estricto. En esta lista también se encuentran tratamientos como el *Debriefing* o el *Counseling* en casos de pérdida con “duelo normal”. De nuevo ninguno de estos dos tratamientos se ajusta a lo que entendemos por psicoterapia, por un lado en el caso del *Debriefing*, no hay una persona que “busca ayuda”, en el caso del *Counseling* para casos de duelo, el trastorno, problema o queja está ausente. Otros tratamientos han sido clasificados como potencialmente dañinos, sin que existan estudios controlados sobre ellos, basándose en informes de casos aislados, como en el caso de algunas terapias que denomina “de apego” como el *Rebirding* o “terapias de abrazo”, en las que se ha informado del fallecimiento de un niño por ahogamiento durante uno de estos procedimientos. Hay también algún informe de “inducción de falsas acusaciones de abuso a familiares” en intervenciones de “comunicación facilitada” que tampoco podríamos considerar como una intervención psicoterapéutica; e informes de “inducción de falsas memorias” en procedimientos hipnóticos de recuperación de recuerdos. Otras intervenciones recogidas, no se ajustarían a la definición de psicoterapia porque son fundamentalmente programas preventivos (de consumo de sustancias). En el listado incluye como potencialmente dañinas algunas terapias “Expresivas-Experienciales” como algunas terapias Gestálticas, aunque la evidencia presentada dista de ser concluyente.



unsplash.com
©Hannah Busing

Partiendo de que muchas de las intervenciones mencionadas pueden parecer cuestionables para muchos lectores (entre los que me incluyo), pero adoptando una actitud imparcial intentando no juzgar determinados modelos en función de sus consideraciones teóricas, poco asumibles desde mi punto de vista, podemos afirmar que de un modo general no hay psicoterapias o modelos psicoterapéuticos dañinos. En general, los programas e intervenciones mencionadas no son consideradas como psicoterapias según los términos adoptados en este artículo, y en los casos en los que sí que se podrían acercar a la definición, los daños causados pueden ser consecuencia más de una aplicación muy negligente de las mismas que por los procedimientos en sí.

En conclusión, a la pregunta que ilustra este apartado ¿la psicoterapia daña?, la respuesta es que no, la psicoterapia es efectiva y resulta útil a la mayoría de las personas. Esta afirmación no pone en duda sin embargo que una persona concreta, implicada en un proceso terapéutico concreto, con una persona terapeuta determinada, pueda empeorar.

3 | **Sálvese quién pueda: o cómo evitar el daño en el terapeuta**

Sí, había escrito más arriba que la perspectiva del daño al terapeuta no formaría parte del contenido de este escrito. Sin embargo, se me ocurre que tras haber expuesto algunos datos que pueden describir una realidad dura (la posibilidad de que en lugar de ayudar podamos colaborar al daño en algunas personas), especialmente para una profesión con un importante componente vocacional y de ayuda, se hace necesario proponer algunas claves que pueden ayudar a llevar mejor esta realidad.

• **Esto no va conmigo, yo lo hago bien**

Sí, esto es lo primero que puedo pensar, que la posibilidad del deterioro como consecuencia de mi trabajo es algo que está relacionado con mi habilidad o capacidad (cierto en gran parte) y que por lo tanto es algo de lo que, una persona con mis recursos, no debe preocuparse. Preocuparse por este fenómeno es algo que corresponderá a personas con menos conocimiento, experiencia, inteligencia y habilidad (añádase aquí todas las cualidades que se deseen). De hecho, esta posible solución que pudiera parecer prepotente (siempre que la empleen otras personas), es probablemente la más utilizada. No es difícil que esto suceda porque efectivamente, tendemos a sobreestimar nuestra capacidad como terapeutas (algo común a muchas profesiones). Para comprobar este efecto, conocido en EEUU como el *"Efecto Lago Wobegon"* Walfish et al. (2012) estudiaron la autopercepción de 129 terapeutas, además de una muestra multidisciplinar de profesionales de la salud mental, mediante una encuesta en la que debían situarse

en relación a sus compañeros (en términos de percentil), además de valorar qué porcentaje de las personas que trataban mejoraban, seguían igual o empeoraban como consecuencia de sus tratamientos. En general las personas profesionales consultadas se situaban de media en el percentil 80, la inmensa mayoría (el 90%) se situaban por encima del percentil 75, una cuarta parte de las personas consultadas se situaron por encima del percentil 90 y solamente el 4% consideraban que estaban en la media. Ninguna de las personas encuestadas se situó por debajo de la media. No es necesario tener amplios conocimientos de estadística para llegar a la conclusión de que aquí alguien se equivoca. Cuando estas personas eran preguntadas por su eficacia, las respuestas también distan bastante de lo que reflejan habitualmente los estudios sobre eficacia en psicoterapia, la cuarta parte de las personas consultadas considera que el 90% de sus clientes/pacientes mejoran y casi la mitad consideran que ninguno de sus pacientes empeoran. Como norma, y atendiendo a los resultados de esta encuesta, tendemos a pensar que el 80% de las personas que atendemos mejoran, un 17% siguen igual y sólo un 3% empeoran (estas no son las cifras de un/a profesional medio).

De acuerdo, tenemos tendencia a sobreestimar nuestra habilidad como terapeutas, sin embargo, todavía hay esperanza, si todas las personas profesionales de la psicoterapia se sitúan por encima de la media, parece que la mitad podrían estar equivocados, pero no la otra mitad, no hay ninguna razón para pensar que no puedo ser de esas personas que no lo están, es más, si el 25% se sitúan por encima del percentil 90, muchas personas están equivocadas pero ¿por qué no puedo estar yo en lo cierto?

Esta forma optimista de pensar seguro que puede tener un valor que potencie mi autoestima, quizá me haga una persona más feliz y un profesional con menos probabilidad de quemarme. Siempre y cuando ignore algún trabajo que parece indicar que esta tendencia a sobreestimar nuestro rendimiento es precisamente una característica de las personas con un peor rendimiento. Kruger y Dunning (1999) publicaron un artículo que resumía los resultados de cuatro estudios en los que se valoraba la autoevaluación que hacían las personas sobre tres cualidades: humor, gramática y lógica, observando que las personas que se situaban en el cuartil inferior en estas cualidades resultaban ser las que mejor se valoraban. Este artículo acuñó como *"Efecto Kruger-Dunning"* al sesgo cognitivo por el que las personas con poca habilidad tienden a autoevaluarse en una posición superior a otras con más habilidad. Estudios posteriores han replicado este efecto, incluso cuando se ofrecían incentivos por haberse valorado de una forma precisa.

Esta situación nos pone en la paradoja de tener que autoevaluarnos de una forma discreta para poder situarnos en una mejor posición en cuanto a habilidad. Especialmente debemos atender al hecho de que parece que lo que hace que las personas con un peor rendimiento se sobreestimen tiene que ver con su

incapacidad para detectar sus puntos débiles. ¿Podría ser una buena forma de mejorar nuestro rendimiento esforzarnos en identificar nuestros puntos débiles?, ¿podría esto implicar que debemos prestar especial atención a la posibilidad de que algunas personas con las que trabajamos empeoren?

• No es por min, es por ti

Otra estrategia que puede aliviar el sufrimiento que nos provoca pensar que nuestro trabajo en ocasiones no sólo puede ser inútil, si no también dañino, es repartir la responsabilidad o descargarla totalmente en la persona que estamos tratando. Al fin y al cabo, si pensamos que las personas tratadas son un factor fundamental en su mejoría ¿por qué no iban a ser también responsables de su propio deterioro? Puede ser que algunas personas acudan en busca de tratamiento ya en un curso de deterioro que simplemente no hemos podido ayudar a detener, se trataría del curso natural del problema y no nuestra propia intervención la causa del deterioro (hablaríamos entonces de deterioro y no daño o iatrogenia). Esta postura es razonable, aunque no nos libra de la responsabilidad de impedir ese deterioro, por lo que en un creativo salto argumental podemos aumentar la apuesta y proponer que “el/la cliente no colabora” o más aún “el/la cliente se resiste” o simplemente “no quiere mejorar”. Y es que las personas que acuden en busca de psicoterapia no tienen a bien leerse los libros que nosotros estudiamos, ni reaccionar como estos libros dicen que deberían hacerlo.

Lo cierto es que, si bien los/as clientes tienen una contribución muy importante en el resultado de la psicoterapia, algunos estudios (Wampold y Brown, 2005; Owen et al., 2014), establecen a la figura del terapeuta como la que explica el mayor porcentaje de varianza en los resultados (entre un 5% y un 8% de la varianza), mucho más que el diagnóstico, la edad o género de la persona tratada o el uso (o no) de medicación (la varianza explicada por estos factores ronda el 0%). Esta información nos invita a modificar el “no colabora” o “se resiste” por “no colabora conmigo” y “se me resiste”.

La proclamación de la “muerte de la resistencia” por Steve De Shazer en los años 80 (De Shazer, 1991), supone para muchos un cambio fundamental en la forma de concebir la psicoterapia. En mi opinión un cambio relevante no porque el concepto de resistencia fuera un concepto inútil, al fin y al cabo y a pesar de su funeral, los comportamientos que anteriormente eran conceptualizados como resistencia se reencarnan en “formas de colaboración”, sino porque cambia el foco de la responsabilidad en la colaboración, siendo las/os terapeutas quienes tienen que hacer el esfuerzo de colaborar con las/os pacientes. La referencia a este autor está vinculada a un modelo terapéutico concreto (Terapia Centrada en Soluciones), así que tendré que admitir cierto sesgo de filiación en esta argumentación, por lo que siempre podemos seguir pensando que hay personas que acuden a psicoterapia empleando sus recursos (tiempo, dinero) para seguir igual o peor.

• Cuánto peor, mejor; para mí (su) beneficio terapéutico

Otra estrategia que nos puede generar cierto alivio es considerar el deterioro en psicoterapia como parte de la mejoría. Podemos considerar que el deterioro es consecuencia de que la persona está afrontando una realidad dolorosa y que este es un proceso necesario para poder mejorar. Podríamos pensar que un paso previo para solucionar un problema es reconocerlo y esto puede resultar en un deterioro inicial, podríamos incluso recurrir a la conocida cita de J.F Kennedy de que “crisis significa oportunidad en chino” (a pesar de ser una afirmación falsa), o que es necesario destruir para poder construir, etc.

“Cambia el foco de la responsabilidad en la colaboración, siendo los terapeutas quienes tienen que hacer el esfuerzo de colaborar con los pacientes”

La idea de que en un proceso terapéutico las personas deben afrontar situaciones dolorosas como parte de la mejoría y por lo tanto presentar una curva de deterioro previo a ésta, no parece descabellada desde un punto de vista lógico, e incluso es coherente con las propuestas teóricas de algunos modelos psicoterapéuticos, en los que, incluso en momentos determinados puede llegar a considerarse la mejoría como un mal dato para el objetivo de la terapia (una huida hacia la salud, para evitar el sufrimiento necesario). Sin embargo, los resultados obtenidos en numerosos estudios en los que se investigaron las trayectorias de cambio en psicoterapia nos indican que esta idea podría ser incorrecta. La investigación parece revelar que uno de los principales predictores de que el proceso terapéutico resultará exitoso es el cambio temprano, que las personas experimenten mejorías en los primeros compases del tratamiento y no al revés (Brown, Dreis y Nace, 1999), particularmente en las tres primeras sesiones y casi siempre antes de la séptima. Y de la misma manera que la mejoría predice más mejoría, el deterioro predice más deterioro o abandono (Miller et al., 2006).

Finalmente, conviene señalar que los datos de deterioro presentados anteriormente están referidos a los resultados obtenidos una vez finalizada la intervención y no durante el curso de ésta.

• ¿Solucionar el problema?

Por último, para aquellas personas que se encuentren incómodas (por cualquier razón) con las estrategias anteriormente propuestas para afrontar la posibilidad de que algunas de las personas con las que trabajan tengan resultados negativos, quedaría la opción de intentar solucionar el problema. Esta opción quizá pasará por formarse más, adquirir más experiencia.

La posición que se defenderá en este escrito es que, solucionar el problema debe pasar por ser capaces de identificar a las personas que pueden deteriorarse en el curso del proceso terapéutico y poner los medios para evitarlo, bien variando la estrategia de intervención o, si esto no fuera suficiente, retirarse y derivar.

Desgraciadamente, nuestra habilidad para identificar a las personas que están en riesgo de deterioro es equivalente a nuestra habilidad para juzgar nuestras propias habilidades, es decir, poca. Hannan et al. (2005), quisieron valorar esta habilidad para identificar personas en riesgo de deterioro, para ello hicieron una investigación que implicó a 40 psicoterapeutas (20 terapeutas en formación y 20 con experiencia) y a 550 clientes. Se les informó de cuál era el objeto de la investigación (conocer su precisión al identificar clientes en deterioro), se les recordó que en distintas investigaciones se había encontrado que el porcentaje de clientes con resultado negativo rondaba el 8%. Posteriormente, y durante un período de tres semanas, se les preguntó al final de cada sesión si consideraban que esa persona podría finalizar el tratamiento peor de lo que empezó y ade-

más, si consideraban que esa persona en esa sesión concreta, estaba peor que cuando comenzó el tratamiento. Las personas responsables de la investigación informaron también que su hipótesis de partida era que la experiencia jugaría un papel fundamental en esta habilidad, por lo tanto que esperaban que aquellas personas con más experiencia deberían tener más precisión en sus predicciones. Del total de 550 clientes, 40 finalizaron el tratamiento peor de como lo iniciaron, lo que supone un porcentaje muy próximo al informado a las personas profesionales que participaron en la investigación que, por su parte, hicieron una predicción de deterioro en sólo 3 casos (un 0,01%), de los que solamente en un caso la predicción fue acertada. Al contrario de lo esperado, del grupo de terapeutas con más experiencia, nadie hizo ninguna predicción de deterioro, de modo que la única predicción acertada sobre 550 la realizó un terapeuta en formación. Sin embargo, el empleo de procedimientos de monitorización de los resultados y los algoritmos de predicción que se estaban testando en la investigación (el OQ-45) permitió identificar a 36 de los 40 casos que finalizaron con deterioro. La incapacidad que tenemos para identificar pacientes en riesgo está directamente vinculada a cierta ceguera para ver el empeoramiento en los síntomas. En este estudio y aplicando los algoritmos del OQ-45 se identificaron en 55 ocasiones señales de riesgo de deterioro (por un empeoramiento de los síntomas) en una sesión concreta, en 21 de estos casos y al finalizar esa sesión, esos casos fueron juzgados por su terapeuta como “mejor” o “recuperado”.

• ¡Estudie más!

Ya que la experiencia no es algo que podamos manejar a corto plazo, lo primero en lo que podemos pensar es en estudiar más, más cursos y talleres, más libros, más métodos y técnicas, más diplomas. Esta vía es sin duda loable, seguro muy útil, y además nos proporcionará múltiples recursos, pero desafortunadamente, los resultados de algunos estudios parecen indicar que la influencia del grado de formación en nuestra eficacia es bastante pobre. En un estudio ya mencionado, Wampold (2005) encontró que la varianza de los resultados explicada por el nivel de titulación es próxima a cero. En esta línea Nyman et al. (2010) quisieron comprobar las diferencias en los resultados obtenidos por clientes tratados por los miembros del equipo profesional de una institución, en comparación con los resultados obtenidos por clientes que recibían tratamiento de terapeutas en prácticas en el mismo centro, resultando que, al margen de que existía una mejoría significativa en las personas tratadas, no había ninguna diferencia en los resultados obtenidos por miembros del equipo en comparación con los obtenidos por terapeutas en prácticas. Atkins y Christensen (2001) hacen una comparación más extrema, intentando observar las diferencias en los resultados obtenidos por profesionales y para-profesionales, resultando que, aunque en general parece que el hecho de haber tenido una formación específica tiene una influencia

directa en algunos aspectos, sobre todo en la adherencia y la duración de la terapia, las personas para-profesionales resultan ser también útiles, con unos resultados no muy alejados de los obtenidos por profesionales.

• ¡Más experiencia!

Quizá con el tiempo mis resultados mejoren y consiga mejorar mis cifras a la hora de identificar y evitar que algunas de las personas con las que trabajo empeoren, al fin y al cabo, pago el precio de la inexperiencia (podríamos pensar). Como en el caso de la formación que, aunque muy importante, no parece ser determinante en los resultados, en la búsqueda de la excelencia (al menos en el empeño por asegurarse no estar en el cuartil inferior), el factor experiencia parece que tampoco es de los más determinantes. No lo es en el caso de la psicoterapia de la misma forma que no parece serlo en muchos otros campos.

La investigación reciente sobre el rendimiento superior desafía el mito popular de que la pericia y el rendimiento superior se desarrolla de forma inevitable, emergiendo de forma natural como consecuencia de muchos años de experiencia en un área. Hay en la actualidad amplia evidencia en muchos campos diferentes de que el número de años de experiencia es un predictor pobre del rendimiento profesional objetivo. (Ericsson, 2009)

En relación a esta afirmación, Anders Ericsson (2009) recoge en su compilación "Development of Professional Expertise", no sólo evidencia sobre la escasa relación entre rendimiento y años de experiencia, más aún, existen algunos estudios que parecen indicar que el rendimiento podría incluso deteriorarse con los años de experiencia. Por ejemplo, Choudhry (2005) concluye en relación a la medicina que, médicos con más años de experiencia "podrían estar en riesgo de prestar una atención de peor calidad", hasta el punto que la supervivencia de pacientes con problemas cardíacos desciende con el número de años que han pasado desde la graduación de su profesional de la medicina. Resultados similares se han encontrado en muchas otras áreas. En psicoterapia, el psicólogo Paul Clement (2008) ha escrito una serie de artículos en los que ha evaluado su propio rendimiento en su trayectoria profesional privada, en el último de la serie ha evaluado la evolución de sus resultados tras 40 años de práctica, encontrando que "los resultados no sólo no muestran ninguna mejoría con el tiempo, sino que en la actualidad... comienzan a empeorar".

Todas estas experiencias que evalúan el rendimiento en relación con la experiencia encuentran una curva de aprendizaje para las personas profesionales que se encuentran en la media, en la que las mejoras en rendimiento son muy rápidas en un primer momento, para alcanzar rápidamente una fase de meseta en que los avances se detienen. Parece lógico pensar que a medida que alcanzamos un nivel de aprendizaje aceptable, cualquier avance debería ser más complejo y



requeriría de mayores esfuerzos, pero también resulta fácil relacionar el estancamiento y posterior deterioro con nuestra tendencia a sobredimensionar nuestra propia capacidad, en definitiva, una inflación de confianza en nuestras propias habilidades y la automatización de nuestra actividad podrían ser factores clave.

4 Factores relacionados con la deterioración en la psicoterapia

Me gustaría poder hablar de “causas” más que de factores relacionados, sin embargo de la investigación existente en el tema buena parte se ha centrado en posibles características de las personas que buscan ayuda en psicoterapia. Por una parte, esto implica poner de nuevo el foco del “fracaso” en los y las clientes, describiendo características sobre las que las personas profesionales tienen poca influencia y por tanto responsabilidad. De cualquier manera, haremos referencia a alguno de estos factores, a pesar de que no hay una gran proliferación de artículos y muchos de los trabajos pueden ser poco definitivos cuando consideramos algunas cuestiones de diseño, especialmente en lo relativo al tamaño de las muestras.

• Severidad inicial de los síntomas

Existe alguna evidencia de que la severidad inicial de los síntomas tiene alguna relación con el resultado, entre otros Schramski et al. (1984) encuentran que, a mayor severidad de los síntomas al iniciar la psicoterapia, más probabilidad hay de deterioro. Esto es cierto, en esta y otras investigaciones en las que la valoración inicial de la severidad es realizada por personas profesionales. Sin embargo, la relación podría ser inversa cuando la severidad es valorada teniendo en cuenta medidas en las que son las personas atendidas las que valoran subjetivamente su estado. Mohr et al. (1990), encontraron que la relación entre sensación subjetiva de gravedad y resultados en este caso es inversa, las personas con altos niveles de dificultades interpersonales pero bajos niveles en cuanto a sensación subjetiva de angustia tienen más posibilidades de tener resultados negativos (en cuanto a daño o deterioro), mientras que las personas que tienen altos niveles de dificultades interpersonales y altos niveles de angustia, tienen más posibilidades de obtener resultados positivos en psicoterapia. En la misma línea Miller et al. (2005) encontraron que aquellas personas que puntúan por encima del corte clínico en el Outcome Rating Scale (buena valoración subjetiva en cuanto a su bienestar) al inicio de la terapia tienen más posibilidades de empeorar como consecuencia de la misma.

Duncan (2010, p.49) describe tres posibles situaciones por las que las personas que acuden a terapia pueden puntuar por encima del corte clínico y por tanto

suelen ser más susceptibles de deterioro: personas que acuden a psicoterapia obligados, personas que tienen un problema (queja, síntoma) muy específico pero que a pesar de su gravedad (o no) no interfiere de forma significativa en su funcionamiento diario y por último aquellas personas que acuden a psicoterapia sin tener ningún problema (síntoma, trastorno, queja) con intenciones de “crecimiento personal” (si no está roto, no lo arregles).

En resumen, las personas con problemas más severos según la valoración de personas profesionales, tienden a empeorar. Las personas con problemas más severos según una valoración subjetiva, tienden a mejorar (y viceversa). Pareciera, y esto es una interpretación personal, que la valoración profesional fuera un reflejo de dificultad percibida por este. Mientras que, en el caso de las valoraciones subjetivas, parece lógico pensar que una persona con altos niveles de bienestar sea bastante más difícil que mejore aún más, mientras que no sería complicado que en algún momento empeorara.

• Expectativas y actitudes sobre la terapia

Las expectativas en cuanto al proceso terapéutico parecen ser determinantes en el resultado, tanto negativo como positivo. Sobre esta cuestión parece haber cierto consenso y apoyo empírico suficiente, sin embargo Mohr (1995) añade en función de su revisión de la literatura sobre el tema que, aquellas personas que han tenido resultados negativos en las investigaciones revisadas, tenían unas expectativas con relación a la terapia según las que, concebían la terapia (individual y en grupo) como un entorno seguro y libre de situaciones embarazosas. Entiendo que Mohr pretende dar a entender que aquellas personas que tienen unas expectativas de la psicoterapia como una experiencia dura, lo que podría relacionarse con la motivación (sé que es duro, pero lo haré igual) tienen más posibilidades de éxito. Que los pacientes deben entender la incomodidad como una parte intrínseca de la terapia. Sin embargo, no tenemos información sobre las personas que iniciaron un proceso terapéutico con expectativas de seguridad y comodidad y se encontraron con, precisamente, seguridad y comodidad. Me atrevo a predecir que el resultado en estos casos no debió de ser negativo. Entiendo que en esta interpretación de los datos por parte del autor, se ignora una variable. En consecuencia se podría afirmar que, aquellas personas que buscan terapia con la expectativa de que es segura y cómoda, empeoran cuando se encuentran con que el proceso no es seguro y es incómodo.

• El terapeuta

Ya hemos mencionado la contribución del terapeuta en los resultados y por tanto en los resultados negativos. Anderson et al. (2009) encontraron que el predictor más potente de los resultados en psicoterapia fueron las habilidades interpersonales del terapeuta.

La División de Psicoterapia de la APA (división 29), denominada desde el 2014 como “The Society for the Advancement of Psychotherapy”, ha puesto en marcha en el año 2001 un grupo de trabajo, con la intención de encontrar cuales son estas habilidades interpersonales que están relacionadas, positiva y negativamente con los resultados, generando un listado de “relaciones terapéuticas con apoyo empírico” (Norcross et al., 2011). En este listado encontramos como relaciones demostradamente efectivas: la alianza terapéutica, la cohesión en la terapia grupal, la empatía y la recogida de feedback de los y las clientes (percepciones de clientes sobre el proceso terapéutico). A estas habilidades se unen otras con apoyos empíricos menos concluyentes (el acuerdo en objetivos, la colaboración, la congruencia...).

Existe bastante acuerdo en la literatura sobre el hecho de que la alianza terapéutica es un factor determinante en los resultados de la misma. Miller et al. (2005) encuentran que alianzas débiles en las primeras sesiones (especialmente en segunda sesión), predicen deterioro o, en el mejor de los casos, abandono.

5 | Lo bueno de lo malo. El terapeuta centrado en el error

Parece que hay alguna mala noticia en lo descrito hasta ahora: hay personas con las que trabajamos que empeoran durante el tratamiento, algunas como consecuencia directa del mismo. El porcentaje de personas que empeoran está en gran medida relacionada con nuestra habilidad como profesionales, pero tenemos cierta tendencia a sobreestimar esta habilidad, al tiempo que tenemos poca habilidad para valorar la evolución de las personas con las que trabajamos (especialmente cuando ésta es negativa) y, finalmente, ni el grado de formación ni los años de experiencia parecen hacer que la situación mejore, llegando incluso a empeorar.

Con este resumen catastrófico, sería fácil que algunas personas me pudieran colocar como posible representante de una supuesta “psicología negativa” dándole un nuevo empuje al pesimismo (quizá no con demasiado disgusto por mi parte). Sabiendo también que la psicoterapia es y ha sido desde sus inicios muy útil para la mayoría de las personas, siendo sólo un pequeño porcentaje el que empeora durante el proceso terapéutico y, de esas que empeoran, no todas lo hacen como consecuencia directa de la terapia... ¿por qué centrarse en estas personas?

La primera y evidente respuesta es la responsabilidad, por pocas que sean, es un fenómeno que tenemos que evitar en la medida de lo posible. La segunda respuesta tiene que ver con el propio proceso de aprendizaje y práctica, es donde adquiere protagonismo el o la “Terapeuta Centrada en el Error”, como aquella que quiere ser consciente de sus puntos débiles y trabaja para mejorarlos.

He de confesar que algunas de las afirmaciones de este texto buscan un resultado efectista y tienen una segunda lectura. Ciertamente la formación y la experiencia tienen una relación débil con la habilidad (una mala noticia para terapeutas con experiencia, no tan mala para terapeutas noveles), pero esta habilidad sí que tiene una relación directamente proporcional a la cantidad y calidad de práctica (una mejor noticia para terapeutas con experiencia, una interesante guía para terapeutas noveles). Nótese que la práctica no se hace equivaler a la experiencia, porque tal como se concibe en este artículo no lo es. El centro de la experiencia puede ser una simple repetición acrítica y automática de los mismos procedimientos que podemos considerar útiles durante

“El «terapeuta centrado en el error», como aquel que quiere ser consciente de sus puntos débiles y trabaja para mejorarlos”

años; la práctica en cambio, implica un esfuerzo consciente y deliberado por mejorar, es lo que Ericsson (2006) denomina “práctica deliberada”, en contraposición a la simple experiencia. Dicho de otra manera, la experiencia, la repetición, puede llevarnos a perfeccionar cualquier procedimiento, pero si esa experiencia es acrítica y automática, nos puede llevar a perfeccionar procedimientos defectuosos y, ¿por qué no?, convertirnos en “expertos en hacerlo mal”. La práctica deliberada, por la contra, implica una atención especial a las dificultades, a las áreas en las que no nos sentimos competentes o a las personas que atendemos que no están obteniendo resultados positivos.

Puede que parezca más sencillo comprender lo que implica práctica deliberada en otras áreas, quizá uno se puede imaginar en qué consiste la práctica de un violinista excepcional (¿se lo imaginan practicando una y otra vez esas piezas que le suenan tan bien, o repitiendo una y otra vez fragmentos con los que tiene dificultades?), o un deportista de primer nivel. Los componentes genéricos de la práctica deliberada parecen ser: la práctica de habilidades básicas y el intento de aprendizaje de nuevas habilidades a nuestro alcance pero que supongan un reto. Para este nivel de práctica es necesario tener una medida fiable de nuestro rendimiento para monitorizar también nuestras mejoras.

Chow et al. (2015), han hecho un esfuerzo por definir la práctica deliberada en psicoterapia, encontrando que el mejor predictor de resultados en la personas que acuden a terapia es la cantidad de tiempo que dedica su terapeuta a desarrollar sus habilidades terapéuticas, los y las terapeutas en las posiciones más altas en cuanto a efectividad dedican mucho tiempo en solitario a actividades dirigidas a mejorar sus habilidades (revisión de grabaciones y notas). En esta forma de práctica adquiere un papel fundamental identificar dificultades, clientes que están en riesgo de deterioro, o a quienes no estamos siendo capaces de ayudar.

En relación a lo anterior, Norcross (2011) recoge en su listado como una de las relaciones terapéuticas con apoyo empírico la recolección de feedback. La atención al feedback que nos devuelven las personas que atendemos sobre cuál es su percepción subjetiva en cuanto a si experimentan mejoría o no, en qué áreas la han experimentado o no o qué cosas le están sirviendo de ayuda y cuáles no, serán herramientas fundamentales para los y las Terapeutas Centradas en el Error, de cara a identificar clientes que podrían empeorar o que están en riesgo de no obtener resultados en el proceso, pero además, serán herramientas fundamentales en el propio aprendizaje y evolución de las personas profesionales, constituyendo uno de los elementos nucleares de la “práctica deliberada”.

Existen distintos sistemas de recolección de feedback centrados en identificar personas en riesgo de empeorar (COMPASS, CORE, TOPS, Treatment Outcome Systems, PCOMS, OQ System...) alguno de ellos incorpora también medidas que

permiten identificar a aquellas personas con las que no se está estableciendo una buena relación terapéutica, permitiendo identificar problemas y corregirlos. Los sistemas de feedback han demostrado mejorar considerablemente los resultados de la mayoría de los y las terapeutas que lo implementan. Para Lambert (2013) el factor realmente relevante en la recolección de feedback, es la identificación de personas en riesgo de empeorar o de no obtener buenos resultados. La capacidad para detectar a estas personas marcará la diferencia entre profesionales en términos de resultados.

Terapeutas Centradas en el Error, serían aquellas personas profesionales de la psicoterapia con formación y práctica suficientes, con confianza en sus habilidades, pero muy conscientes de sus limitaciones como medio para poder superarlas. Los y las Terapeutas Centradas en el Error, ponen en primer lugar la experiencia subjetiva de sus clientes al considerar los resultados, de hecho, ponen esta experiencia subjetiva por encima de su propio criterio profesional. Por último, monitorizan constantemente esta experiencia (recogen feedback).

En definitiva y a modo de conclusión, en este artículo se propone convertirse en terapeutas centrados y centradas en el error como estrategia para minimizar los posibles efectos iatrogénicos de la psicoterapia y al mismo tiempo, como procedimiento de aprendizaje y mejora para las personas profesionales de la psicoterapia.



©Nick Karvounis - Unsplash

HERRAMIENTAS



HERRAMIENTAS

AUTOLESIONES: LUGARES COMUNES Y EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Ignacio Dopico González

PSICÓLOGO CLÍNICO,

FUNDACIÓN-INSTITUTO SAN JOSÉ

✉ ignaciopico@yahoo.es

RESUMEN: En este artículo he tratado de centrarme en la clínica en conductas autolesivas, un tema particularmente en auge en estos momentos, tratando de buscar algunas comunalidades, requisitos mínimos podríamos decir, que nos permitan trascender parcialmente a los propios modelos que sustentan la práctica clínica. En este sentido parto de una reflexión aplicable no sólo a la clínica en las autolesiones, sino a muchas otras situaciones complejas que nos encontramos en el día a día de nuestro trabajo, situaciones en las cuales el compromiso y la actitud terapéutica juegan un papel extraordinariamente importante. Es este aspecto relacional en el cual, quizá ciertos enfoques didácticos actuales hacen aguas en un intento burdo de mimetizar la metodología y maneras de las ciencias positivas clásicas. Sintetizo algunos aportes extraídos desde enfoques puramente clínicos y guías de recomendaciones, sin pretender exhaustividad o sistematicidad en modo alguno, sino aportar algunas herramientas aplicables a la clínica.

PALABRAS CLAVE: autolesiones, efectividad, relación clínica, técnicas de intervención.

ABSTRACT: In this article I have tried to focus on clinics in self-harm behaviour, a particularly highlighting issue nowadays, trying to look for some commonalities – minimum requirements, we could say – that would let us partially transcend the models that sustain the clinical practice. In that sense, I start from a reflection applicable not only to clinics in self-harm, but to any other complex situations in our daily work, situations in which commitment and therapeutic attitude play an extraordinary and important role. It is in this relational aspect where, in our opinion, some of the current didactic approaches fail in a gross attempt to mimic the methodology and features of the positive classic sciences. I synthesise some contributions extracted from purely clinical approaches and tips from clinical guidelines, without claiming exhaustiveness or systematisation in any way, but providing some tools applicable to clinics.

KEY WORDS: self-injury, effectiveness, clinical relationship, treatment tools.

SUMARIO:

- 1 El marco.
- 2 Modelos de tratamiento.
- 3 La relación.
- 4 Estabilización inicial.
- 5 Regulación emocional.
- 6 Factores interpersonales.
- 7 Apegos y contexto.
- 8 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a. ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.


Andrade-González, N. e Fernández-Liria, A. (2015). Adaptación española del Working Alliance Inventory (WAI). Propiedades psicométricas de las versiones del paciente y del terapeuta (WAI-P y WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524-533.

Asarnow, J. R., Berk, M. S. e Baraff, L. J. (2009). Family Intervention for Suicide Prevention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(2), 118-125.

Bateman, A. e Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *Word Psychiatry*, 9(1), 11-15.

Brown, G., Birley, J. e Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

Cabañas, R., Martín, B., Saravia, M. e Viau, G. (2013). Representación de la terapia grupal de Invin Yalom. Recuperado de <https://es.slideshare.net/GerardoViau/terapia-grupal-en-el-aqu-y-el-ahora-segn-irvin-yalom>

CONTINÚA EN LA
PÁG. SIGUIENTE 

Conterio, C. e Lader, W. (2008). *Daño Corporal* (2a. ed.). Chicago: Virgin Ink Press.

Crittenden, P. (2009). *Nuevas implicaciones clínicas en la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.

Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K. e Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131.

Earnhout, C. e Whitlock, J. (2015). Bringing up self-injury with your clients. Recuperado de <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/bringing-up-self-injury-with-your-clients.pdf>.

D'Zurilla, T. J. e Golfried, M. R. (1992). *Terapia de resolución de problemas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Faura, J. (2011). Autolesión: Guía de medidas anticontagio y contra las desventajas de Internet. Recuperado de http://www.asefo.com/wp-content/uploads/2011/05/Guia_anticontagio_autolesion_para_Foros_Usuarios_Publicadores.pdf.

Fisher, J. (2017). Self-harm and suicidality. Recuperado de <http://www.janinafisher.com/pdfs/selfharm.pdf>

González, A. (2007). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento*. Sevilla: Publidisa.

Kissil, K. (2011). Attachment-Based Family Therapy for Adolescent Self-Injury. *Journal of Family Psychotherapy*, 22, 313-327.

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell D., Hazell, P., ... e van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012189/abstract;jsessionid=6288DF333E84B8DBE1844AC954.f02t04>.

Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J. e Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23, 240-259.

Levy, K. N., Yeomans, F. E. e Diamond, D. (2007). Psychodynamic Treatments of Self-Injury. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(11), 1105-1120.

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.

Markland, R. (2013). Non-Suicidal Self-Injury: A Systemic Perspective. Recuperado de http://www.psychology.nottingham.ac.uk/staff/ddc/c8cxpa/further/Dissertation_examplés/Markland_13.pdf.

McDougall, T., Armstrong, M. e Trainor, G. (2010). *Helping children and young people who self-harm. An introduction to self-harming and suicidal behaviours for health professionals*. Nova York: Routledge.

Mosquera, D. (2008). *Autolesiones, el lenguaje del dolor*. Madrid: Ediciones Pléyades.

Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigly, K. e Whitlock, J. (2013). Interpersonal Features and Functions of Non suicidal Self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 43 (1), 67-80.

National Institute for Clinical Excellence (2004). The short term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg16/evidence/cg16-selfharm-full-guideline-2>.

National Institute for Clinical Excellence (2013). Self-harm: longer term management. Recuperado de https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwjgs5r9IM_VAhWJ6xoKHcliCwAQFghBMAM&url=http://www.evidence.nhs.uk.

1 El marco

Más allá de la adscripción fiel a un modelo, a la hora de abordar muchas de las problemáticas que nos surgen en el día a día, nos vemos obligados a desplazarnos habitando más de un único marco referencial. Se trata más que nunca quizá de tomar una postura concreta y comprometida, es el momento de actuar ante un síntoma especialmente palpable y visible en toda su crudeza, y la familia, el paciente y el terapeuta lo saben. Pocos profesionales de la salud mental somos ajenos a las implicaciones en situaciones de este calibre. No es sólo la integridad física y psicológica lo que está en vilo, es la propia integridad del terapeuta de algún modo, porque todo paciente (en algunos más que otros) implica cierto grado de desafío. Ceñirse a las pautas fijadas por un modelo concreto, evitando desviaciones, se ha visto que podría aumentar la efectividad en nuestra labor diaria, pero ello no debería ir en detrimento de la flexibilidad necesaria que a menudo vamos a tener que desplegar en determinadas cuestiones. Transcendiendo a lo anterior, también se ha mencionado la necesidad de contar con conocimientos técnicos específicos a la hora de llevar a cabo un tratamiento en esta esfera como sugieren Conterio y Lader (2008), desde una concepción de la conducta autolesiva que implica más que el mero control de impulsos.

En este sentido, parece generalizada la vivencia de que el daño autoinfligido es una experiencia que a menudo resulta estresante para el propio terapeuta, citándose como algo susceptible de provocar burnout, temores y dudas acerca de uno mismo como profesional. Esto podría acabar desembocando en ira, conductas inadecuadas en terapia, exigencias poco realistas de control -cuanto antes- de la conducta autolesiva, o la petición irracional de observar mejoras constantes y poder mostrárselas a los referentes de esa persona. No es extraño así que el profesional sienta la carga emocional del exceso de responsabilidad auto percibida frente a la situación (Earnhout y Whitlock, 2015). Ante ello, algunos terapeutas optan por inhibirse ante este tipo de casos, mientras otros despliegan una serie de estrategias encaminadas a la reducción de la responsabilidad, caso por ejemplo de algunos que ante la menor duda deciden el ingreso. Ciertamente no es fácil, puesto que más allá de la propia responsabilidad como terapeuta hemos de tener en cuenta que muchos de estos casos corren el riesgo de la judicialización, y además, aunque parece que no muchos casos desembocan en suicidio real, el temor siempre está presente.

Algunos autores opinan que el/la profesional corre aquí a menudo un riesgo de verse sometido a una suerte de trauma secundario, y es que muchas de las personas que se autolesionan parecen haber sufrido situaciones extremas, incluso de modo reiterado a lo largo del tiempo. Por ello, algunas de las preguntas que nos deberíamos hacer antes de asumir un caso serían: ¿estoy suficientemente formado/a para esto?, ¿voy a ser capaz de mantener la distancia correcta?, ¿soy capaz de ayudar a esta persona?, ¿puedo establecer límites adecuados en esta relación?, ¿tengo la suficiente formación y madurez en mi profesión como para llevar a cabo una intervención de este tipo? No se trata de temer al síntoma, pero la minimización quizá tampoco resulta de ayuda para nadie. Conocer los propios límites de conocimiento, experiencia y nuestras barreras emocionales debería de ser condición indispensable para aceptar y continuar con un caso particularmente complejo. De lo contrario, la derivación sería una condición inexcusable por el bien de todos los implicados. Recordemos que, ante todo, el primer principio de bioética es: “cuando menos no dañar”.

“Conocer los propios límites de conocimiento, experiencia y nuestras barreras emocionales debería de ser condición indispensable para aceptar y continuar con un caso particularmente complejo”

2 Modelos de tratamiento

Los enfoques al respecto del abordaje del daño autoinfligido son quizá tantos como corrientes y escuelas terapéuticas, incluso podríamos decir que tantos como terapeutas ejercitantes en este campo. Se han postulado además varios modelos dentro de las distintas escuelas: hipótesis de la autorregulación, modelo de la anti-disociación, modelo anti-suicidio, modelo de la influencia interpersonal, modelo de la búsqueda de sensaciones y el modelo de auto-castigo, entre otros destacados por ejemplo por Tiev LaGuier (2015). No obstante, si echamos una vista general a las publicaciones, destacan sobre todo determinadas escuelas y enfoques de corte cognitivo-conductual, sistémico y psicodinámico. También nos encontramos con enfoques quizá más complejos en su categorización como podría ser el caso de la terapia de aceptación y compromiso, terapia focalizada en la compasión, terapia interpersonal o, sobre todo, la terapia dialéctico-conductual de Linehan (2003) (la más validada empíricamente por otro lado). Desde un nivel inferior, también se han llevado a cabo intervenciones con un formato de counseling desde otras disciplinas y profesiones vinculadas a la salud mental, caso, por ejemplo, de trabajo social y enfermería.

La terapia cognitivo-conductual por su parte ha utilizado un elenco conductual variado, que incluye habilidades de regulación emocional, entrenamiento en habilidades sociales, procedimientos de solución de problemas, habilidades de tolerancia al estrés y mindfulness entre otras. En toda intervención cognitivo-conductual habrá un espacio para la discusión de ideas irracionales o disfuncionales. Algunas de ellas que se han citado: el cuerpo es de cada uno y podemos hacer con ello lo que queramos, las lesiones no molestan a nadie, de este modo los demás sabrán cuánto sufrimos, las cicatrices nos recuerdan la batalla, el dejar de hacerlo hará que nos duelan más las cosas, es un modo genuino de saber si los demás se preocupan por nosotros, merecemos un castigo por ser malas personas, no somos responsables de tales conductas sino que suceden por sí mismas, son un modo de mostrarnos y mostrar nuestra fortaleza, evitan que un día lleguemos al suicidio... Esta serie de ideas serían así susceptibles desde este modelo de ser modificables mediante técnicas de reestructuración cognitiva.

En general se parte de la asunción de que es necesario abordar dificultades en solución de problemas (impulsividad, limitación de alternativas, espera pasiva...), pensamientos negativos y ayudar a la implementación de habilidades conductuales y de regulación emocional tras la identificación de desencadenantes.

Este tipo de terapias, las cognitivo-conductuales, y la terapia dialéctica-conductual son las que han mostrado ser más efectivas desde el punto de vista de la psicología basada en la evidencia, si bien, la evidencia en conjunto es escasa tal como señalan Hawton et al. (2016), y muchos de sus ingredientes no dejan de ser comunes, e incluso

derivan, de muchos otros enfoques. Además, los acercamientos desde esta modalidad han sido realmente variados, postulándose algunos mecanismos de eficacia comunes: confianza depositada en el terapeuta, aumento de la esperanza, desarrollo de una mayor tolerancia a estados de ánimo, mejora en habilidades de manejo interpersonal, aumento de la actividad o habilidades de prevención de recaídas, entre otros.

En varios artículos, se hace referencia a una modalidad de terapia cognitivo-conductual denominada: Manual Assisted Cognitive-behavioural Therapy (MACT), en donde se llevaron a cabo 2-6 sesiones de terapia cognitivo-conductual individual más apoyo bibliográfico sobre la regulación emocional, técnicas de manejo de estrés y prevención de recaídas. Se aplica en este caso un enfoque basado fundamentalmente en solución de problemas, mostrando las posibles causas y enseñando a identificar disparadores mediante el análisis de cadenas conductuales y hojas de registro de conducta. Se considera un tratamiento breve, evidentemente, y su efectividad ha sido estudiada en una muestra de 480 personas en la que se observó su efectividad en la reducción del daño a los seis meses, que no obstante no se mantuvo a los doce (Tejeda, 2013).

Otro ejemplo de terapia cognitivo-conductual ha sido la terapia de solución de problemas, basada en el procedimiento de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1992). Parte del hecho de que la persona que se autolesiona carece de ciertas habilidades de solución de situaciones problemáticas, pero que ello no es algo estático sino que se puede corregir mediante un procedimiento específico. Algunos estudios han concluido que podría ser incluso un tratamiento de elección una vez se considera uno de los modelos con más sustento empírico a sus espaldas. El problema es, como viene siendo habitual, la confusión en estudios entre intentos suicidas y autolesiones sin intención suicida, así como las variables medidas, que a menudo podrían considerarse indicadores secundarios de mejora (disminución de depresión, desesperanza, ansiedad...), más que señales de disminución de la conducta autolesiva en sí misma.

Dentro del enfoque psicodinámico se ha recurrido a la teoría del yo, teoría de relaciones objetales, teorías del self y del apego. En la literatura se mencionan varios estudios con terapia focalizada en la transferencia de Kernberg (Kerr, Muehlenkamp y Turner, 2010) con objetivos de reducción de la conducta de daño autoinfligido así como la reducción del caos interpersonal. Dentro de este enfoque se utiliza la propia relación psicoterapeuta-paciente en la búsqueda de insights parciales acerca de determinados temas principales, sobre todo las relaciones interpersonales. También se nutre de determinadas técnicas de regulación emocional y conductuales. Parte del hecho de que las representaciones de los demás y de nosotros mismos se constituyen en relación con las figuras de apego, a través de la internalización de tales, algo que se consigue con un mayor o menor grado de diferenciación e integración. Un escaso grado de diferenciación entre las distintas representaciones o

conceptos, que conllevan además determinados afectos, conduce a una serie de problemáticas de regulación en lo afectivo, y por tanto se requiere una integración de polaridades en un todo más coherente. Aquí determinadas actitudes terapéuticas juegan un papel predominante en tal construcción, y así, se requiere un estilo terapéutico no punitivo, activo, que confía en la capacidad del paciente para mejorar la modulación de los afectos, a la vez que se mantiene firme a la hora de observar los aspectos contractuales pautados y proporciona las oportunidades y el marco para que el paciente tome consciencia de su propio funcionamiento (Levy et al, 2007).

Otro tratamiento de corte psicodinámico, o al menos derivado de esta corriente y fundamentado en las teorías del apego ha sido la terapia basada en la mentalización desarrollada por Fonagy y Bateman (2013). Desde esta, se pretende enseñar al paciente a prestar atención y comprender los sentimientos y emociones, para interpretar sus propios sentimientos y acciones así como los de los demás, con el objetivo final de mejorar el patrón de relación interpersonal.

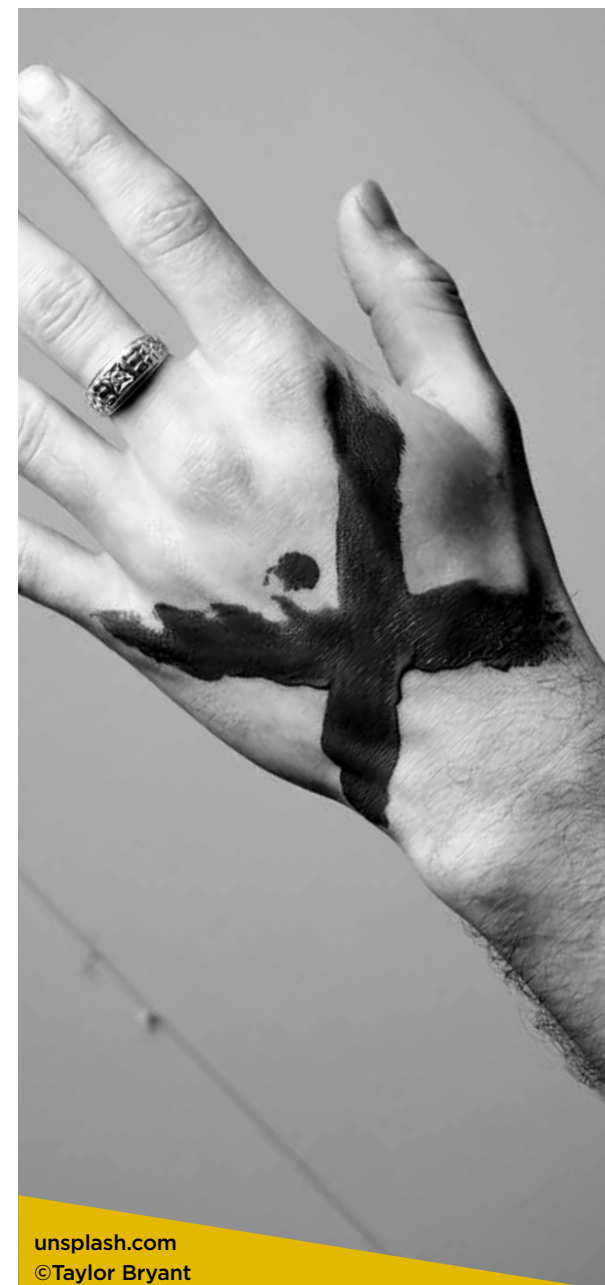
Otro enfoque que se ha centrado en la temática de las autolesiones ha sido la psicoterapia psicodinámica interpersonal (Levy et al. , 2007).

La terapia dialéctica-conductual (Linehan, 2003), por su parte, se ha focalizado en los déficits de regulación emocional e interpersonal desde un muy amplio elenco de técnicas, pero centrándose mucho en el tipo de relación que terapeuta y paciente mantienen entre sí. En este sentido, se busca un equilibrio entre las diversas contradicciones que muestra el paciente desde un enfoque que implica una actitud terapéutica caracterizada sobre todo por la aceptación y en la que se trata de no juzgar al paciente. La actitud no crítica podría constituirse en un factor común vital para la resolución favorable del problema, cualquiera que sea la terapia aplicada, siendo una característica especialmente valorada por el paciente según algunas investigaciones cualitativas. En esta modalidad se utilizan formatos de terapia grupal e individual así como un teléfono de emergencias.

Desde la terapia sistémica los abordajes han sido también variados, si bien, las revisiones sistemáticas parecen más bien escasas al respecto, y la multiplicidad de puntos de vista y enfoques (muchos de los cuales a mi criterio se desvían de lo estándar) ha sido muy heterogénea. Hago mención a varios de ellos en el apartado de factores interpersonales.

Pese a esta multiplicidad de puntos de vista, podríamos encontrar una serie de lugares comunes que pivotan en torno a la definición de las condiciones de trabajo y a la relación terapéutica: la necesidad de afianzar determinadas condiciones mínimas de seguridad, que el terapeuta se comprometa en serio con sus responsabilidades, que sea capaz de abordar el caso transmitiendo confianza, tolerando las propias contradicciones y rechazos, ambivalencias, sentimientos encontrados y miedos. Desde este compromiso podremos gestar realmente una alianza de trabajo robusta, real, comprometida y orientada a la reconstrucción, en el aquí y en el ahora, de lo que se ha roto en el paciente o en su sistema familiar. Es en esa relación terapéutica en donde descansa el éxito o el fracaso de nuestra intervención (siempre y cuando las condiciones extra terapéuticas permitan un mínimo margen de maniobra). Consideramos así, que la especificidad técnica aquí puede ser algo tan secundario como casi “vulgar”, si se me permite la expresión, cuando pretendemos que se constituya en la columna vertebral de la intervención.

Pese a la cantidad de terapias que han abordado esta temática, en una revisión contemplada en la guía NICE de 2013 se concluye que, debido a la heterogeneidad del grupo de pacientes que se autolesiona, las evidencias de la eficacia de la psicoterapia en su conjunto son escasas. Así, se ha visto que la evidencia de la terapia dialéctica-conductual a la hora de disminuir la posibilidad de repetición del daño autoinfligido en personas con diagnóstico de



unsplash.com
©Taylor Bryant

personalidad límite es limitada, si bien, la terapia grupal por su parte podría ser particularmente más efectiva que el tratamiento estándar en pacientes adolescentes.

3 | La relación

Parte de la literatura se ha enfocado en la perspectiva del malestar psicológico en la génesis de la conducta autolesiva, si bien, no es el único punto de vista puesto que hay quien lo define desde un punto de vista más de hábito adquirido o círculo vicioso patológico, y por tanto susceptible de ser cortocircuitado, por ejemplo, desde la alteración del ritual que la persona lleva a cabo dentro de la secuencia de la autolesión.

La multiplicidad de puntos de vista se ha llevado hasta el extremo de que la DSM-5 (2014), en su pretensión de ateoricismo, haya decidido que la clasificación de esta conducta podría merecer un apartado específico. Ciertamente es que hay quien se resiste a considerar un grupo homogéneo dentro de las personas que se autolesionan considerando que tanto las razones como los patrones de personalidad pueden ser de lo más diverso. No obstante, lo que puede resultar útil en la clasificación no lo es tanto en clínica, en donde los casos se resisten a aparecer con un grado de delimitación claro, y la mayoría tendemos a generar determinadas categorías que nos permitan un manejo clínico. Transcendiendo criterios nosológicos, cada vez hay más estudios que lo relacionan con factores biológicos (particularmente estudios en la onda del biologicismo más burdo que lo relacionan con las adicciones), relacionales o socio-económicos además de los puramente psicológicos.

Ya centrándonos en la relación en sí misma, se observa que con muchos de estos pacientes la interacción puede resultar particularmente difícil. Tal como se señala la APA (2014) en el DSM-5 no nos resultan desconocidos los vínculos que hay entre personas que se autolesionan con cuadros tan complejos como el trastorno de personalidad límite, trastornos disociativos, estrés postraumático, trastornos alimentarios, trastornos adictivos, cuadros afectivos como depresión y trastorno bipolar, muchos de los cuales podrían haber tenido su génesis en un patrón de apego desorganizado, según el punto de vista de muchos autores.

Se ha hablado de que la relación con el terapeuta puede ser en este tipo de casos un tanto peculiar y compleja como nos indica Mosquera (2008), en tanto en cuanto a menudo veremos que habrá oscilaciones en su modo de concepción de las cosas, no menos que en la variabilidad en su conducta, desde observarnos a los terapeutas como una tabla de salvación a vernos como una amenaza, como distantes e inaccesibles o incluso como personas a las que potencialmente podrían verse obligados a agredir en defensa propia. La inestabilidad referida nos

deja con la sensación de que el establecimiento de límites puede llegar a ser el problema principal (no lo será menos el riesgo de abandono). Esto podría ser todavía más complicado en algunos casos en los cuales hay una alienación y desprecio desmedido por el propio cuerpo, caso que podría derivar de un abuso físico continuado en la infancia según algunos autores como Fisher (2017). Parece haber cierto acuerdo acerca de unos límites mínimos como no acudir a terapia bajo efectos de drogas y alcohol o no llevar a cabo la conducta de autolesión inmediatamente antes o durante la sesión.

En la construcción de una relación de confianza mutua hemos de evitar determinados roles, principalmente el de salvador, un juego perverso al cual es más que posible que ya hayan jugado repetidamente, y que no les ha servido más que para cronificarse. Recordemos que quien acude a terapia muchas veces sabe que ha fracasado aunque resulte duro admitirlo, pero es que incluso siendo conscientes los propios pacientes de sus conductas y contradicciones, la solución les ha sido negada. El paciente puede conocer que a menudo actúa en contra de sí mismo, o que se coloca en posiciones de agresor o de víctima, que siente culpa, rabia y mucha confusión y no por ello ha sido capaz de actuar de otro modo.

Siendo tal la confusión y el desorden, la estructura y la coherencia en terapia van a ser pues un andamio en la construcción de una base segura, hablamos de nuevo de límites pero también hablamos de *rapport*. La confianza en los resultados y la aceptación no crítica de la persona, la calma y la flexibilidad juegan una importancia capital, y para ser capaz de transmitir todo esto deberemos de hacer un trabajo continuo sobre nosotros mismos para identificar automatismos y carencias propias, pero también habrá que analizar el cómo pensamos acerca de la terapia, cuáles son los objetivos mínimos y máximos, si son o no compartidos con el paciente y cuál ha sido el resultado de cada interacción con el mismo y su familia. En este sentido, la utilización de instrumentos de evaluación continua como el Working Alliance Inventory (WAI) nos provee de un feedback útil en la estimación de la progresión del proceso y la salud relacional (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015).

Aspectos concretos: traer a colación un asunto como es el del daño autoinfligido en terapia no resulta siempre tan sencillo, incluso podría considerarse indiscreto y esta faceta de la vida del paciente puede mostrar su cara tras un análisis de una demanda distinta (quejas de tristeza, ansiedad, síntomas físicos sin explicación médica clara...). La desvelación de conducta autolesiva y la capacidad y seguridad para hablar de ello sólo surgirán en algunos casos en un clima de comunicación genuino, honesto y con un propósito. El ignorarlo o simplemente evitar abordarlo por parte del terapeuta podría no ser el mejor modo de afrontarlo, pero, el abordaje antes de tiempo podría resultar intrusivo y contraproducente.

En este sentido cabe preguntarse cuándo es el momento óptimo, pero también hacer una adecuada exploración de necesidades y objetivos con el cliente desde

el inicio, trabajando fundamentalmente, al menos al principio, con los suyos (y más cuando sea una persona que no acude a petición propia). El criticismo, la excesiva preocupación a veces percibida por nuestro tono y postura corporal, y otras señales de rechazo no verbales, podrían dar al traste con una intervención dada la sensibilidad especial de algunos clientes a tales actitudes y señales. En el caso ya citado de una persona que no acude por su propio pie, y que incluso podría rechazar la terapia, cabría reconocerlo y hacerle explícito que comprendemos su situación (de modo empático), pero podríamos preguntar cómo le gustaría que hubiese sido la terapia si hubiesen elegido pedir ayuda, qué podríamos trabajar de cara a sus referentes para que estos se queden más tranquilos, si hay alguna cosa que podríamos abordar aprovechando el tiempo de terapia... En los casos de hospitalización forzosa el trabajo de la relación evidentemente cobra especial importancia dado que, a los problemas habituales del paciente, hay que añadir los propios de la percepción de restricción de libertad.

Algunos pacientes han señalado algunos factores que les han resultado de ayuda en la relación terapéutica, destacando la comprensión empática, no coercitiva o que el terapeuta se abstenga de recurrir a sentimientos de vergüenza. También se han mencionado la posibilidad de mantener una relación terapéutica de larga duración o la capacidad desarrollada conjuntamente de conectar los síntomas presentes con sucesos en el pasado. Otras actitudes positivas que han destacado los pacientes se refieren a la capacidad de mantener la calma, tranquilizar, trato considerado y respetuoso o la capacidad real de transmitir comprensión (National Institute for Clinical Excellence, 2004). Otras características van a depender también del contexto, valorándose por ejemplo la disponibilidad en términos de tiempo, estancia en un lugar tranquilo, no permitir que el paciente se quede sólo en un momento de crisis (incluso a veces solo y rodeado de material afilado), poder seleccionar el género del/la terapeuta o poder escoger las personas que van a estar presentes en sesiones (o sea, no invalidarlos directamente). La disponibilidad es un aspecto que algunos han destacado, hasta el punto de que se ha mencionado la necesidad de una disponibilidad casi las 24 horas del día al inicio como requisito para el éxito de la terapia (Conterio y Lader, 2008). Sin llegar a tales extremos, es cierto que la disponibilidad debería ser mayor al inicio de la relación para ir progresivamente disminuyendo, evitando de este modo un sentimiento de abandono que parece estar presente en muchos casos. La elección del género del/la terapeuta puede ser una cuestión de cierta importancia en caso de que haya habido algún tipo de abuso o trauma, utilizándose a veces como un recurso terapéutico más, puesto que se podría emplear como un ejemplo desconfirmatorio, una suerte de exposición de algún modo.

Análisis funcional y topográfico: una vez que ya hemos conseguido abordar la cuestión sería preciso proceder al abordaje de la conducta en sí misma. Aquí se pueden llevar a cabo una serie de preguntas que versen acerca de cómo se realiza la conducta en sí, qué objeto/s se emplean, duración del ritual, extensión del daño en la piel, zona del cuerpo afectada, grado de dolor subjetivo sentido, estado psicológico pre y post conducta..., o cualesquier otro aspecto que consideremos parte del ritual, así como desencadenantes (discusiones, estados emocionales...) y consecuencias (por ejemplo sensación de alivio o recuperación del control). Dentro de los desencadenantes también consideramos el correlato fisiológico como un estímulo que nos permita, por ejemplo, detener la cadena conductual, entre otros la sensación de calor, palpitaciones, pesadez, vista nublada... Existen diversos instrumentos evaluativos que podríamos utilizar en este caso: el NSSI-AT (non-suicidal self-injury assessment test, NSSI-AT), SIQ-TR, DSHI (Deliberate Self-Harm Inventory), SIQ-TR (Self Injury Questionnaire Treatment Related), SHBQ (Self Harm Behavior Questionnaire) así como otros disponibles y validados en español como, por ejemplo, el EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas) o el SIQ (Cuestionario sobre autolesiones). Como anécdota, mencionar que un programa de tratamiento, el S.A.F.E (Conterio y Lader, 2008), específico para personas que se autolesionan, ha utilizado el cuestionario S.A.F.E acerca de recuerdos y

“...es cierto que la disponibilidad debería ser mayor al inicio de la relación para ir progresivamente disminuyendo, evitando de esta forma un sentimiento de abandono, algo que parece estar presente en muchos casos”

percepciones de la infancia, autoevaluación y autoestima, conductas compulsivas e indicadoras de daño a uno mismo, conductas específicas acerca de cómo se lleva a cabo, consecuencias, significado funcional...

Interrogar acerca de la función que cumple la autolesión es algo delicado, hay terapeutas que prefieren no profundizar por temor a alimentar y reforzar este tipo de conductas. Quizá tales miedos sean más bien parte de una dificultad personal a la hora de enfrentar la realidad, cuando no de una mitología alimentada por tales temores. No obstante, una vez establecida la función del síntoma, podremos determinar hasta dónde nos vamos a implicar, o a atender selectivamente a este síntoma u otros. Preguntar acerca de ideas de suicidio debería ser una labor rutinaria también, no está demostrado que la automutilación preceda necesariamente a los intentos autolíticos, pero hay estudios que establecen tal correlación. Hay que decir que algunos defienden que la automutilación a veces podría constituir precisamente un modo de prevención de suicidio para algunas personas, algo que no es particularmente descabellado, una vez hemos conceptualizado que se constituye a menudo en un medio de mantener el control de emociones extremas (Purington and Whitlock, 2004). La conceptualización de la conducta autolesiva como algo que podría potencialmente impedir que algunos pacientes se suiciden es un recurso terapéutico más, aunque quizá deberíamos extremar las precauciones al respecto de la misma. Preguntar acerca de qué estaba sintiendo la persona mientras se autolesionaba podría resultar más útil que preguntar por qué se lesiona, y de paso, podremos inquirir acerca de qué otras conductas lleva a cabo para lidiar con su malestar. El énfasis en cuán dolorosos deben de ser esos sentimientos expresados, y acallados a través de la autolesión, es otro elemento fundamental en el establecimiento y mantenimiento de una relación terapéutica satisfactoria. En este tipo de relación terapéutica positiva iría implícito el hecho de que, por lo menos, nuestra interacción serviría para reducir la intensidad de sus emociones, o cuando menos para tolerarlas mejor.

Una vez se deciden a abordar algo tan íntimo, una recomendación general es la de normalizar su situación en la medida de lo deseable, no reforzar, sino darles a entender que la autolesión es una conducta habitual, sus razones posibles (mejor particularizadas), o el hecho de que no es particularmente extraño o loco llevar a cabo este tipo de conductas, aunque haya otras más saludables y deseables. Evidentemente el tono del mensaje vendrá configurado por el hecho de que nosotros mismos nos lo creamos, la congruencia es condición indispensable para que las diádas funcionen. Las actitudes paternalistas, por ejemplo, un sermón por nuestra parte, pueden resultar contraproducentes, sobre todo en un momento en el que todavía no hemos llegado al punto en que la persona se haya decidido a detener su conducta. En un estudio publicado por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) (National Institute for Clinical Excellence, 2013), se cita que la impaciencia y la actitud de reñir o infantilizar por parte del personal médico, son dos actitudes que pueden dar al traste con la satisfacción de los clientes de los servicios de salud en esta área. En este sentido podría realmente resultar bastante más útil ponderar conjuntamente los costes y beneficios de este tipo de soluciones, o analizar en qué aspectos la autolesión no está resultando útil en absoluto (qué es lo que deja irresuelto). Evidentemente, a medida que el proceso terapéutico va avanzando, podremos recurrir al refuerzo continuo de los mínimos logros que se vayan consiguiendo, transmitiendo una confianza incondicional en sus capacidades de superación y orientación hacia la salud.

Las recaídas no son algo ajeno a este ni a otros campos (casi todos si se me permite) dentro de la psicología clínica, son esperables porque el hábito de la automutilación suele llegar a consulta muy automatizado, por lo que el entrenamiento en habilidades de prevención podría resultar un recurso más. La diferenciación en este caso entre caída y recaída, algo aplicable a conductas adictivas por otro lado, podría tener un efecto positivo. Al inicio de la terapia la exposición emocional podría desencadenar un repunte en la conducta autolesiva, el tenerlo en cuenta podría ser importante.



unsplash.com
©Oscar Keys

4 Estabilización inicial

Muchas de las intervenciones en este ámbito parten de una más que deseable fase de estabilización (incluso algunos ingresos en unidades hospitalarias persiguen este objetivo), entrando aquí en contradicción una serie de hechos y exigencias que pueden resultar en auténticas paradojas. A menudo no podremos pedir a alguien que se está haciendo daño que deje de hacerlo simplemente por el hecho de intervenir, y menos cuando tal interacción sea forzada como ya hemos dicho. Lo que sí podremos (relación terapéutica mediante) es tratar de persuadir, pedir una tregua, solicitar que se nos dé una oportunidad, negociar incluso las condiciones de un contrato terapéutico flexible, que probablemente estará en continua revisión. No olvidemos que las conductas, incluso las más aberrantes, tienen algún tipo de funcionalidad en el sistema en el que los pacientes están inmersos. Solicitar a la persona que se deje de hacer daño antes de tiempo podría configurarse como algo aversivo y condescendiente. Sí podríamos llevar a cabo una serie de intervenciones dentro de un enfoque paliativo, tales como solicitar un kit de emergencia para utilizar en caso de que la persona se haga daño. Ello incluiría por ejemplo el uso de gasas, antibacterianos... que al menos impedirían complicaciones médicas en algunos casos (en un enfoque de reducción del daño). La opción de un contrato terapéutico escrito ha sido un recurso utilizado con frecuencia.

En esta fase de estabilización inicial (a veces la única a la que llegamos), destaca una intervención como pilar básico de un proceso complejo, **el autocuidado**. ¿Podemos partir de la base de que la persona sabe y ha aprendido a cuidarse?, quizá sí, pero seguramente no sea el caso. La regulación del sueño, alimentación, horarios de comidas, ejercicio físico, higiene, personas con las que se relaciona..., todo ello se constituye en la propia metáfora de una existencia cogida por hilos en la cual asistimos a menudo a una mera supervivencia. Aun partiendo del hecho de que hayan aprendido a cuidarse de algún modo, quizá no sea algo prioritario, e incluso la vergüenza y la culpa podrían actuar como auténticas barreras al autocuidado básico. Según Fisher (2017) por ejemplo, uno de los principales errores que comete el terapeuta consiste en no darse cuenta de que para la persona que se autolesiona el cuerpo no es algo prioritario, sino más bien un vehículo de liberación de tensión. Desde el autocuidado quizá logremos cimentar la base o el punto de anclaje inicial desde el cual continuar nuestra labor conjunta. Pero quizá esto sea posible una vez que hagamos un cierto trabajo en insight acerca del porqué la persona negligencia su cuerpo, o del porqué se desconecta habitualmente del mismo como mecanismo de escape como indica la ya citada autora. El autocuidado también exige una serie de medidas de higiene mental, lo cual puede implicar entre otras la exposición a según qué personas, pensamientos o situaciones de riesgo.

Intervención ante las crisis: en estas primeras fases podremos ya comenzar con la identificación de los antecedentes o desencadenantes de su conducta, princi-

palmente emociones de rabia, vacío, vergüenza o culpa, y trazar un plan de medidas de intervención en crisis. Muchas de estas medidas pasan por la aplicación de respuestas alternativas y teóricamente más saludables: escritura de un diario de crisis, expresión artística de distintos tipos, ejercicio físico vigoroso y no competitivo, duchas frías, envolverse en una sábana, auto masajes, pintarse los antebrazos con bolígrafo rojo, llamar a una persona que sepas que te va a escuchar (aunque sea para hablar de algo no relacionado), frotarse un hielo por los brazos y piernas, ruptura de revistas..., todo ello se puede llevar a cabo dentro de lo que hayan constituido excepciones en su vida a la conducta de autolesión (si ha sido el caso al menos). En este sentido podemos configurar un plan de acción ante la inminencia de un nuevo episodio, resultando de este modo, cuando menos, algo más manejable temporalmente. Varios de estos elementos, por ejemplo, se han incluido en el formato breve cognitivo-conductual denominado Family Intervention for Suicide Prevention (FISP) (Asarnow, 2009), que si bien, está más orientado a prevenir suicidios, utiliza un enfoque en el cual se utiliza la identificación de resiliencias familiares, planes de acción, control estimular, conductas alternativas o el uso de un termómetro emocional y una “caja de esperanza” que se rellena con recuerdos positivos o una tarjeta de seguridad entre otras. Hay quien ha enfatizado en el hecho de que determinadas conductas sustitutivas tales como las que implican un cierto nivel de daño, golpeo de almohadas o marcaje con bolígrafo entre otras podrían resultar contraproducentes, una vez arrojan el mensaje de que debemos de actuar irreflexiva e invariablemente ante cada impulso. Por ello, se podrían recomendar otro tipo de estrategias tales como la expresión verbal de la emoción una vez aceptemos la existencia inevitable de frustraciones y emociones desagradables.

En el caso de que decidamos recurrir a distracciones, algo que podría funcionar en determinadas circunstancias, hay quien hace recomendaciones concretas en función de la emoción que desencadena la conducta. Así, por ejemplo, ante la sensación de enfado podrían recomendar la expresión física de la frustración, mientras que en el caso de vergüenza podría ser la expresión escrita de canciones, sentimientos o el reconocimiento abierto y sincero de la misma...

En caso de que nos encontremos con un paciente que utiliza la conducta de modo instrumental de modo que llega a amenazarnos con el suicidio, algo habitual en ciertos perfiles, el mantener la calma y redefinirlo como una oportunidad de trabajo más que como un modo de negociación podría resultar particularmente productivo. En este caso podríamos llegar a concretar lo que está ocurriendo una vez lleguemos a una situación de seguridad. Definir las amenazas de suicidio como palos en la rueda que sólo enlentecen el proceso de manejo del dolor también podría ser de ayuda, pero de nuevo la mezcla de firmeza y empatía jugarían un papel fundamental en el modo de transmitirlo.

En lo referente a la costumbre de retirar objetos potencialmente peligrosos para generar un ambiente seguro, decir que quizá se constituya en una estrategia ineficaz más, a pesar de lo extendido de su uso, puesto que traslada la idea de que la responsabilidad reside de algún modo en algo exterior a nosotros mismos.

5 Regulación emocional

Muy a menudo nos encontraremos varados en la primera de las fases (estabilización), y quizá no sea posible pasar a la siguiente, pero otras veces tras un periodo de cierta calma a pesar de las crisis, llega un segundo momento en el que podremos ir más allá. La regulación emocional es ya un clásico a la hora de explicar la razón de una conducta tan aparentemente absurda, a fin de cuentas el animal humano habría de orientarse a la autoprotección. Este punto de vista se ha visto reforzado por estudios que nos hablan de un alto nivel de arousal negativo inmediatamente previo a la conducta autolesiva, seguido de una cierta sensación de liberación y alivio posterior (al menos a corto plazo), (NICE, 2014). Desde los modelos más biologicistas se le ha dado en este sentido a la citada conducta una explicación basada en un círculo vicioso angustia-autolesión-generación de adrenalina y endorfinas-alivio-nueva sensación de angustia, que explicaría la conducta desde un enfoque similar a la conducta adictiva.

Los enfoques que han echado mano de esta herramienta son numerosos, hasta el punto en que podríamos considerar la regulación emocional como una práctica transdiagnóstica (también como una hipótesis transdiagnóstica), que incluiría la identificación de situaciones que colocan a la persona en situación de vulnerabilidad, atención a estímulos distintos, modificación de las propias condiciones biológicas, interpretación de estímulos emocionales, cambios en la propia acción... (Neacsiu et al, 2013).

La identificación de desencadenantes emocionales implica la identificación de las propias emociones, de sus patrones fisiológicos específicos y aspectos cognitivos (rumiaciones, pensamientos automáticos...), pero también de la función de tales emociones, todos ellos objetivos de terapias que inciden en aspectos psicoeducativos. Muchas personas tienen graves dificultades en este ámbito, sobre todo si se han criado en ambientes invalidantes, en donde la expresión emocional ha sido particularmente sancionada de modo más explícito o más tácito, hasta el punto de que no sólo se considera que ciertas manifestaciones han de resultar reprimidas, sino que se descalifica el propio hecho de sentirlas. Es posible que la persona que haya crecido en estas circunstancias se sienta fácilmente abrumada por las emociones, no haya aprendido a calmarse o a modular sus reacciones, resultando a menudo la autolesión en un medio de recuperación del control. Se han postulado, por ejemplo, ciertos déficits en adolescentes con un estilo de apego inseguro o desor-

ganizado en la expresión de emociones negativas, percibidas como algo peligroso, algo que puede generar como resultado un déficit en regulación emocional. La teoría de la mentalización proporciona en este sentido una explicación interesante para la génesis de patrones de disregulación emocional (Bateman y Fonagy, 2010).

En la consecución de una mejora en este patrón, una de nuestras tareas va a ser la conexión entre lo puramente cognitivo con lo emocional y con su esfera somática, algo que llevaremos a cabo desde distintos enfoques de modo diferente, ya sea a través de técnicas de relajación, visualización, mindfulness, EMDR o todo el elenco de las terapias denominadas “corporales”. Muchas de estas técnicas actúan además como paliativos para la reducción del arousal, pero en general los objetivos son más ambiciosos. En caso de la meditación, busca ir un paso más allá teniendo como horizonte la aceptación y cambio de perspectiva respecto al mundo mediante el aumento de la consciencia plena. Desde el mindfulness, como programa terapéutico por sí sólo o integrado en otras terapias (ACT y DBT, por ejemplo), el trabajo con la aceptación de emociones se constituye en un instrumento que va más allá de la mera exposición a las mismas, para integrarlas dentro de toda una filosofía en la concepción del mundo y los síntomas. Otras terapias han enfatizado más en los aspectos corporales o somáticos, aunque más bien en casos de trauma complejo, haciendo uso del mindfulness como un modo de observar las propias reacciones mientras se profundiza en el rol de las mismas en el proceso.

Dentro de toda práctica en regulación emocional lo primero es crear un clima terapéutico de seguridad, tanto física como emocional, lo cual incluye según algunos autores un contexto externo caracterizado por la comodidad, o sea, condiciones de temperatura, distancias físicas respecto al terapeuta, iluminación, evitación de sobreestimulación, presencia de señales verbales claras para indicar un stop..., pero también un entorno emocional muy concreto que implique una exploración segura. En este sentido, Fisher (2017) habla de la necesidad de instaurar seguridad a nivel interno a través de prácticas como, por ejemplo, visualizaciones o mediante escritura. El elenco técnico en este área es variado, incluyendo prácticas más orientadas a lo corporal o somático, como la respiración, visualización de lugares seguros, escritura de emociones, collages, trabajo de postura corporal... a incluso algún que otro trabajo más bizarro basado en técnicas orientales de acupuntura, pero también incluye técnicas de otro tipo como puede ser la propia psicoeducación en emociones, exploración e instauración de fortalezas (por ejemplo la técnica de recurrir a una parte del yo más sabia) o recurrencia a figuras de apego del pasado a las que comunicar tus preocupaciones o pedir consejo.

Desde una perspectiva más orientada a la solución de problemas, la recurrencia a excepciones se constituye en un recurso fundamental, una vez nos permite retrotraernos en ocasiones a situaciones en las cuales nos encontramos mejor con nosotros mismos o el síntoma no estaba presente o no resultaba necesario, algo que

va más allá de la simple mimetización de esos instantes para configurarse en sí mismo como un recurso positivo. Esta es la idea en cierto modo del modelo de la parte sana, derivado de la tradición de psicoterapia estratégica enfocada a la solución de problemas. Desde este modelo se privilegia lo saludable que existe en el paciente, se trata de buscar los recursos y tareas que permitan a la persona hacer crecer, metafóricamente hablando, a la parte sana, no tanto para hacer desaparecer a lo que nos hace daño sino más bien para que lo que esto ocupa sea un espacio mínimo en comparación. Aquí podríamos hablar del fomento del rol de superviviente a la adversidad, una suerte de reescritura de una narrativa más constructiva y que nos permita continuar el camino hacia la salud mental ampliando las excepciones y facetas intactas. Ello conlleva la confianza en las fortalezas del paciente, un cierto “optimismo irracional” que nos permita el cultivo de la parte sana en contraste con el intento de reducción de la parte enferma. En este sentido, el trabajo en cada paciente, aun cuando los diagnósticos puedan coincidir, será un proceso único y original, en el cual no habrá una correspondencia entre causa del problema y solución.

6 Factores interpersonales

Una vez que sabemos que los síntomas más que “en personas” se dan “entre personas”, el análisis del factor interaccional y comunicativo del síntoma pasa a un primer plano.

Desde lo interpersonal se han abordado varios tópicos, caso, por ejemplo, de la vulnerabilidad interpersonal como una posible explicación parcial del fenómeno que nos ocupa. Tal vulnerabilidad implicaría una serie de deficiencias a la hora de relacionarse con los demás, déficits en habilidades sociales. Tales habilidades incluyen una serie de capacidades expresivas e inferenciales al respecto de la interacción con el otro (destacándose entre otros el constructo asertividad), y se han abordado directamente en varias terapias cognitivo-conductuales, además de, especialmente, en la terapia dialéctica conductual. Además de los componentes de estudio clásicos en el tópico de las habilidades sociales, de particular interés en el caso de las autolesiones podrían ser las capacidades de estimación del momento adecuado para contar algo íntimo a alguien, hasta dónde me puedo fiar de ese alguien, y hasta dónde puedo confiarle material de naturaleza íntima. Para ello, el recurrir a figuras de apego, o al menos de confianza, se puede antojar una tarea también particularmente compleja, puesto que quizá estemos ante, precisamente, una carencia en este ámbito, justo en un momento en que más lo necesitaríamos. Quién te hace sentirte bien, sin criticarte de modo cínico o doloroso, quién te ha escuchado en el pasado, quién está ahí cuando lo necesitas, son preguntas que pueden constituirse útiles en este momento en el que posiblemente buscamos una cierta conexión o reconexión con el medio, algo que forma parte de la mayoría de las terapias orientadas a la rehabilitación.

Aun siendo innegable la contribución de algunos de estos enfoques, algunos creemos que no es tan importante la forma que adopten ciertos componentes de las habilidades sociales, sino lo que los participantes sobreentienden y el contexto comunicacional en que estamos inmersos (el estado de las relaciones entre personas más que su forma). No obstante, no negamos la presencia de determinados factores grupales particularmente positivos, una vez tales aprendizajes se suelen llevar a cabo en formatos grupales. Tales factores han sido mencionados por Yalom (citado en Molinedo, 2013), destacando la infusión de esperanza, universalidad (paliativo de la soledad por excelencia), catarsis, cohesión, altruismo o recapitulación correctiva del grupo social primario.

Si transcendemos el tópico de las habilidades sociales, algunas líneas de investigación e intervención que se han centrado en los factores interpersonales han puesto el foco en lo interaccional y en el sentido del síntoma

“Los síntomas más que en personas se dan entre personas, el análisis del factor interactivo y comunicativo del síntoma pasa a un primer plano”

dentro de un contexto relacional. Así por ejemplo, se ha postulado que la autolesión podría constituirse en un recurso comunicativo una vez otras opciones han sido ignoradas, o no han surtido el efecto esperado en el ambiente. También se ha mencionado la conflictividad familiar en general así como la falta de calidez y presencia de excesivo criticismo como posibles explicaciones. Volvemos de nuevo al sentido funcional del síntoma, como cuando se habla del mismo como un potencial recuperador de la homeostasis familiar, intento de controlar a los demás, un modo de expresión o cualesquier otra función dirigida a modificar algún parámetro del sistema. Las intervenciones aquí nos dirigen a la identificación y análisis de las interacciones comunicativas patológicas entre personas, desplazándose así de paso la responsabilidad al contexto. Se habla de relaciones familiares, incluso en términos de refuerzo positivo y negativo de conductas (por ejemplo, la evitación de responsabilidades), de la negligencia a la hora de reforzar conductas alternativas, de la búsqueda de apoyo social en contextos de desconexión ambiental... Algunos han sugerido que las autolesiones podrían constituirse en experimentos interpersonales encaminados a averiguar el interés ajeno por parte de la persona que se hace daño, como una suerte de “prueba de amor” en cierto modo. Desde lo interaccional sería de especial interés toda actividad encaminada a mejorar la comunicación intrafamiliar, estrategias de búsqueda de apoyo social o la implicación en actividades interpersonales entre otras.

Desde la modalidad denominada Terapia Multisistémica (Markland, 2013), inicialmente concebida para el tratamiento de la conducta antisocial en personas jóvenes, se han llevado a cabo intervenciones dirigidas a conductas autolesivas que buscan reforzar las fortalezas de las familias, fomentan las conductas responsables por parte de todos en detrimento de las calificadas como irresponsables (a las cuales se les hace un claro marcaje) e identifican y actúan sobre secuencias redundantes concretas desde un punto de vista sistémico. Desde tal modalidad se pretende educar a los padres en habilidades parentales, a la vez que vincular al paciente en actividades prosociales y desvincularlo de otro tipo de actividades. También procuran eliminar potenciales métodos de suicidio. En este formato se lleva a cabo una monitorización y apoyo por parte de adultos del adolescente en peligro, a la vez que se intenta involucrar a agentes sociales y compañeros, llevándose a cabo parte de la intervención en el propio domicilio de los afectados. También se utiliza en este contexto un teléfono de urgencias 24 horas durante seis días a la semana.

Por su parte, el enfoque de Terapia de Familia Basada en el Apego se ha aplicado en diversos cuadros y situaciones clínicas, por ejemplo, para adolescentes con autolesiones (Diamond et al., 2010). Parte de la ventaja de estar manualizado además de contar con algunos avales empíricos. Se ha basado en teorías sistémicas de la escuela estructural de Minuchin y la multidimensional de Liddle, así como en las teorías del apego, teorías de trauma... En este caso se interviene

desde la posibilidad de instaurar o restaurar un patrón de apego patológico que ha surgido en un ambiente caracterizado por alto criticismo y bajo afecto (recuerda al constructo Alta Emoción Expresada¹) así como alta conflictividad familiar a menudo contaminada con abuso físico o psicológico. Se enfocan inicialmente en la resolución de problemas interpersonales antes que en las autolesiones en sí mismas, identificando y verbalizando emociones (que se conectan con los síntomas) y experiencias negativas, mientras se construye una alianza fuerte con la familia. Se enfatiza la necesidad de una escucha empática por parte de los padres y el propio adolescente, y se alienta en general a la expresión del conflicto. Implica el aprendizaje de habilidades de comunicación así como de habilidades de regulación emocional, aunque también se juega con el reforzamiento de diádas y debilitamiento de otras, algo más propio de la tradición sistémica. Más tarde, en una fase posterior, se promueve una parentalidad autoritaria al modo en que lo definía Baumrind, con límites claros y acuerdo entre ambos padres, a la vez que promueve y allana el camino hacia la independencia del/la joven orientando a mejoras académicas, implicación en actividades de ocio.... Al principio se proporciona incluso un teléfono de urgencias 24 horas activo.

Los factores interpersonales han sido también abordados en formatos grupales, en donde se ha observado que los jóvenes pueden ver reducido un sentimiento de soledad, que también a menudo se ha citado como correlato de este tipo de problemática, y al que se ha hecho referencia cuando se mencionan los factores terapéuticos según Yalom. No obstante, todavía hay muchos compañeros de profesión que recelan de este tipo de terapia por determinados temores, quizá no particularmente fundados. Ciertamente es que, algunos han teorizado que al menos al principio la persona no debería de verse sometida a la presión de apoyarse en otras personas, dado que quizá muchos de quienes se autolesionan hayan aprendido desde muy pronto que sólo ellos mismos pueden aliviar su angustia, siendo en todo caso los demás un estorbo cuando no una amenaza (Fisher, 2017). A este respecto, el sentido común y la cautela deberían de actuar como consejeros, y no sólo por el paciente, sino también por la propia armonía grupal.

Desde una perspectiva más macro sistémica o más sociológica, también podemos traer a colación el hecho de que se ha estudiado cómo la observación de alguien que lleva a cabo este tipo de conductas incrementa la posibilidad de contagio en personas jóvenes, aunque algunos autores afirman que la gran mayoría de quienes se autolesionan, no han escuchado hablar de ello previamente (Purington y Whitlock, 2004). Este contexto social más “macro” está también poblado de ejemplos de personas que se autolesionan, a veces en un contexto

¹ Estilo de comunicación intrafamiliar caracterizado por altos niveles de criticismo y hostilidad entre otras características, que según Brown, Birley y Wing (1972) predice en gran medida recaídas en procesos esquizofrénicos.

hipnótico y glamuroso en videos musicales, películas..., aunque la influencia de esto no está clara. En este sentido, se ha mencionado (Faura, 2011) que el efecto contagio podría realmente constituirse en un problema social de alcance. En este caso se refiere tanto a un contagio más directo (los propios compañeros de colegio, por ejemplo) como a un aprendizaje vicario desde medios más indirectos como la televisión o el cine, así como las redes sociales. No es particularmente extraña la asociación entre la autolesión y el posterior estado de calma de algunos personajes de series con cierto reconocimiento, y muy seguidas por adolescentes (Prison Break, por citar una...), los más vulnerables en el fondo a este tipo de conducta. Las razones aducidas para el contagio han sido entre otras: el aumento de tolerancia a la conducta autolesiva por exposición, identificación con el otro, legitimación o el aprendizaje de habilidades negativas en situaciones de estrés. En este sentido, se ha sugerido que un primer paso para la prevención sea en este caso el mostrar las consecuencias a largo plazo de las autolesiones, mostrar y discutir críticamente los errores e inexactitudes que pueblan las fantasías televisadas, así como ahondar en las políticas de restricciones de ciertos contenidos entre otras. En los foros y redes sociales a menudo nos encontramos con grupos de autoayuda que también pueden ser considerados como un recurso útil para personas que muestran este tipo de problemática, siempre y cuando se den determinadas condiciones: que no se incluyan mensajes que hagan apología de la conducta, que incluyan a personas que hayan superado el problema, que sus moderadores sean conocedores del efecto contagio y variables implicadas, y que no pretendan desarrollar funciones propias de profesionales de la salud mental, que se incluyan contenidos genéricos y positivos y no sólo negativos o sólo centrados en los aspectos más físicos, que fomenten relaciones y lazos positivos entre los miembros (por ejemplo el ocio sano), que haya una garantía de confidencialidad, la no inclusión de notas de suicidio, impedir que se compartan métodos y sistemas para hacerse daño, y controlar el número e intensidad de narrativas de autolesión...

También se ha insistido en la influencia grupal de determinadas subculturas, como, por ejemplo, se ha citado algún subgrupo o tribu urbana (Faura, 2011) como algo susceptible de constituirse en factor de riesgo, algo que claramente trasciende a variables individuales.

7 | Apego y contexto

Al respecto de la contribución del sistema al síntoma, admitiendo que en la génesis de muchos de los trastornos está la relación de apego, el componente interpersonal es innegable. El análisis y reparación de la relación de apego tiene un evidente componente de análisis de lo relacional, incluso la propia relación terapéutica se constituye en un contexto interaccional. Las fracturas en el sistema de apego han sido también tratadas desde la perspectiva relacional.

Como ya se ha mencionado, es habitual que en algunos enfoques se hayan establecido lazos entre la conducta autolesiva con el estilo de apego denominado “desorganizado”. Las teorías se refieren a este estilo de apego como caracterizado por una convivencia disarmónica entre distintas imágenes del yo difícilmente reconciliables: un yo agresivo vs sumiso, desconfiado, culpable, cándido..., lo que Patricia Crittenden (2009) más o menos define como un estilo de apego tipo C. Esta autora menciona una serie de estrategias encaminadas al control de los demás a través del despliegue de distintas emociones extremas, algo que deriva de un contexto madurativo en el cual las necesidades no han sido adecuadamente cubiertas, sino negligidas cuando no incluso negadas o castigadas... En determinados enfoques, se destacan conceptos como “entorno invalidante”



unsplash.com
©Ben White

(terapia dialéctica-conductual) o “doble vínculo” (terapia sistémica) para referirse a contextos con muchas características similares al aludido, en los cuales la persona se enfrenta a toda una maraña confusional acerca de las propias sensaciones, percepciones y emociones dando como respuesta algo no menos confuso y desorganizado.

En determinados ambientes emocionales como los descritos, asistimos así a la génesis de lo que va a ser una falta de regulación emocional, trabajo al que quien más quien menos va a dedicar una buena parte de su tiempo, ya lo haga de modo explícito, ya sea utilizando la propia relación terapéutica como experiencia emocional correctiva. Se ha hablado, por ejemplo, de contextos negligentes y de abuso en los cuales las emociones y hasta el cuerpo del niño son explotados en beneficio de los adultos. En tal tesitura, la persona aprende que el cuerpo es meramente un vehículo de liberación de tensión sin mayor valor más allá de ello. Si a esto sumamos que algunos han aprendido a depender de sí mismos en lugar de dirigirse al adulto para la resolución de sus tensiones, la situación empeora ostensiblemente (Fisher, 2017).

La reparación de la relación de apego dañada es una tarea compleja, necesitará de un vínculo terapéutico sólido, capacidad de sintonía emocional, construcción progresiva, mantener una interacción con el grado adecuado de activación emocional durante la terapia, proporcionar coherencia, co-construir narrativas constructivas y orientadas al crecimiento... y trabajo intenso con los miembros implicados además del propio paciente.

8 Conclusiones

Las conductas autolesivas han sido conceptualizadas desde múltiples marcos psicoterapéuticos, y, tal y como se observa, cada enfoque ha diseñado sus propios modos de intervención en función de sus atribuciones de un modo u otro. En general ninguna escuela es ciega a la contribución de los factores interpersonales, una vez observamos que los síntomas se generan y mantienen dentro de un contexto interactivo en constante cambio. Otros marcos comunes de referencia son las contribuciones gestadas desde las teorías de apego, y por supuesto algunas variables relacionadas con la responsabilidad, el compromiso, la esperanza, confianza en el cambio y otras. Quedaría pendiente profundizar en la contribución de otro tipo de factores dentro de un macrocontexto caracterizado por determinadas estructuras económicas y factores socioeconómicos, tales como la desintegración de estructuras económicas y familiares tradicionales o la emergencia de roles mal definidos o ambiguos (cuando no una falta total de los mismos) entre otros.

“Marcos comunes de referencia son las contribuciones gestadas desde las teorías de apego, y por supuesto algunas variables relacionadas con la responsabilidad, el compromiso, la esperanza, la confianza en el cambio”

ANUARIO ABIERTO

COMUNICACIÓN LIBRE

TRABAJOS PREMIADOS EN LAS
XXI JORNADAS DE PSICOLOGÍA
Y SALUD DEL COPG



REHABILITACIÓN
NEUROPSICOLÓGICA EN
DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO
EN FASE CRÓNICA.
A PROPÓSITO DE UN CASO.**Rocío Andrade-Grela**
Sandra Rubial-ÁlvarezUNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO. CENTRO DE
PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (CPAP) DE
BERGONDO (A CORUÑA).
INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO).
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.✉ srubiala@imserso.es

RESUMEN: El daño cerebral adquirido es una lesión en un cerebro que previamente se había desarrollado con normalidad. Una de las causas más habituales suelen ser los traumatismos craneoencefálicos y tienen como consecuencia la pérdida de funciones cognitivas, motoras y sensoriales, así como dificultades en las habilidades comunicativas y en la capacidad para regular las emociones. El caso que se presenta en este trabajo trata de un paciente con un traumatismo craneoencefálico grave, que durante los cuatro primeros años que siguieron al accidente no recibió ninguna intervención a nivel neuropsicológico. Se exponen las técnicas y las herramientas terapéuticas que la rehabilitación neuropsicológica puede ofrecer para tratar con pacientes que sufren estas dificultades, con el fin último de recuperar las funciones dañadas y devolver al individuo el mayor grado posible de autonomía posible y de adaptación a su entorno.

PALABRAS CLAVE: traumatismo craneoencefálico, rehabilitación neuropsicológica, fase crónica, atención, memoria, funciones ejecutivas.

ABSTRACT: Acquired brain damage is an injury caused to a brain that had previously had a normal development. Traumatic brain injury is one of the most common causes, resulting in the loss of cognitive, motor and sensory functions, as well as difficulties in communicative skills and in the ability to regulate emotions. The case presented in this paper is about a patient with severe brain injury, who did not receive any neuropsychological interventions during the first four years after the accident. It will also reveal the techniques and therapeutic tools which the field of neuropsychological rehabilitation can offer to deal with patients who suffer these difficulties, with the ultimate aim of restoring the damaged functions and returning as much autonomy as possible to the individual to adapt to their environment.

KEY WORDS: traumatic brain injury, chronic phase, neuropsychological rehabilitation, attention, memory, executive functions.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Datos sociodemográficos.
- 3 Motivo de consulta.
- 4 Objetivos.
- 5 Intervención.
- 6 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- American Psychiatric Association (2014). *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Brands, I. M., Bouwens, S. F., Wolters, G. G., Stapert, S. Z. e van-Heugten, C. M. (2013). *Effectiveness of a process-oriented patient-tailored outpatient neuropsychological rehabilitation programme for patients in the chronic phase after ABI. Neuropsychology Rehabilitation, 23(2), 202-15.*
- Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C. e Ruano, Á. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Castellanos, N., Paúl, N., Ordóñez, V. E., Demuyneck, O., Bajo, R., Campo, P., ... e Maestú, F. (2010). Reorganization of functional connectivity as a correlate of cognitive recovery in acquired brain injury. *Brain, 133(8), 2365-81.*
- Foy, C. M. (2014). Long term efficacy of an integrated neurological and vocational RBG programme for Young adults with ABI. *The Journal of Occupational Rehabilitation, 24, 533-42.*
- Fraser, R. T. e Clemmons, D. C. (2000). *Traumatic Brain Injury. Practical Vocational, Neuropsychological y Psychotherapy Interventions*. Florida: CRC Press.
- Geurtsen, G. J, van Heugten, C. M., Martina, J. D. e Geurts, A. C. (2010). Comprehensive rehabilitation programmes in the chro-

CONTINÚA EN LA
PÁG. SIGUIENTE 

nic phase after severe brain injury: a systematic review. *The Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 97-110.

Klonoff, P. S., o'Brien, K. P., Prigatano, G. P., Chiapello, D. A. e Cunningham, M. (1989). Cognitive retraining after traumatic brain injury and its role in facilitating awareness. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 4(3), 37-45.

León-Carrión, J., Martín-Rodríguez, J. F., Damas-López, J., Barroso, J. M. e Domínguez-Morales, M. R. (2009). Delta-alpha ratio correlates with level of recovery after neurorehabilitation in patients with acquired brain injury. *Clinical Neurophysiology*, 120(6), 1039-45.

Middag-van, S. M.; Smeets, S., van-Haestregt, J. e van-Heugten, C. (2017). Outcomes of a community-based treatment programme for people with acquired brain injury in the chronic phase: a pilot study. *Neuropsychology Rehabilitation*, 28, 1-17.

Muñoz, J. M. e Tirapu, J. (2008). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.

Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J. e Purdon, S. E. (2014). *SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. Madrid: TEA Ediciones.

Ponsford, J. L., Downing, M. G., Olver, J., Ponsford, M., Acher, R., Carty, M. e Spitz, G. (2014). Longitudinal follow-up of patients with traumatic brain injury: outcome of two, five and ten years post-injury. *Journal of Neurotrauma*, 31, 64-77.

Ramiro-González, M. D., González-Altred, C. (2012). El equipo de trabajo en neurorrehabilitación. En Cano de la Cuerda, R.; Collado Vázquez, S. *Neurrehabilitación. Métodos específicos de valoración y tratamiento*. Madrid: Editorial Panamerica.

Rasquin, S. M., Bouwens, S. F., Dijcks, B., Winkens, I., Bakx, W. G. e van-Heugten, C. M. (2010). Effectiveness of a low intensity outpatient cognitive rehabilitation programme for patients in the chronic phase after brain injury. *Neuropsychology Rehabilitation*, 20(5), 760-77.

Sashika, H., Takada, K. e Kikuchi, N. (2017). Rehabilitation needs and participation restriction in patients with cognitive disorder in the chronic phase of traumatic brain injury. *Medicine*, 96(4), 5968.

Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos: Manual técnico y de interpretación*. Madrid: Pearson.

Wechsler, D. (2013). *WMS-IV. Escala de memoria de Wechsler-IV. Manual técnico y de interpretación*. Madrid: NCS Pearson.

Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P., Emslie, H. e Evans J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)*. Inglaterra: Pearson.

1 Introducción

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) constituyen un problema de salud pública muy importante a nivel mundial debido a la frecuencia con la que se producen, su alta mortalidad y las consecuencias de su morbilidad. Estas consecuencias pueden incluir una gran variedad de déficits físicos, cognitivos y/o conductuales, susceptibles de desestabilizar al entorno familiar, social y laboral del paciente que lo sufre. Además, también suelen conllevar indemnizaciones, incapacidad, gastos asistenciales o la preocupación por las secuelas y el tratamiento adecuado para estos pacientes en las diferentes fases de su evolución (Muñoz y Tirapu, 2008).

Aunque los datos epidemiológicos sobre los TCE son incompletos, la mayoría de las estimaciones consideran que la incidencia de los mismos en los países industrializados se sitúa en un rango de 200 a 300 casos por cada 100.000 habitantes. A su vez los estudios consultados sugieren que el 75% de los TCE se producen por accidentes de tráfico (Muñoz y Tirapu, 2008, p. 38). Bruna et al. (2011) afirman que en nuestro país se puede prever que se podrían llegar a generar alrededor de 2.800 nuevos casos de discapacidad secundaria a un TCE al año.

Los tratamientos de neurorehabilitación ofrecen a las personas afectadas por daño cerebral adquirido (DCA) como un TCE, la posibilidad de recuperación, compensación y adaptación de los déficits ocasionados por las lesiones cerebrales sufridas. Las guías especializadas en rehabilitación indican que la intervención debe ser especializada, integral, inter y transdisciplinar de tal manera que la intervención de cada profesional se encuentre guiada por principios y objetivos comunes que se ajusten a las necesidades de cada persona afectada y su entorno. En estas publicaciones es un hecho indiscutible que el psicólogo con formación en neuropsicología debe formar parte de ese equipo (Fraser et al, 2000; Ramiro-González et al, 2012).

Los objetivos de la rehabilitación neuropsicológica se podrían agrupar en 1) restaurar las funciones alteradas, 2) ayudar a los pacientes a comprender mejor la naturaleza de sus dificultades y desarrollar estrategias de compensación de las mismas y 3) modificar las circunstancias ambientales con el fin de facilitar la realización de determinadas actividades y promover una mayor independencia (Klonoff et el, 1989).

Cada vez son más las publicaciones que señalan la eficacia (con diferente nivel de evidencia) de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes que han padecido un DCA correlacionándola con cambios en la conectividad funcional cerebral (Castellanos et al, 2010; León-Carrión et al, 2009), mejora del funcionamiento cognitivo, aumento de la autonomía y de integración laboral (Foi, 2014). No obstante, las muestras de estos estudios suelen ser de sujetos con una evolución desde el DCA menor a dos años. Todavía son escasas las publicaciones sobre la eficacia de la rehabilitación neuropsicológica en personas con DCA en fase crónica aunque las existentes apuntan a un efecto en la reducción de los problemas psicosociales, el aumento del nivel de integración en la comunidad e incremento del empleo (Geurtsen et al, 2010) y en el nivel de satisfacción, disminución de la percepción de dificultades y necesidad de cuidados así como en la sobrecarga del cuidador (Middag-van et al, 2017).

Otras publicaciones refieren mejoras en el cumplimiento de objetivos utilizando como medidas de resultados primarias los objetivos individualizados (Middag-van et al, 2017; Rasquin et al, 2010; Brands, et al, 2013).

2 Datos sociodemográficos

Antecedentes relevantes

A es el mediano de un matrimonio con tres hijos. Conviven todos juntos en la casa familiar situada en un entorno rural, y la actividad principal de la familia está relacionada con la agricultura y la ganadería. A está soltero y no tiene hijos. Las características de personalidad previas que describen sus familiares son las de un niño inteligente, inconstante, inquieto, explosivo, ágil y rápido. No se refieren antecedentes médicos, psicológicos o psiquiátricos de interés. Con respecto a los datos académicos y laborales previos al accidente, presenta un nivel de escolaridad muy bajo, repite dos cursos en la Enseñanza General Básica y abandona los estudios en el sexto curso. No se refieren dificultades de aprendizaje diagnosticadas; su familia relaciona el abandono escolar con falta de motivación. Al término de sus estudios comienza a trabajar en agricultura, ganadería y en el sector de la construcción.

Datos relevantes de la historia clínica

A es un varón que a los 30 años sufrió un accidente de tráfico con TCE grave. Presentaba una puntuación de 4 en la escala de coma de Glasgow (GCS) al ingreso en el hospital. No se puede establecer con exactitud la duración del coma aunque por informes médicos se puede inferir una duración superior a 1 mes. Tampoco se especifica en los informes médicos ni se puede deducir de la información que aporta la familia la duración del período de amnesia postraumática que, junto con la puntuación en la GCS y la duración del coma, son los datos de la gravedad y naturaleza de la lesión que se suelen tener en cuenta a la hora de establecer el pronóstico (Bruna et al., 2011).

Otros datos relevantes de la historia médica son, por una parte, las conclusiones de TAC cerebral en la que se informa de múltiples contusiones hemorrágicas petequiales, daño axonal difuso de mayor entidad en la vertiente derecha del cuerpo caloso, hemorragias a nivel de mesencéfalo y contusiones hemorrágicas en lóbulo temporal derecho.

Por otra parte, se refiere que el paciente inició tratamiento de rehabilitación interdisciplinar (Fisioterapia y Terapia Ocupacional) pero presentó como complicaciones empeoramiento fundamentalmente de la conducta por lo que se deriva al Servicio de Psiquiatría que pauta tratamiento antipsicótico. Se explica en informes que este tratamiento conlleva un detrimento del estado clínico funcional del paciente por lo que se suspende el tratamiento de rehabilitación física y es dado de alta. La familia decide suspender tratamiento farmacológico antipsicótico a los 18 meses del TCE y acudir a tratamiento de fisioterapia 3 días a la semana en un recurso privado.

No se han realizado valoraciones ni intervenciones anteriores en neuropsicología, logopedia o terapia ocupacional. Aparte de la fisioterapia, A no realiza ninguna actividad estructurada u ocupacional.

El tratamiento farmacológico en el momento de la valoración es baclofeno y levetiracetam.



unsplash.com
©Olenka Kotyk

3 Motivo de consulta

Solicitan valoración para la admisión en la Unidad de Daño Cerebral del Centro de Promoción de la Autonomía Personal (CPAP) de Bergondo 4 años y 3 meses después de haber sufrido el TCE. El CPAP de Bergondo es un recurso público perteneciente al IMSERSO (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) para personas en edad laboral que han sufrido un daño cerebral adquirido en fase subaguda o crónica. Se trabaja desde un enfoque holístico e interdisciplinar, con el doble objetivo de conseguir la máxima autonomía personal y/o su integración profesional cuando esta sea posible. Este enfoque proporciona a los usuarios una atención global e individualizada que contempla la rehabilitación física, social y psicológica, y requiere el trabajo conjunto del paciente, la familia y los terapeutas. Se establecen objetivos de intervención en los que las diferentes disciplinas trabajan de forma coordinada aplicando su conocimiento y experiencia para lograr su consecución.

La familia del usuario solicita ingreso en el CPAP de Bergondo en régimen de interno. La motivación tanto de A como de su familia para solicitar el ingreso es mejorar a nivel motor, concretamente la marcha. Sólo cuando se pregunta específicamente por otros aspectos cognitivos, conductuales o emocionales en los que le gustaría mejorar especifican que “discutir y enfadarse menos”. Hasta ese momento no habían contemplado la posibilidad de que los aspectos conductuales o cognitivos pudieran disminuir mediante la rehabilitación neuropsicológica.

Valoración inicial: La valoración va orientada a obtener un perfil clínico, la información necesaria para establecer los objetivos de rehabilitación y el plan de intervención, contemplando los aspectos relevantes según diferentes autores, como Muñoz- Céspedes y Tirapu (2008, p. 89). Se realiza una entrevista inicial semiestructurada con A y sus padres, en la que se recogen sus datos y se explora su situación previa y actual haciendo preguntas específicas sobre los antecedentes relevantes, la historia de la enfermedad, la evolución, los déficits cognitivos, el estado emocional, los cambios de personalidad secundarios y su incidencia en la vida diaria. En días posteriores y en varias sesiones se realiza una valoración más exhaustiva de aspectos cognitivos, conductuales y emocionales en la que se administraron las pruebas psicométricas que se pueden ver en la *tabla 1*.

Cabe destacar que, en esta primera evaluación, no es posible realizar una valoración completa dado que A se mostraba muy inquieto y ansioso. Se decide realizar una valoración más breve para establecer un perfil clínico global, delimitando capacidades afectadas y preservadas e iniciar una intervención, especialmente a nivel conductual, que permitiese un mejor manejo. Las conclusiones principales de la valoración inicial pueden verse en la *tabla 2*. La posterior mejora a nivel cognitivo y conductual hará posible realizar una valoración más exhaustiva permitiendo delimitar de forma más precisa el perfil de afectación.

A nivel funcional, los déficits cognitivos y conductuales tienen una implicación significativa. Es dependiente para las Actividades de la Vida Diaria (AVD) básicas de vestido e higiene en lo que tiene gran incidencia, aparte de la afectación a nivel motor, el déficit de modalidades atencionales y la afectación de funciones ejecutivas (como, por ejemplo, la secuenciación o la planificación). Es dependiente para las AVD instrumentales (toma de medicación, cocina, cuidado del hogar, manejo del dinero, uso del transporte público, realización de gestiones, etc). No es capaz de cumplir de forma autónoma sus rutinas diarias o un horario de actividades y presenta gran dificultad para recordar conversaciones, citas, recados, etc.

La alteración conductual tiene una gran incidencia en su vida familiar y relaciones sociales externas, en actividades propuestas en el centro (de ocio, rehabilitación y actividades formativas) y en el manejo global (frecuentes incidencias secundarias a irritabilidad, escaladas de ira, rigidez mental, labilidad emocional). El diagnóstico que figura en los informes



CPAP
Bergondo

previos es: “Traumatismo craneoencefálico severo. Lesión axonal difusa”, que bajo la nomenclatura del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) se correspondería con un “Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo craneoencefálico con alteración conductual secundaria grave”.

4 Objetivos

Es frecuente que en las escasas publicaciones que existen sobre la eficacia de la rehabilitación neuropsicológica en fase crónica del DCA sólo se puedan objetivar las mejoras mediante el cumplimiento de los objetivos establecidos (Middag-van al, 2017; Brands et al, 2013; Rasquin et al, 2010) por este motivo es importante que los objetivos de rehabilitación que se establezcan permitan monitorizar la evolución de la persona afectada.

En el caso de A, una vez realizada la valoración inicial se establece el plan de intervención estableciéndose como objetivos globales: 1) mejorar el funcionamiento cognitivo, principalmente de modalidades atencionales, memoria y funcionamiento ejecutivo y 2) disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas conductuales (desinhibición, irritabilidad, agresividad, labilidad emocional), 3) proporcionar a la familia pautas para el manejo de los síntomas cognitivos y conductuales y 4) aumentar la autonomía de A. En la *tabla 3* se puede ver algunos objetivos de intervención específicos y su grado de consecución hasta el momento actual.

5 Intervención

Para conseguir estos objetivos se diseña un programa individualizado de intervención intensiva con el fin de recuperar y compensar sus capacidades cognitivas, su adaptación funcional y sus habilidades para realizar de la forma más autónoma posible las actividades de la vida diaria.

- **Memoria:** con el objetivo de fomentar la autonomía del paciente en sus actividades cotidianas, se plantean actividades basadas en la estrategia de restauración, trabajando directamente la función afectada mediante el empleo de ejercicios de recuerdo tales como asociación de conceptos o categorizaciones. En general, se pretende que los materiales empleados y las tareas realizadas en la intervención, sean lo más ecológicos y motivadoras que sea posible para el paciente.

También se trabaja con estrategias compensatorias como el empleo de ayudas externas para reducir el impacto de los déficits mnésicos. Desde este procedimiento se entrena al paciente en el empleo de un diario para anotar tareas, conversaciones importantes o citas y recados pendientes.

Además, se le instruye en el uso de alarmas en el teléfono móvil u otros dispositivos electrónicos con el fin de fomentar la memoria prospectiva.

- **Atención:** se trabaja la restauración de la función mediante la práctica repetida de tareas y actividades que ponen en marcha diferentes modalidades atencionales como, por ejemplo, pruebas de rastreo visual o ejercicios de cálculo. Estas actividades suelen hacerse de forma oral o escrita, e incluso pueden completarse utilizando material audiovisual.

Como estrategia de compensación, se instruye en un esquema de autoinstrucciones en papel para favorecer la metacognición de las dificultades atencionales. Consta de una serie de órdenes escritas para guiar al paciente en tareas complejas no automatizadas o que requieren cierto aprendizaje previo para su ejecución.

- **Funciones ejecutivas:** Se ejercita la restauración de estas funciones mediante ejercicios de planificación o solución de problemas, con el fin de que el paciente pueda internalizar estrategias cognitivas que favorezcan la autorregulación, pudiendo automatizar así habilidades útiles para su vida cotidiana.

Para reducir las consecuencias que estos déficits tienen en su vida diaria, se utilizan como técnicas compensatorias esquemas de autoinstrucciones.

- **Conciencia de los déficits:** Para abordar la conciencia parcial de las dificultades secundarias al daño se realiza psicoeducación sobre lesiones cerebrales y posibles déficits secundarios. También, se valoran las dificultades específicas del paciente mediante confrontación directa y se trabajan registros sobre la incidencia de estos déficits en la vida diaria.

- **Afrontamiento, emoción y conducta:** Es frecuente que se produzcan alteraciones conductuales e incluso cambios de personalidad tras un daño cerebral. En este caso los cambios están caracterizados por irritabilidad, impulsividad, desinhibición, episodios de frustración y una acusada rigidez mental. Para afrontar estas alteraciones, se emplean las siguientes técnicas basadas en la intervención cognitivo-conductual:

- Registrar las situaciones en las que se produzcan los episodios de conducta desadaptada o emoción descontrolada, tratando de identificar qué desencadenantes provocan esas manifestaciones.
- Corregir y proporcionar un modelo adecuado de buena conducta o control emocional.
- Educar en la necesidad de ser flexible y adaptarse a los cambios.
- Tiempo fuera y redirigir la situación proponiendo una actividad alternativa.
- Entrenar en técnicas de relajación sencillas que el paciente pueda automatizar, como la respiración abdominal.
- Reforzar y proporcionar un feedback adecuado.

Las intervenciones son principalmente las mismas que las que se emplean en población general, pero debido al perfil de los usuarios se hace necesario adaptarlas y analizar todas las incidencias o problemas para poder ayudar a los usuarios a generar conclusiones o automatizar estrategias. Por esto, la intervención en pacientes con daño cerebral adquirido requiere una formación específica.

Durante la intervención de A, se realiza una monitorización constante de la evolución y varias valoraciones mediante la administración de pruebas psicométricas y cuestionarios conductuales pudiendo observarse la evolución de las puntuaciones en las Figuras 1 y 2. Después de la primera valoración, se le realiza retest en los meses de mayo y diciembre de 2016 y su evolución presenta una mejora significativa. En general, aunque su capacidad cognitiva sigue siendo baja se objetiva una mejoría en lo que respecta a la orientación, las capacidades atencionales, la reflexión previa a la acción, la capacidad de aprendizaje y razonamiento y las funciones ejecutivas.

6 Conclusiones

A sufrió hace seis años un TCE grave por un accidente que le ocasionó un daño cerebral. A pesar de la envergadura de la alteración cognitiva y el trastorno de conducta que presentaba, la familia no demandaba atención en este sentido, lo asumían como una “secuela sin intervención posible” o un “mal inmodificable”. No fueron derivados a ningún servicio de Psicología Clínica del Sistema Nacional de Salud ni se les informó de la posibilidad de intervención mediante la rehabilitación neuropsicológica en otros recursos.

Hace casi dos años, A empezó un programa de rehabilitación intensiva a raíz del que se ha observado una mejora significativa en su evolución, que dado el tiempo transcurrido desde la lesión, no puede ser explicado por recuperación espontánea.

En general, se puede concluir que la rehabilitación neuropsicológica basada en las técnicas de restitución, compensación y sustitución de la función dañada, cuando incluyen un entrenamiento de complejidad creciente, diferentes estímulos y modalidades sensoriales, son más efectivos que el no tratamiento, mejorando el funcionamiento cognitivo y las actividades cotidianas de personas que han sufrido un daño cerebral grave.

Afortunadamente, se ha mejorado la atención médica aguda y la rehabilitación en fase subaguda pero las carencias siguen siendo significativas en fases posteriores. En múltiples estudios de seguimiento sobre el impacto del DCA se comprueba que son los déficits cognitivos y las alteraciones conductuales los que tienen una mayor incidencia en el pronóstico y mayor impacto en la integración social y laboral (Sashika et al, 2017; Ponsford et al, 2014). No obstante, muchas de las personas afectadas tienen una atención insuficiente e inadecuada en estos aspectos que son los que menos cuidados reciben en los recursos públicos; el caso de A es una muestra de ello.

Gráfico 1 Evolución del rendimiento de A en la valoraciones psicométricas realizadas. En todas ellas a mayor puntuación, mejor rendimiento cognitivo.

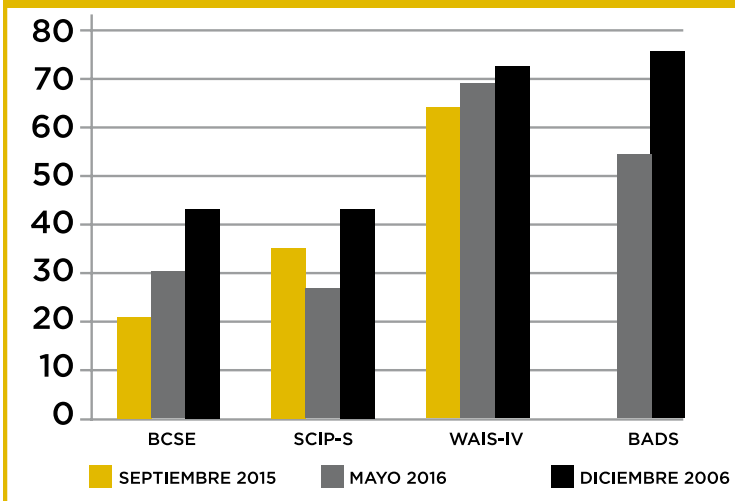


Gráfico 2 Evolución de la puntuación en los cuestionarios administrados a la familia sobre la conducta de A. En los tres a menor puntuación, menor problemática conductual.

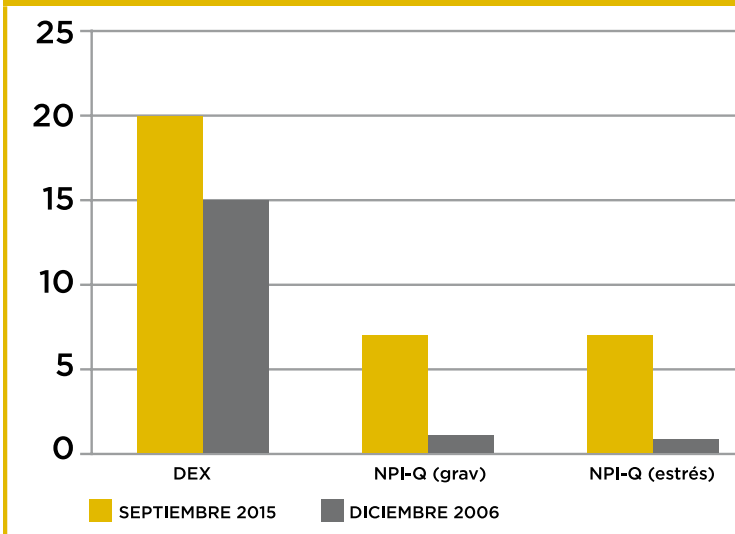


Tabla 1 Tests administrados, funciones cognitivas que mide cada uno de ellos y resultados de A en la valoración inicial

TEST ADMINISTRADO	NOMBRE	CAPACIDADES COGNITIVAS QUE MIDE	RESULTADOS
BCSE Test breve para la evaluación del estado cognitivo	Wechsler, D. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación y estimación temporal - Control mental - Planificación y organización visuoperceptiva - Recuerdo incidental - Inhibición de respuestas aprendidas - Producción verbal 	21 Capacidad cognitiva muy baja
SCIP-S Screening del deterioro cognitivo en psiquiatría	Pino et al., (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje verbal inmediato y diferido - Memoria de trabajo - Fluidez verbal - Velocidad de procesamiento 	35 Percentil 1
WAIS-IV Wechsler Adult Intelligence Scale	Wechsler, D. (2012)	Evalúa la inteligencia general reflejando el funcionamiento intelectual en cuatro áreas: <ul style="list-style-type: none"> - Comprensión verbal - Razonamiento perceptivo - Memoria de trabajo - Velocidad de procesamiento 	IRP: 64 Percentil 1 Rendimiento muy bajo
BADS Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome	Wilson et al. (1996)	Batería que evalúa el funcionamiento ejecutivo mediante pruebas que evalúan planificación, organización, estimación temporal e inhibición	No se completó la batería
DEX Cuestionario del Síndrome Disejecutivo	Wilson et al. (1996)	Forma parte de la batería BADS, pero se puede administrar por separado. Se administra al cuidador.	20 Refieren síntomas de desorganización, desinhibición, impulsividad
NPI-Q Neuropsychiatric Inventory Questionnaire	Kaufner (2000)	Cuestionario administrado al cuidador o familiar que detecta cambios conductuales.	7 Agresividad, ansiedad, desinhibición, irritabilidad, depresión

Tabla 2 Capacidades afectadas y preservadas del paciente en la valoración inicial

	DIFICULTADES	ÁREAS PRESERVADAS/PUNTOS FUERTES
NIVEL COGNITIVO	<ul style="list-style-type: none"> -Déficit de memoria a corto plazo, episódica, prospectiva -Déficits de atención, sobre todo en sus modalidades más complejas como la atención sostenida, dividida y alternante -Memoria de trabajo -Dificultades ejecutivas de planificación y organización -Falta de conciencia del déficit 	<ul style="list-style-type: none"> -Memoria a largo plazo -Atención focalizada -Fluencia del lenguaje -Denominación y comprensión -Orientación en la persona -Pensamiento divergente
NIVEL CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> -Irritabilidad -Impulsividad -Desinhibición 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy receptivo al refuerzo verbal positivo
NIVEL EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> -Labilidad emocional -Enfados -Ansiedad: preocupación, nerviosismo, irascibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatía - Iniciativa

Tabla 3 Algunos objetivos de rehabilitación establecidos con A y grado de consecución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	GRADO DE CONSECUCCIÓN
Mejorar la capacidad de orientación temporal: saber fecha exacta.	Objetivo alcanzado en su totalidad.
Mejorar la orientación espacial: desplazarse en el centro sin necesidad de indicaciones.	Objetivo alcanzado en su totalidad.
Conseguir autonomía para cumplir con el horario de forma autónoma.	Objetivo alcanzado en su totalidad.
Mejorar las modalidades de atención y el control atencional ejecutivo que propicie la mejora en la capacidad de marcha (entrenamiento mediante tarea dual con fisioterapia).	Objetivo alcanzado en su totalidad. Actualmente no hay incidencia de déficit de atención en la capacidad de marcha.
Mejorar el recuerdo/resumen de actividades realizadas de forma inmediata.	Objetivo alcanzado. Resumen de la sesión de terapia/clase cuando esta termina recordando detalles.
Recordar las actividades más relevantes de días anteriores.	Objetivo alcanzado parcialmente. Aumenta el recuerdo de hechos muy significativos. Se beneficia más del recuerdo facilitado. Persiste el rendimiento deficitario.
Automatizar el uso de ayudas externas. -Utilizar diario con apoyo.	Objetivo alcanzado en su totalidad. Utiliza el diario con recuerdo de realización y consulta.
Recordar los nombres de personal de contacto frecuente	Objetivo alcanzado. Errores ocasionales.
Mejorar las habilidades comunicativas. -Mejorar organización del discurso (disminuir pérdidas del núcleo semántico).	Objetivo alcanzado parcialmente. Mejora, pero persiste la precipitación en el discurso.
Mejora de la capacidad de secuenciación de acciones.	Objetivo alcanzado para las actividades básicas: secuencia de rutinas de autocuidado diario.
Mejorar la capacidad de planificación y organización aplicado a tareas específicas: hacer la maleta, hacer la cama, mantener en orden habitación y armario.	Objetivo alcanzado parcialmente: requiere ocasionalmente supervisión para iniciar actividad y/o alguna pauta verbal para completarla de forma correcta.
Disminuir la frecuencia e la intensidad de los episodios de irritabilidad: -en la rutina matutina, -en la vida diaria normalmente desencadenados por la dificultad de adaptación a cambios/imprevistos.	Objetivo alcanzado en su totalidad.. Disminuye significativamente la frecuencia y la intensidad. Actualmente episodios ocasionales.
Aumentar tolerancia al contacto físico: -tolerar contacto físico en sesiones de fisioterapia, -tolerar colocación férula.	Objetivo alcanzado.
Aumentar la conciencia de los déficits cognitivos.	Objetivo alcanzado parcialmente. Es consciente de los déficits cognitivos, pero parcialmente de la discapacidad secundaria a los mismos.
Aumentar la conciencia de los cambios de conducta.	Objetivo alcanzado parcialmente. Consciente de la irritabilidad. Mayor dificultad para ser consciente de la labilidad emocional.
Aumentar la capacidad de verbalización de emociones.	Objetivo en proceso: evolución positiva.

COMUNICACIÓN ORAL

TRABAJO PREMIADO EN LAS XXI JORNADAS
DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

CORRELATOS DIFERENCIALES ENTRE EL ABUSO DE INTERNET Y DE SUSTANCIAS

Cristina Alonso

PSICÓLOGA CLÍNICA

Estrella Romero

PROFESORA TITULAR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA,
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

✉ crisonsovilar@hotmail.com

Este trabajo se pudo realizar gracias a la IX Beca Siota de Investigación en Psicología otorgada por el Colegio Oficial de Psicología de Galicia.

RESUMEN: El consumo de sustancias y el uso problemático de Internet (UPI) se relacionan entre sí llegando a establecerse un paralelismo directo entre ambos consumos. El objetivo de este estudio es examinar la relación y los correlatos diferenciales entre el UPI y el consumo de sustancias.

Participaron 910 adolescentes de 2º ESO y 1º de bachillerato de centros educativos de Galicia. Se utilizaron autoinformes para evaluar diferentes variables de personalidad así como el ajuste psicosocial.

Los resultados indican que existe un cierto paralelismo entre el UPI y el consumo de drogas especialmente en las variables de personalidad. Ambos consumos están asociados a mayor desajuste psicosocial mostrando menor autoestima y satisfacción con la vida y mayores emociones negativas y agresividad. A pesar de presentar correlatos muy similares, los resultados muestran que el UPI se asocia con variables más disfuncionales de personalidad y con mayor desajuste psicosocial que el consumo de sustancias.

PALABRAS CLAVE: uso problemático de Internet, consumo de sustancias, adolescentes.

ABSTRACT: Substance use and problematic Internet use (PIU) are related to each other, establishing a direct parallelism between both uses. The aim of this study is to examine the relationship and differential correlates between PIU and substance use.

910 adolescents of 2º ESO and 1º Bachillerato from Galician schools participated in this research. Self-reports were used to evaluate different personality variables and psychosocial adjustment.

The results show that there is a certain parallelism between PIU and substance use, especially in personality variables. Both uses are associated with greater psychosocial maladjustment showing lower self-esteem and satisfaction with life and greater negative emotions and aggressiveness. Despite having very similar correlates, the results show that PIU is associated with more dysfunctional personality variables and greater psychosocial imbalance than substance use.

KEY WORDS: Problematic Internet Use, substance use, adolescent.

SUMARIO:

- 1 Introducción/objetivos.
- 2 Material y método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alonso, C. e Romero, E. (2017). El uso problemático de nuevas tecnologías en una muestra clínica de niños y adolescentes: personalidad y problemas de conducta asociados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(2), 62-70.
- Armsden, G. C. (1986). Attachment to parents and peers in late adolescence: relationships to affective status, self-esteem, and coping with loss, threat, and challenges. *Dissertation Abstracts International*, 47, 1751-1752.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. e Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- González, M. T., Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Secadas, R. e Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 28(2), 108-115.
- Halpern, J. H. e Pope, H. G. (2001). Hallucinogens on the Internet: A vast new source of underground drug information. *American Journal of Psychiatry*, 158, 481-483.
- Holden, C. (2001). Behavioral addictions: do they exist? *Science*, 294, 980-982.
- Hoyle, R. H., Stephenson, M. T., Palmgreen, P., Pugzles-Lorch, E. e Donohew, R. L. (2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32, 401-414.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. e Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on Aging*, 26, 655-72.

CONTIÚA EN LA
PÁG. SIGUIENTE

Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. e Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.

Luengo, M. A., Otero, J. M., Mirón, L. e Romero, E. (1995). *Análisis psicossocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago: Xunta de Galicia.

Ortet, G., Ibáñez, M. I., Ruipérez, M. A. Villa, H., Moya, J. e Esquivá, P. (2007). Adaptación para adolescentes de la versión española del NEO PI-R (JS NEO). *Psicothema*, 19, 263-268.

Raine, A. et al. (2006). The Reactive - Proactive Aggression Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171.

Rich, M. e Bar-On, M. (2001). Child health in the information age: Media education of paediatricians. *Pediatrics*, 107, 156-162.

Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Bos Aires: Paidós.

Sánchez-Martínez, M. e Otero, A., (2010). Usos de Internet y factores asociados en adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*, 42(2), 79-85.

Scharfe, E. (1999). *A comparison of self-report and interview ratings of attachment*. Sen publicar.

Wang, C., Ho, R. H., Chan, C. W. e Tse, S. (2015). Exploring personality characteristics of Chinese adolescents with Internet-related addictive behaviors: trait differences for gaming addiction and social networking addiction. *Addictive Behaviors*, 42, 32-35.

Watson, D., Clark, L. A. e Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.

Whiteside, S. P. e Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.

Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behaviour*, 1, 237-244.

1 Introducción/objetivos

Diversos estudios constatan la relación existente entre el uso problemático de Internet (UPI) y el consumo de sustancias (Sánchez-Martínez y Otero, 2010). El atractivo de Internet podría compararse con las propiedades reforzadoras de las sustancias adictivas (Halpern y Pope, 2001; Rich y Bar-On, 2001). Algunos autores establecen un paralelismo directo entre la adicción a sustancias y a comportamientos (p.e. Internet) (Holden, 2001), incluso estableciendo que el UPI genera alteraciones cerebrales similares a las drogas (Lin et al., 2012). Variables como la personalidad, el tipo de apego y diferentes variables de ajuste psicossocial han sido ampliamente investigadas en el consumo de sustancias (Kokkavi et al., 2007; Gonzálvez et al, 2016) y aparecen como una línea emergente en el UPI (Wang, Ho, Chan y Tse, 2015; Alonso y Romero, 2017), por lo que parece interesante comprobar si esas variables personales y consecuencias psicossociales presentan los mismos o diferentes correlatos en el UPI y el consumo de sustancias así como examinar la relación entre estas dos variables. Por lo tanto, los objetivos de este estudio son:

- Examinar la relación entre el UPI y el consumo de sustancias.
- Analizar los correlatos diferenciales entre el UPI y el consumo de sustancias.

2 Material y método

Participaron en el estudio 910 adolescentes (474 chicas y 434 chicos; 2 participantes no indicaron el género), con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años (media 14.57; SD=1.57), escolarizados en 9 centros educativos de Galicia, España.

Para evaluar las variables principales: uso problemático de Internet y el abuso de sustancias se utilizaron el Test de Adicción a Internet (IAT; Young, 1998) y el Cuestionario de Consumo de Drogas (CCD; Luengo et al., 1995). El Test de Adicción a Internet mide los comportamientos asociados al uso adictivo de la Red que incluyen la compulsión, el escapismo y la dependencia. Las preguntas de la escala también evalúan los problemas relacionados con el uso adictivo en el ámbito personal, laboral y social de adolescentes y jóvenes. Concretamente, la escala está compuesta por 20 ítems en formato tipo likert que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (nunca o rara vez) y 5 (siempre). Este instrumento permite obtener una medida global del nivel de adicción a Internet. El cuestionario de consumo de drogas evalúa las prevalencias de consumo durante toda la vida de tabaco, alcohol y cannabis y la frecuencia con que se han consumido estas sustancias en los últimos 30 días. Los adolescentes responden en una escala con seis alternativas (nunca, una o dos veces, de tres a cinco veces, de seis a diez veces, entre 11 y 20, o más de 20).

Para evaluar las variables relacionadas con el ajuste psicosocial, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Dimensiones generales de personalidad (Modelo de los Cinco Grandes):** versión para jóvenes del NEO PI-R (JS-NEO S; Ortet, Ibañez, Ruipérez, Villa, Moya y Escrivá, 2007).
- **Apego:** Cuestionario de Relaciones Adolescentes (ARSQ; Scharfe, 1999). Este cuestionario está formado por 17 ítems, y es una forma adaptada para adolescentes del Relationship Scales Questionnaire (RSQ; Griffin y Bartholomew, 1994). El ARSQ, al igual que el RSQ, permite obtener puntuaciones para los tres tipos de apego: apego seguro, apego miedoso/preocupado y apego evitativo.
- **Búsqueda de sensaciones:** Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones (Hoyle et al., 2002). Se trata de una escala creada para adolescentes, consta de 8 ítems derivados del SSS-V que representan parsimoniosamente los cuatro factores identificados por Zuckerman para BS: búsqueda de experiencias, búsqueda de aventura y emociones, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento.
- **Impulsividad:** Escala de Impulsividad Reducida (UPPS-P; Whiteside y Lynam, 2001): Esta escala está formada por 20 ítems que permiten la evaluación de cinco dimensiones de personalidad que pueden desencadenar conductas impulsivas: urgencia negativa, (falta de) perseverancia, (falta de) premeditación, búsqueda de sensaciones y urgencia positiva.
- **Autoestima:** Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR; 1965). Se trata de un cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.
- **Conducta agresiva:** Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ) que es un instrumento diseñado por Raine et al. (2006) para medir la agresión reactiva y proactiva en adolescentes. Este instrumento está compuesto por 23 ítems basados en la dimensión motivacional proactiva (instrumental) vs. reactiva (hostil).
- **Bienestar Subjetivo:** Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson et al., 1988) que incluye 20 ítems, 10 de los cuales se refieren a la subescala de Afecto Positivo y 10 a la subescala de Afecto Negativo.
- **Satisfacción con la vida:** Escala de Satisfacción con la Vida (ESV; Diener et al., 1985) que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida.
- **Relaciones entre iguales/soledad:** Escala de Confianza con los Amigos (del Inventory of Parent and Peer Attachment: IPPA; Armsden y Greenberg, 1986), que evalúa el grado de cercanía, apoyo e intimidad de los adolescentes con sus iguales.
- **Soledad:** Escala Breve de Soledad (Hughes et al., 2004), consta de 3 ítems que reflejan sentimientos de falta de compañía y aislamiento social.
- **Prácticas de riesgo en conducta sexual:** se diseñó un cuestionario ad hoc con 4 ítems que reflejaban la frecuencia de relaciones sexuales sin método anticonceptivo así como tras el consumo de drogas:
 1. ¿Tuviste relaciones sexuales sin utilizar el condón y por tanto, con riesgo de contagio de VIH/SIDA o alguna otra enfermedad de transmisión sexual?;
 2. ¿Tuviste relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, a pesar de que no querías dejar embarazada a tu pareja o aunque no quisieras quedarte embarazada?;
 3. ¿Has tenido sexo después de haber consumido alcohol/drogas
 4. ¿Has tenido sexo con más de 1 persona en un periodo de menos de 24 horas?;



unsplash.com
©Angelina Litvin

3 Resultados

Tabla 1 Relación entre el UPI y el consumo de sustancias

*p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001	TABACO	ALCOHOL	CÁNNABIS
USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET	.19***	.20***	.12***

Los resultados muestran que el UPI se asocia con mayor consumo de sustancias tanto tabaco, como alcohol o cannabis.

Tabla 2 Relación entre el UPI y el consumo de sustancias con las variables personales

*p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001	USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET	TABACO	ALCOHOL	CÁNNABIS
Apego seguro	-.07*	.07*	-.02	-.02
Apego miedoso preocupado	.18***	.06	.01	.01
Apego evitativo	.19***	-.01	.01	.01
Neuroticismo	.26***	.09**	.06	.11***
Extraversión	.05	-.03	.11**	.03
Responsabilidad	-.39***	-.19***	-.21***	-.26***
Apertura	-.17***	.01	-.04	-.05
Amabilidad	-.34***	-.15***	-.16***	-.18***
Búsqueda de sensaciones	.20***	.17***	.20***	.11***
Impulsividad	.37***	.22***	.22***	.13***

Los resultados muestran que el UPI se relaciona con todas variables personales estudiadas excepto con Extraversión. En concreto, el UPI se relaciona con menor apego seguro y mayor apego tanto miedoso/preocupado como evitativo. Además, el UPI se asocia con mayor Neuroticismo, búsqueda de emociones e impulsividad así como con menor Responsabilidad, Apertura y Amabilidad.

En relación con el consumo de sustancias, las tres sustancias evaluadas en nuestro estudio se relacionan con menor Responsabilidad y Amabilidad así como con mayor búsqueda de sensaciones e impulsividad. Específicamente, el consumo de tabaco y de cannabis se relaciona con mayor Neuroticismo y el consumo de alcohol se relaciona con mayor Extraversión.

Tabla 3 Relación entre el UPI y el consumo de sustancias con ajuste psicossocial

*p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001	USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET	TABACO	ALCOHOL	CÁNNABIS
Conductas de riesgo sexual	.09	.39***	.33***	.34***
Autoestima	-.21***	-.09**	-.07*	-.08*
Confianza con amigos	-.11***	-.06	-.01	-.10**
Emociones positivas	-.09**	-.07*	-.01	-.04
Emociones negativas	.28***	.10**	.12***	.12***
Agresión proactiva	.47***	.27***	.33***	.31***
Agresión reactiva	.40***	.22***	.21***	.19***
Soledad	.15***	.03	.02	.08**
Satisfacción con la vida	-.26***	-.12**	-.08*	-.13***

Los resultados de nuestro estudio muestran que el UPI se relaciona con mayor desajuste psicossocial (menor autoestima, confianza con amigos, emociones positivas y satisfacción con la vida; así como mayor emociones negativas y agresividad tanto proactiva como reactiva), excepto con la variable conductas de riesgo sexuales.

En relación con el consumo de sustancias, las tres sustancias estudiadas se relacionan con mayores conductas de riesgo sexuales, menor autoestima, mayores emociones negativas, mayor agresividad, tanto proactiva como reactiva, así como con menor satisfacción con la vida. Específicamente, el consumo de tabaco se asocia con menores emociones positivas y el consumo de cannabis se asocia con menor confianza con amigos y mayor soledad.

4 Conclusiones

El UPI y el consumo de sustancias están relacionadas positivamente. Teniendo en cuenta los resultados, se puede concluir que las variables más relacionadas con el UPI son menor apego seguro, mayor apego miedoso/preocupado, mayor apego evitativo, menor apertura, menor confianza con los amigos, menos emociones positivas y mayor soledad mientras que las variables más relacionadas con el consumo de sustancias son las conductas de riesgo sexuales.

Entre los correlatos semejantes entre el UPI y el consumo de sustancias nos encontramos con menor Responsabilidad, menor Amabilidad, mayor Neuroticismo, mayor búsqueda de emociones, mayor impulsividad, menor autoestima, mayores emociones negativas, mayor agresividad tanto proactiva como reactiva y menor satisfacción con la vida.

Por tanto,

- Correlatos diferenciales en la variable de personalidad de Apertura y los diferentes tipos de apego que parecen estar más relacionados con UPI que con el consumo de sustancias.
- Paralelismo entre el UPI y el consumo de sustancias especialmente en las variables de personalidad, mientras que en los estilos de apego no existe este paralelismo tan claro.
- Teniendo en cuenta el ajuste psicosocial, ambos consumos están asociados a mayor desajuste psicosocial en los adolescentes mostrando menor autoestima, menor satisfacción con la vida y mayores emociones negativas y agresividad.
- El UPI se asocia con variables más disfuncionales de personalidad y con mayor desajuste psicosocial que el consumo de sustancias.
- El UPI se asocia más con dificultades de corte internalizante, y la drogas parecen asociarse específicamente con problemas de conducta más externalizante.



unsplash.com
©Tom Sodoge

COMUNICACIÓN ESCRITA-PÓSTER

TRABAJO PREMIADO EN LAS XXI JORNADAS
DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

TRATAMIENTO DE NOTICIAS DE SUICIDIO EN UN DIARIO DIGITAL

De la Torre Hernández, H.

PSICÓLOGA CLÍNICA CSMIJ,
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU, LLEIDA

López Cerdido, E.

PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE III,
EOXI DE FERROL

Martínez Lamosa, E.

PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE IV,
EOXI DE FERROL

✉ eduardo.martinez.lamosa@sergas.es

RESUMEN: Objetivo: describir el modo en el que un medio de prensa digital trata las noticias relacionadas con la conducta suicida y valorar el grado en el que estas publicaciones se adecuan a las recomendaciones de la OMS.

Método: se recogieron noticias sobre suicidio publicadas a lo largo de 2014 en el diario digital más leído en Galicia (La Voz de Galicia).

Resultados: la mayoría de las noticias eran sobre suicidios consumados, frecuentemente precedidos por agresiones a terceros, a los que se les daba una explicación simplista, y que incluían informaciones poco adecuadas para su difusión.

Conclusiones: la mayor parte de las noticias no tenía en cuenta las directrices ofrecidas por la OMS.

PALABRAS CLAVE: suicidio, noticias, prensa digital, OMS, efecto Werther.

ABSTRACT: Objective: to describe and assess the way a digital newspaper handles news about suicidal behaviour and how these press publications align with the WHO recommendations.

Method: suicide themed news released during 2014 were collected from the Galicia's most read digital newspaper.

Results: most news concerned completed suicide events, often preceded by violence against others, that were explained in simplistic terms and included inappropriate information.

Conclusions: the largest part of these news didn't take into account the recommendations given by the WHO

KEY WORDS: suicide, news, digital press, WHO, Werther effect..

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Material y método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Xenebra: OMS.

Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M. B. e Martínez Jambrina, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto Werther o efecto papageno?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 123-134.

Niederkrötenhaler, T., Till, B., Kapusta, N. D., Voracek, M., Dervic, K. e Sonneck, G. (2009). Copycat effects after media reports on suicide: a population-based ecologic study. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1085-1090.

Stack, S. (1996). The effect of the media on suicide: evidence from Japan, 1955-1985. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(2), 132-142.

Pirkis, J. e Blood, R. W. (2001). Suicide and the media: Part I. Reportage in nonfictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicidal Prevention*, 22(4), 146-154.

Pirkis, K., Blood, R. W., Beatrais, A., Burgess, P. e Shekans, J. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*, 27(2), 82-87.

Yang, A. C., Tsai, S. J., Yang, C. H., Shia, B. C., Fuh, J. L., Wang, S. J., Peng, C. K. e Huang, N. E. (2012). Suicide and media reporting: a longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 427-435.

1 Introducción

En el año 2014, el suicidio fue la primera causa externa de muerte en España, habiéndose registrado un total de 3.910 casos. En Galicia, se produjeron 371 suicidios en ese mismo año, lo que supone la segunda mayor tasa a nivel estatal (13,54 por cada 100.000 habitantes en nuestra comunidad frente a 8,42 en el caso nacional).

El modo en que los medios de comunicación informan sobre el suicidio puede provocar conductas de imitación (efecto Werther) o ejercer un efecto preventivo (efecto Papageno). La OMS, dentro del programa de prevención del suicidio SUPRE, elaboró una serie de recomendaciones a fin de promover una adecuada difusión de la información (consultar en http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf).

2 Material y método

Se recogieron todas las noticias publicadas a lo largo del año 2014 en el diario digital más leído en Galicia (La Voz de Galicia), que incluyesen alguna de las palabras clave: sustantivos y formas verbales derivadas de los términos autolesión, suicidio, matarse y quitarse la vida.

Se excluyeron aquellas publicaciones en las que las palabras clave hubiesen sido usadas con fines literarios, las que se referían a hechos ficticios, en las que el tema del suicidio era un elemento anecdótico o poco relevante, en las que la naturaleza de la muerte o de las lesiones era ambigua, y las que trataban sobre atentados suicidas.

Se realizó un análisis descriptivo de 171 noticias para 17 variables cualitativas en términos de frecuencia. Se presentan aquí los resultados más relevantes.

3 Resultados

Las publicaciones se dividieron en informes de casos (91,9%), de tipo científico o divulgativo (4,1%), artículos de opinión (1,8%) y de otro tipo (2,3%). En el 55% de los casos, la palabra clave era visible en el título o en el subtítulo. Los casos de suicidios consumados ocupaban el 63,2% de los escritos, las tentativas de suicidio supusieron el 31,6% y el 5,3% restante trataban sobre otros aspectos. Además, el 43,3% de las publicaciones informaban que la conducta suicida había sido precedida por un acto de homicidio o agresión a terceras personas. Un 15,8% de las noticias se referían a personas famosas o conocidas públicamente.

Tabla 1 Resumen sobre qué hacer y qué no hacer, adaptado de la OMS (2000)

QUÉ HACER

- Trabajar estrechamente con las autoridades de la salud en la presentación de los hechos.
- Usar fuentes auténticas y fiables.
- Interpretar cuidadosa y correctamente las estadísticas, evitando las generalizaciones.
- Manejar con cautela los comentarios espontáneos.
- Referirse al suicidio como un hecho logrado, no exitoso.
- Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores.
- Resaltar las alternativas al suicidio.
- Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.
- Hacer publicidad de indicadores de riesgo y señales de advertencia.
- Informar sobre la depresión como una condición tratable y su relación con el comportamiento suicida.

QUÉ NO HACER

- No cubrir la noticia de forma sensacionalista, particularmente cuando involucra a una celebridad.
- No realizar exageraciones.
- No informar con titulares en primera página.
- No publicar fotografías de la víctima, del método empleado o de la escena del suicidio.
- No publicar notas suicidas.
- No informar sobre detalles específicos del método usado ni de cómo se obtuvo.
- No informar del suicidio como algo inexplicable o dando causas simplistas.
- No describir el suicidio como un método para afrontar problemas personales, ni como una respuesta entendible a los cambios o a la degradación social o cultural.
- No glorificar ni sensacionalizar el suicidio.
- No usar estereotipos religiosos o culturales.
- No aportar culpas.

Tratamiento de noticias de suicidio en un diario digital

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

De la Torre Hernández, H.; López Cerdido, E.; Martínez Lamosa, E.



En el 48% de los reportajes se ofrecía una explicación simplista y unicausal de los acontecimientos, frente a un 14,6% que hablaban de multicausalidad, y un 37,4% que no aportaban esa información.

Con respecto a los aspectos y elementos informativos desaconsejados para su difusión por la OMS, un 17% de los informes incluían fotos o vídeos de la víctima, del método empleado o de la escena; se especificaba el método en el 67,8% (frecuentemente eran muertes por ahorcamiento, armas de fuego, precipitaciones, instrumentos cortantes y métodos combinados); se hacía referencia a la existencia de una nota de suicidio en el 8,2% de los casos; la persona suicida era glorificada o ensalzada en el 7,6%; la redacción incluía estereotipos religiosos o culturales en el 4,1%; y el tratamiento de las noticias resultaba sensacionalista para el 19,9% del total de publicaciones.

En cuanto a aquellos otros aspectos que sí son recomendados para su inclusión, el 6,4% de los artículos señalaban la presencia de recursos de ayuda; el 9,4% informaban sobre indicadores de riesgo; el 20,5% referían la existencia de antecedentes personales de dificultades de salud mental; el 24,6% hacían mención al impacto familiar o social de la conducta suicida; y en el 27,3% de los casos de tentativas autolíticas se describían las consecuencias físicas de los hechos.

4 Conclusiones

La mayor parte de las publicaciones analizadas consistían en informes de casos de suicidios consumados. En más de la mitad del total, la palabra clave referida a la conducta suicida aparecía en el título o en el subtítulo. Un elevado porcentaje de las noticias reportaban suicidios precedidos por una agresión o un homicidio.

Ha quedado constatado que la mayoría de las noticias recogidas no tuvieron en cuenta las directrices elaboradas por la OMS, ya que muchas de ellas han resultado sensacionalistas, han aportado elementos o aspectos informativos inadecuados (fotos y vídeos explícitos, referencia al método empleado o a la nota de suicidio, etc.) u ofrecían explicaciones simplistas a este tipo de sucesos. Por otra parte, muy pocas publicaciones informaban sobre la existencia de recursos de ayuda o indicadores de riesgo, siendo el impacto familiar y social así como los antecedentes personales en salud mental los aspectos más frecuentemente descritos, aunque de modo notablemente insuficiente.

Considerando estos datos, resultaría interesante que se desarrollaran programas de prevención del suicidio tanto a nivel autonómico como nacional en los que se pudiesen incluir recomendaciones dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El suicidio es un problema grave de salud pública. En el año 2014, en España ha supuesto la primera causa externa de muerte con un total de 3.910 suicidios consumados. En Galicia se registraron 371 suicidios en ese mismo año, siendo nuestra comunidad autónoma la segunda con mayor tasa a nivel nacional (13,54 por cada 100.000 habitantes).

La investigación sugiere que el modo en que los medios de comunicación informan sobre el suicidio puede generar conductas de imitación (lo que se conoce como efecto Werther) o puede ejercer un efecto preventivo (efecto Papageno). Así, la OMS, dentro del programa de prevención del suicidio SUPRE, ha elaborado una serie de recomendaciones dirigidas a profesionales de los medios de comunicación con el fin de promover una adecuada difusión de la información.

Con este estudio se busca hacer una descripción del tratamiento que se hace en un medio de prensa digital sobre noticias relacionadas con el suicidio consumado y tentativas autolíticas. También se pretende analizar en qué medida esta información se adecua a las recomendaciones de la OMS.

MATERIAL Y MÉTODO

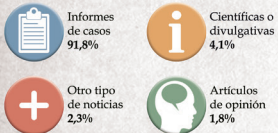
Se recogieron noticias aparecidas en el diario digital más leído en Galicia (*La Voz de Galicia*) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014 que incluyesen alguna de las siguientes palabras clave: *autolesión, autolesionarse, matarse, quitarse la vida, se mató, se suicida, se suicidó, se quitó la vida, se quitó la vida, suicida, suicidarse, suicidio* (n = 374).

Se excluyeron aquellas noticias en las que los términos clave se usaron con fines literarios; las que hacían referencia a hechos ficticios; en las que la información sobre suicidio constituía un elemento anecdótico o poco relevante en el desarrollo global de la noticia; en las que existía ambigüedad en la naturaleza de las muertes o lesiones; y las que trataban sobre atentados suicidas.

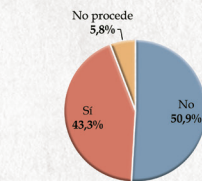
Finalmente se incluyeron 171 noticias, analizadas para 17 variables descriptivas en términos de frecuencia.

RESULTADOS

Se identificaron cuatro tipos de publicaciones:



¿Se informa de que la conducta suicida ha sido precedida por una agresión o un homicidio?



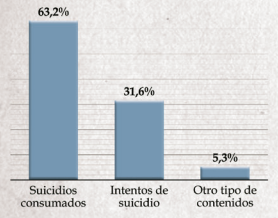
Con respecto a los aspectos informativos desaconsejados por la OMS, se obtuvieron los siguientes resultados:

	Sí	No	No procede
Incluir fotografías o vídeos de la víctima, del método empleado o de la escena	17,0%	17,0%	66,0% no incluyen
Hacer referencia a notas de suicidio	8,2%	86,0%	5,8%*
Glorificar o ensalzar como héroe al suicida	7,6%	90,6%	1,8%*
Tratar la noticia de forma sensacionalista	19,9%	80,1%	-
Usar estereotipos religiosos o culturales	4,1%	94,2%	1,8%*
Especificar el método empleado	67,8%	28,7%	3,5%*

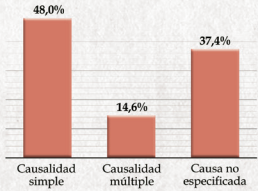
* Estos valores corresponden a publicaciones que no son informes de casos.

En el 55,0% de las noticias, la palabra clave aparecía en el título o el subtítulo, frente al 45,0% restante en las que aparecía en el cuerpo de la noticia.

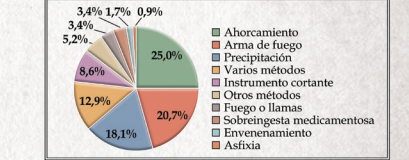
Se diferenciaron tres grupos de noticias en función de su temática (suicidios consumados, intentos de suicidio y otro tipo de contenidos):



¿Se ofrece una explicación de la conducta suicida? ¿Se presenta el suicidio de manera simplista como resultado de un solo factor, o se habla de la interacción de diversos factores causales?



El 15,8% de las noticias se referían a personajes famosos o públicamente conocidos.



En cuanto a la información que se recomienda incluir en el tratamiento de estas noticias, se observó lo siguiente:

	Sí	No	No procede
Informar sobre recursos de ayuda	6,4%	93,6%	-
Informar sobre indicadores de riesgo	9,4%	90,6%	-
Referir antecedentes en salud mental	20,5%	76,0%	3,5%*
Señalar el impacto familiar o social	24,6%	71,9%	3,5%*
Describir las consecuencias físicas de los intentos de suicidio**	27,3%	72,7%	-

* Estos valores corresponden a publicaciones que no son informes de casos.
** No se incluyen en este análisis las noticias sobre suicidios consumados.

CONCLUSIONES

La mayor parte de las noticias analizadas eran informes de casos de suicidios consumados. En más de la mitad del total, la palabra clave referida a la conducta suicida aparecía en el título o en el subtítulo. Un elevado porcentaje de las noticias reportaban suicidios precedidos por una agresión o un homicidio.

Se ha constatado que en la mayoría de las noticias recogidas no se tuvieron en cuenta las directrices de la OMS, bien porque resultaron sensacionalistas, porque aportaban detalles inadecuados (fotos y vídeos, método empleado, notas de suicidio...), o por dar explicaciones simplistas a estos sucesos. Por el contrario, muy pocas publicaciones informaban acerca de la existencia de recursos de ayuda o indicadores de riesgo, siendo el impacto familiar y social y los antecedentes personales en salud mental los aspectos que se mencionaban con mayor frecuencia, aunque de manera insuficiente.

A partir de estos datos, parece relevante la necesidad de desarrollar un programa de prevención del suicidio tanto a nivel autonómico como nacional, en el que se incluyan recomendaciones dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanía (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Ginebra: OMS.
- Herrera Ramírez, R., Ussa Villar, M. B., & Martínez Jiménez, J. (2010). El tratamiento del suicidio en la prensa española: efecto werther o efecto papageno?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(123), 123-134.
- Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001). Suicide and the media: Part I: Reportage in nonfictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(6), 146.

CONTACTO

henardelatorre@gmail.com
Emma.Lopez.Cerdido@sergas.es
Eduardo.Martinez.Lamosa@sergas.es

OBJETIVO DE LA PUBLICACIÓN

El *Anuario* fue, y es, una publicación abierta. Nace con el propósito de dar voz y oído, de invitar a la reflexión de los que escriben y de los que leen, sobre temas de interés para la Psicología Clínica. Cada número se vertebra sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluyendo áreas de conocimiento ajenas a la propia, pero que pueden aportar nuevos mapas.

PERIODICIDAD DE LA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

AUTORES DE LOS ARTÍCULOS DEL MONOGRÁFICO

Los artículos serán solicitados a los autores por parte del Equipo de Redacción del *Anuario*, los textos deben ser originales y el estilo será libre, siguiendo el objetivo general marcado por el Equipo.

La EXTENSIÓN máxima será de 15 folios, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

La ESTRUCTURA del artículo será la siguiente:

- Título
- Autor, lugar de trabajo e e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras) en español o gallego y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en español o gallego y en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias y máximo de 20.

ANUARIO ABIERTO: CASOS CLÍNICOS

Se incluirán descripciones de uno o más casos clínicos que supongan una aportación al conocimiento de la psicopatología o de la intervención psicoterapéutica.

La EXTENSIÓN máxima del texto será de 6 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

La ESTRUCTURA del Caso Clínico deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o en español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 e 5, en gallego o en español, y en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Objetivos.
- Intervención.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 y un máximo de 20 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABIERTO: COMUNICACIONES LIBRES

Se incluirán trabajos originales en los que se describan trabajos de investigación o revisiones teóricas de temáticas psicológicas, desde un punto de vista clínico o asistencial.

La EXTENSIÓN máxima del texto será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

La ESTRUCTURA de la Comunicación Libre deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 e 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 y un máximo de 20 referencias bibliográficas.

**Nº10 Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e
Saúde do COPG**

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es
copgalicia@cop.es