



Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Maestría en Enfoques psicoterapéuticos

**La terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en
adolescentes con familias disfuncionales**
(Artículo Científico)

Xiomara Evelyn Arriola López

Campus Central, noviembre 2020

**La terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en
adolescentes con familias disfuncionales**

(Artículo Científico)

Xiomara Evelyn Arriola López

M.A. Vilma Eugenia Solorzano de García (asesora)

M.A. Diana Patricia Galindo Ruiz (revisora)

Campus Central, noviembre 2020

Autoridades Universidad Panamericana

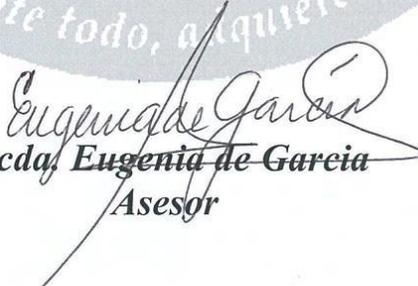
Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, agosto año 2020.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: “La terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en adolescentes con familias disfuncionales”. Presentada por el (la) estudiante: Xiomara Evelyn Arriola López, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Eugenia de Garcia
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, octubre 2020

*En virtud de que el artículo científico con el tema: **“La terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en adolescentes con familias disfuncionales”**.*

Presentado por la estudiante: Xiomara Evelyn Arriola López, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

M.A. Diana Patricia Galindo Ruiz

Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, noviembre 2020. -----

En virtud que el presente Artículo Científico con el tema: **"La terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en adolescentes con familias disfuncionales"**, presentado por el (la) estudiante: **Xiomara Evelyn Arriola López**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar al grado académico de Maestría en Enfoques psicoterapéuticos, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



☎ 1779

🌐 upana.edu.gt

📍 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

“Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.”

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
1. Método	1
2. Objetivos	3
3. Desarrollo	4
3.1 La adolescencia	4
3.1.1 Etapas del desarrollo en la adolescencia	5
3.1.1.1 Desarrollo físico	5
3.1.1.2 Desarrollo cognitivo	7
3.1.1.3 Desarrollo psicosocial	8
3.2 La Familia	10
3.2.1 Modelos o estilos de crianza	11
3.2.2 Tipos de apego	12
3.2.3 Familias disfuncionales	13
3.2.4 Consecuencias del contexto disfuncional	15
3.2.5 Individuación y conflictos familiares	16
3.3 Autolesión no suicida	17
3.3.1 Criterios diagnósticos	20
3.3.2 Clasificación de las conductas autolesivas para presentación clínica	22
3.3.3 Motivación para desarrollar conducta autolesiva no suicida	23
3.3.4 Factores que incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes a desarrollar la conducta autolesiva no suicida	25
3.3.5 Protocolo diagnóstico de autolesiones no suicidas	26
3.3.6 Diferencias entre la conducta autolesiva no suicida, intento suicida y suicidio	28
3.4 Terapia cognitiva	30

3.4.1 Técnicas cognitivas	31
3.4.2 Propuesta de abordaje para el tratamiento de conducta autolesiva no suicida en adolescentes	33
4. Discusión de resultados	40
Conclusiones	43
Referencias	45

Resumen

La presente investigación, se realizó para evaluar el impacto de la terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en adolescentes con familias disfuncionales, se inicia abordando la adolescencia, desde el punto de vista de la psicología del desarrollo refiriendo los cambios más importantes a nivel físico, cognitivo, psicológico y social.

Seguidamente, el concepto de familia por ser el contexto donde se desarrolla el adolescente, el cual es un sistema abierto en proceso constante de cambio que adapta sus normas a las diferentes etapas que enfrenta cada uno de sus miembros, además se aborda el estilo de crianza y el tipo de apego que genera la funcionalidad o disfuncionalidad del contexto familiar.

Además, se analizan las autolesiones no suicidas desde los antecedentes, etiología, las motivaciones que tienen los adolescentes y un protocolo diagnóstico como guía para estudiantes y profesionales de la psicología. Así mismo se incluye la situación actual de Guatemala sobre esta condición la cual refleja la ausencia de estadísticas y protocolos de atención primaria para los adolescentes que sufren esta conducta.

Finalmente, y en base a la literatura consultada se conceptualiza la terapia cognitiva y se revisan las técnicas disponibles, así como las terapias de tercera generación para desarrollar una propuesta de tratamiento con abordajes enfocados en los adolescentes utilizando recursos dinámicos que fomenten la adhesión al tratamiento, e incluyan la disminución de los síntomas primarios y así prevenir el avance a patologías más complicadas como la ideación suicida y el suicidio.

Introducción

Las autolesiones no suicidas es una conducta que en los últimos años ha aumentado su incidencia en países como Colombia, Estados Unidos y algunos países de Europa específicamente España, donde ha sido catalogada como un fenómeno desconcertante y preocupante principalmente porque es un factor de riesgo para la conducta suicida y el suicidio.

Por tal motivo, esta investigación titulada “La terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en adolescentes con familias disfuncionales”, pretende brindar datos actualizados sobre esta conducta derivado de la escasa información que existe en Guatemala sobre el abordaje y la etiología, así como la falta de atención primaria en el sistema público de salud, pues no está tipificado como autolesiones no suicidas, sino por el contrario como intento de suicidio, lo que limita la atención oportuna en el inicio de ésta condición.

Por otro lado, es importante hacer notar las consecuencias del contexto familiar disfuncional en el desarrollo de las autolesiones no suicidas pues uno de los síntomas primarios que se manifiestan es la desregulación emocional que es una de las competencias que debe ser entrenada desde edades tempranas en el seno del hogar, a través de factores protectores de crianza y apego que preparan al adolescente a superar la transición a la edad adulta.

De igual manera, puede ser una herramienta para los estudiantes y profesionales de las ciencias psicológicas pues se incluye una propuesta de abordaje con técnicas cognitivas de tercera generación cuyo enfoque integra la terapia mindfulness y la dialéctica conductual que ha sido objeto de estudios piloto para comprobar su eficacia en el tratamiento de esta conducta y otros trastornos de personalidad.

1 Método

El presente trabajo de investigación titulado, “La terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en adolescentes con familias disfuncionales” se realiza en la modalidad de artículo científico literario sobre un estado del arte donde se recopila, examina y organiza información de actualidad. La cual será de utilidad para esquematizar un protocolo de atención psicoterapéutica como aporte a estudiantes de la carrera y profesionales en el ejercicio clínico del campo de la Psicología.

Así mismo, las características de selección que se tomaron en cuenta para revisar y analizar los trabajos, estuvo enfocada en publicaciones académicas específicas sobre temáticas de adolescentes que se autolesionan y contextos difíciles de crianza. De igual manera se recurre a la sección III de medidas y modelos emergentes del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014), para consultar el tema mencionado y conocer los criterios diagnósticos alrededor de éste, con el objetivo de facilitar el abordaje clínico al analizar la terapia cognitiva y sus herramientas en casos similares, que aportaron a la construcción teórica y el alcance de los objetivos planteados.

Seguidamente, la estrategia para la búsqueda de las fuentes de referencia estuvo orientada principalmente en las herramientas E-book, Ebsco y Clynfos de la biblioteca de la Universidad Panamericana, así como las tres principales bases de datos de acceso abierto en América Latina: la Scientific Electronic Library Online (SciELO), Sistema de Información Científica Redalyc (redalyc.org), y Dialnet base de datos de contenidos científicos hispanos. Es importante agregar que el criterio para seleccionar los documentos fue la cantidad de sujetos en las pruebas piloto y el grupo etario utilizado para estas, además autores con experiencia en psicología, psiquiatría o carrera afín, así como el contexto de habla hispana.

Finalmente, se utiliza la aplicación gratuita Mendeley para la organización de referencias bibliográficas encontradas del tema a desarrollar, la cual para facilidad de clasificación se dividió en cuatro variables como fueron la terapia cognitiva, adolescentes, autolesiones no suicidas y familias disfuncionales, esto con el fin de iniciar la estructura de los subtemas del trabajo de investigación.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Evaluar el impacto de la terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en adolescentes con familias disfuncionales.

2.2 Objetivos específicos

- Analizar el contexto familiar disfuncional y los modelos o estilos de crianza como factor de riesgo en los adolescentes con conductas autolesivas.
- Examinar el concepto de autolesiones no suicidas, desde sus antecedentes, etiología, desarrollo y curso para relacionar el diagnóstico con la etapa de la adolescencia.
- Proponer un abordaje psicoterapéutico tomando en cuenta principalmente el contexto familiar, la expresión de emociones y las estrategias de afrontamiento.

3 Desarrollo

3.1 La adolescencia

La palabra adolescente según García y Parada (2018), proviene del latín *adolescencia* que significa joven sin embargo, el vocablo también tiene relación con el verbo *adolesco* que significa crecer, desarrollarse. Tomando en cuenta, el origen etimológico de la palabra se puede conceptualizar la adolescencia como la etapa del desarrollo comprendida entre los 11 y 20 años en la cual se presentan cambios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales preparando al individuo para la mejor adaptación a la vida adulta.

Así mismo, el anterior autor menciona que la noción de adolescencia tiene lugar en Estados Unidos y Europa durante la revolución industrial (1760-1840), al iniciar la clasificación de edades para realizar un trabajo y el inicio de la etapa escolar obligatoria. Posteriormente hacia el inicio del siglo XIX, se legisló en Francia a favor de los jóvenes de 12 a 18 años quienes debían estudiar y prepararse para la vida lo que concluyó con el establecimiento etario de la adolescencia.

Seguidamente, en el siglo XX la adolescencia se ha convertido en un constructo social el cual ha tenido cambios significativos, uno de los más importantes es el tiempo de duración el cual en la actualidad es más extenso, otorga más tiempo a la preparación del individuo para la vida adulta, esto incluye mayor demora en la inserción a la vida laboral, formar una familia y adquirir la independencia de su núcleo familiar; esta moratoria no está normada por los cambios evolutivos propios del desarrollo físico, sino por las exigencias cada vez más altas de la sociedad basadas en el contexto económico, cultural e histórico de la parte geográfica del mundo donde se haya nacido.

De esta cuenta, los adolescentes nacidos en Latinoamérica y Asia dejan el hogar cuando se disponen a formar una familia hacia los 25 o 30 años, mientras que los jóvenes norteamericanos dejan la casa familiar al terminar la educación secundaria o *High School* que marca el ingreso a la universidad entre los 18 y 19 años.

Derivado de lo anterior, se puede afirmar con estudios como el de García y Parada (2018), que este no es un colectivo homogéneo ya que cada individuo transita esta etapa de diferente manera pues están implícitos factores como el contexto social, crianza, estrato económico, educación, nutrición, y sitio geográfico de nacimiento. Para la comprensión de esta etapa es necesario conocer el desarrollo por el que el adolescente atraviesa en el cual están implicados los procesos físicos, cognitivos y sociales como se detallan a continuación.

3.1.1 Etapas del desarrollo en la adolescencia

A través del conocimiento que aporta la psicología del desarrollo, se sabe que el ser humano está inmerso en diversos ciclos o etapas vitales, cada una de ellas con características específicas, con una forma de entender la realidad, el mundo y la vida; y la adolescencia es una de ellas, se producen una gran cantidad de cambios a nivel físico, cognitivo y psicosocial, como se explica a continuación:

3.1.1.1 Desarrollo físico

Según Papalia, Feldman y Martorell (2017), durante esta etapa se evidencian los cambios producidos por la pubertad que marcan el inicio de la adolescencia, este periodo alcanza hasta cuatro años, durante el cual las variaciones hormonales preparan a los jóvenes para alcanzar la madurez sexual y la capacidad de procrear; se lleva a cabo en dos etapas: la primera es la activación de las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones se inicia entre los seis y ocho años, haciéndose evidentes los primeros signos durante la adolescencia; tiene implícitos cambios como el apareamiento del vello, el crecimiento físico y el olor corporal.

Seguidamente, la segunda etapa que corresponde a la maduración de los órganos sexuales, en el caso de las jóvenes, con el aumento en los ovarios de la producción de estrógenos que estimulan el crecimiento de los genitales, los senos y el vello púbico y axilar, además de producirse la primera menstruación llamada menarquia; en el caso de los varones los testículos producen más andrógenos como la testosterona que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular, el vello corporal y la primera eyaculación o espermarquia.

Además inicia la preocupación por la imagen corporal, en especial entre las jovencitas, esto puede dar lugar a trastornos alimentarios, tales como la bulimia y la anorexia los cuales no son exclusivos del género femenino, ya que en menor número los hombres también lo padecen; la prevalencia de la depresión aumenta, en especial en el género femenino; crece el riesgo del abuso del alcohol y las sustancias adictivas, esto los hace vulnerables a sufrir muerte temprana en accidentes de tránsito, el uso de armas de fuego y conductas suicidas.

Derivado de lo anterior, en Guatemala según las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) publicadas en el año 2019, se registra un incremento en casos de jóvenes que deciden quitarse la vida. Del 2017 al 2018, las defunciones en el grupo de 15 a 19 años aumentaron de 109 a 112 casos. En el 2018, constituyó la quinta causa de muerte en este grupo etario, de acuerdo con los códigos establecidos X60 al X84 dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que abarca la autolesión no suicida, intento suicida y suicidio, conceptos que se abordarán detalladamente más adelante.

Así mismo, el desarrollo del cerebro es un factor importante y una de las razones del carácter arrebatado de los adolescentes y de la toma de decisiones erradas, así como de la intensidad de las emociones, según Papalia, Feldman y Martorell, (2017) tiene una explicación científica, derivado de la falta de maduración cerebral y la forma en que se procesa la información sobre las emociones en la amígdala y no en el lóbulo frontal, por lo que suelen hacer juicios menos exactos y menos razonados, tema que será ampliado seguidamente en el desarrollo cognitivo.

3.1.1.2 Desarrollo cognitivo

En la última década se han hecho estudios en torno a la neurociencia del cerebro adolescente donde se hace referencia a algunos puntos importantes sobre los cambios cerebrales que ocurren, no solo a consecuencia del desarrollo sino de las experiencias y circunstancias del entorno de crianza al que fue expuesto el individuo antes y durante este ciclo.

Según Marína (2014), el cerebro adolescente, experimenta cambios en las funciones cognitivas principalmente en las habilidades de procesamiento de la información, la velocidad, las respuestas fluidas y la memoria, esto como consecuencia de que el hipocampo crea nuevas dendritas y sinapsis que aumentan la memoria a corto plazo. Se incrementa también, el cuerpo calloso que comunica los dos hemisferios que influye en la realización de tareas complejas.

Es importante hacer notar que la maduración cognitiva como lo refiere el anterior autor, durante la adolescencia no está asociada primordialmente al desarrollo cerebral como a la creación de redes neuronales que apoyan estrategias más eficientes para la realización de tareas cognitivas concretas, amplía las capacidades para resolver problemas, razonar y planificar; esto explica lo acertado de la teoría de Piaget (como se citó en Marina 2014) en donde se sitúa a la adolescencia como la etapa de las operaciones formales que se caracteriza por el pensamiento abstracto, manejo de situaciones hipotéticas y elaboración de posibles soluciones a problemas situacionales.

Así pues, la gran plasticidad del cerebro adolescente tiene ventajas y riesgos, al aumentar su capacidad de aprender, la información incorporada puede ser de beneficio o perjudicial para los adolescentes. Las áreas que se desarrollan primeramente son los lóbulos frontales y el hipocampo, las cuales están asociadas con las adicciones, esto explicaría porque en esta etapa se eleva el riesgo de adquirir alguna conducta adictiva.

En relación con lo anterior la predisposición de adoptar conductas riesgosas y adictivas está influenciado por la remodelación que se lleva a cabo en el circuito relacionado con las recompensas, una parte de este circuito es el núcleo accumbens que se relaciona con la evaluación de las recompensas y con la motivación; este circuito también es activado por el consumo de sustancias debido a la liberación de la dopamina que da como resultado la euforia y el estímulo placentero.

En la misma línea, Ahmadiéh (2015), menciona “que estudios realizados en sujetos con conductas autolesivas se encuentra disminuida la actividad serotoninérgica que guarda estrecha relación con el carácter agresivo o impulsivo de una persona” (p.58), los individuos con niveles aceptables de serotonina tienden a verbalizar el enojo o lo expresan a través del llanto, sin embargo, los que tienen niveles bajos reprimen estas emociones y demuestran su incomodidad con conductas autolesivas como medio de expresión. Dentro de estas alteraciones también se encuentra la desregulación dopaminérgica asociada a este tipo de conductas autodestructivas.

Hay que tener en cuenta que los mayores cambios que presenta el cerebro adolescente están focalizados en la consolidación de las funciones ejecutivas, sin embargo este avance cognitivo influye en el funcionamiento personal y social de los jóvenes, permitiendo planteamientos como el autoconcepto, la búsqueda de la identidad y la autoestima que son tareas a superar en esta etapa, además se cuestiona en torno a las personas con quien quieren compartir sus experiencias, iniciando el proceso de distanciamiento del grupo familiar y acercamiento al grupo etario y parejas sexuales, da inicio el desenvolvimiento social y la evolución personal como se menciona en el siguiente apartado.

3.1.1.3 Desarrollo psicosocial

Derivado del desarrollo y adquisición de competencias cognitivas, los jóvenes experimentan nuevas formas de pensamiento que condicionan en primer lugar, el autoconcepto que se relaciona con la percepción del Yo, seguido por la búsqueda de la identidad que se refiere, según Erikson,

(como se citó en Papalia, Feldman y Martorell, 2017) a la elección de una ocupación, los valores que regirán su vida y la identidad sexual satisfactoria.

Así mismo, la autoestima que está íntimamente relacionada con el autoconcepto y la valoración personal se torna inestable por la idealización de sí mismo, en la cual interviene la capacidad de pensamiento abstracto mencionado anteriormente por Marina (2014), que a su vez permite la comparación de lo que es con lo que quisiera ser, se cuestiona temas como la religión, la discriminación, el nivel socioeconómico, la injusticia, entre otros.

De igual manera, estos nuevos conceptos pueden propiciar el hecho de rebelarse contra lo establecido, se sienten incomprendidos, juzgados y observados por los demás; nace el egocentrismo relacionado con la sensación de ser especiales, únicos y excepcionales, así como sentirse el centro de atención de su sistema familiar, que es la principal fuente de frustración al no conseguir el objetivo.

Seguidamente, en esta etapa los adolescentes perciben difíciles las relaciones con sus padres o figuras de autoridad derivado de la aplicación de reglas y límites en el hogar; además sienten ambivalencia entre la dependencia con los padres y su necesidad de autonomía; se intensifican los lazos con sus amigos y se eleva el nivel de confianza hacia estos; pertenecer a un grupo es de suma importancia y genera crisis de identidad el rechazo de sus pares, provocando problemas en la edad adulta, la emocionalidad está a flor de piel y es necesario el acompañamiento familiar para gestionar las emociones de forma saludable.

Sobre lo anterior, las competencias emocionales adecuadas proporcionadas por el contexto familiar, brindan a los jóvenes estrategias de afrontamiento y la capacidad de autogenerarse emociones positivas que propician la autonomía emocional y una autoestima saludable que se reflejará en el bienestar personal. Por el contrario, la carencia de regulación emocional tiene efectos a nivel fisiológico, psicológico y en las relaciones sociales sobre los adolescentes y se perfila como factor de riesgo para desarrollar conductas autodestructivas que comprometan su vida y la consecución de metas a futuro.

Para concluir, en Guatemala la educación emocional es un tema pendiente sobre todo en el seno familiar donde muchas veces las ocupaciones de los padres impiden la comunicación con los hijos, generando que los adolescentes no encuentren la contención que necesitan en esta etapa de cambios físicos, cognitivos y sociales. A continuación, se abordarán puntos importantes sobre la familia, que contribuirán a la comprensión de la relación de ésta con los jóvenes que presentan conductas autolesivas no suicidas.

3.2 La familia

Es el ambiente primario donde se desarrolla el individuo y esta se conceptualiza según Garibay (2013), como un sistema abierto en proceso constante de cambio que se adapta y reestructura sus normas a las diferentes etapas del desarrollo que enfrenta cada uno de sus miembros, sin descuidar los factores emocionales, psicológicos y sociales que conlleva cada uno de los ciclos vitales de los integrantes.

En la misma línea, el concepto vertido por Nardone, Giannotti y Rocchi (2013), se refiere a la familia como el primer ambiente social del cual el ser humano depende por un periodo largo y donde los padres o figuras de apego ejercitan un gran poder de modelado; organizándose mediante reglas y estableciendo jerarquías útiles para delimitar fronteras y ejercer la autoridad.

De acuerdo con lo anterior, la familia representa para los adolescentes la red de apoyo que les brinda seguridad y estructura, es el lugar donde son aceptados y valorados, donde el amor y la aprobación se manifiestan naturalmente, sin embargo, existen contextos opuestos que generan en los jóvenes diagnósticos de conductas autodestructivas u otros problemas psicológicos, derivados de factores como el tipo de crianza a que fueron expuestos durante la adolescencia. Seguidamente se describen algunos de estos modelos que ilustran la dinámica que prevalece en estos sistemas familiares y la relación que guardan con el ciclo de la adolescencia.

3.2.1 Modelos o estilos de crianza

Dentro de la familia se pueden distinguir diferentes modelos o estilos de crianza que pueden ser detonantes de conductas autolesivas no suicidas en los adolescentes inmersos en ellos, a continuación, se citan algunos de estos modelos referidos por Nardone, Giannotti y Rocchi (2013):

- Estilo democrático: los padres sugieren límites dentro del hogar y las discuten con sus hijos para establecer acuerdos; los roles están establecidos al igual que las fronteras, la disciplina se aplica en base a la comprensión de las faltas incurridas. Los padres atienden las necesidades de sus hijos con flexibilidad y equilibrio, prevalece la comunicación y se hacen acuerdos donde todas las opiniones vertidas por los miembros son importantes y tomadas en cuenta.
- Estilo permisivo. La tolerancia de los padres es extrema, otorgan atención inmediata a las demandas de los hijos, la disciplina es laxa, las reglas no son claras y los roles y fronteras no están delimitadas.
- Estilo negligente. Al igual que el estilo permisivo ejercer la tolerancia como característica principal de crianza, sin embargo, toman a la ligera la disciplina y el comportamiento de los hijos, demuestran total indiferencia hacia sus necesidades, carecen de estructura y los padres no representan el papel de guía.
- Estilo autoritario. Los padres intentan ejercer el poder sobre los hijos, son estrictos e intransigentes, las reglas morales y de comportamiento son impuestas no consensuadas, actúan en contra de los intereses de los hijos, no toman en cuenta las opiniones, ejercen una dictadura donde los sentimientos y emociones no son importantes, la atmosfera familiar es tensa.

Los anteriores estilos de crianza a excepción del modelo democrático son generadores y factores de riesgo para propiciar en los adolescentes trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad, conductas autolesivas, ideación suicida entre otros que comprometen su salud mental y estabilidad emocional. De igual manera las familias disfuncionales tienen su génesis en estos patrones de crianza, aunque pueden presentar otras características como la violencia intrafamiliar, separación de los padres, el desempleo, adicciones, entre otros.

Tomando en cuenta, lo anterior es importante señalar que, así como el estilo de crianza marca las etapas tempranas en el individuo, como son la niñez y la adolescencia preparándolo para enfrentar la adultez de forma saludable, así mismo el patrón de apego tiene un rol fundamental pues a través de este se adquieren las capacidades para establecer vínculos afectivos, con los sistemas con los cuales emprenderá relaciones, fraternas, de trabajo y en búsqueda de pareja, además del ajuste socioemocional y es factor predictivo del comportamiento del adolescente dentro y fuera de la familia.

Así mismo, la conducta de apego según Leiva y Concha (2018), no se circunscribe únicamente a la infancia temprana, también incluye la adolescencia y se hace evidente aun cuando los jóvenes están en busca de su autonomía, lo cual podría ser una contradicción, sin embargo este ciclo produce en este grupo etario situaciones de estrés, ansiedad y angustia por los cambios que experimentan y los padres o cuidadores primarios siguen siendo las figuras de apego, quienes brindan apoyo y la disponibilidad necesaria, elementos clave para fortalecer la confianza en los otros.

No obstante, lo anterior sería en un escenario ideal que es el que proporciona el tipo de apego seguro, sin embargo, existen otros patrones de apego que no brindan una base segura para que el adolescente adquiera estrategias que le permitan formar su propia seguridad cuando se independice y establezca vínculos personales. A continuación, se mencionarán los patrones de apego y la repercusión que estos tienen en las conductas de los jóvenes que atraviesan esta etapa.

3.2.2 Tipos de apego

Continuando con los patrones de apego, Bowlby (como se citó en Leiva y Concha, 2018) menciona tres patrones conductuales representativos:

- Apego seguro: se constituye cuando la figura de apego o el cuidador primario del niño significa apoyo, contención y consuelo, le da la seguridad de disponibilidad en caso la necesite, la

conducta es coherente con el lenguaje verbal. Los adolescentes expuestos a este tipo de apego tienden a ser más abiertos, independientes y socialmente aceptados, presentan menos conductas autodestructivas.

- Apego inseguro evitativo: Padres o cuidadores ausentes, no proporcionan apoyo ni contención, este tipo de apego tiene como consecuencia en los jóvenes mayor vulnerabilidad a cuadros ansiosos, depresivos, conductas suicidas, autolesivas, dependientes, dificultad en las relaciones interpersonales, problemas de adaptación, entre otras.
- Apego inseguro ambivalente: se caracteriza cuando la figura de apego principal no es la base segura del niño, su disponibilidad es desorganizada, no transmite confianza pues la atención que el niño recibe es intermitente orientada a las necesidades del cuidador y no a las del niño. Los adolescentes que tuvieron una crianza comprometida con este tipo de apego están predispuestos a una desregulación en la respuesta emocional que conlleva a conductas suicidas, autolesivas, sintomatología depresiva, ansiosa y una alta probabilidad de desarrollar trastornos de la personalidad límite, de conducta entre otros.

Así mismo los tipos de crianza y los patrones de apego son factores intrínsecamente asociados al contexto familiar, las características de ambos repercuten en la funcionalidad o disfuncionalidad del ambiente primario del niño y del adolescente, comprometiendo la salud mental de este grupo etario, en el siguiente apartado se describe el contexto familiar y se abordan algunas de sus características.

3.2.3 Familias disfuncionales

Las familias disfuncionales se pueden conceptualizar desde la perspectiva que refiere Hunt (2011) quien da dos definiciones de familia disfuncional:

Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia; Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres

es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Y segundo, una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente (p.1164).

De igual manera, otros autores se han referido a la familia disfuncional, como el resultado de factores externos que incluyen, inmadurez, estilos de crianza negligentes, autoritarios, permisivos, entre otros y patologías situadas en alguno de los progenitores; como lo refieren López, Barreto, Mendoza y del Salto, (2015):

Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos codependientes, que también pueden estar afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, entre otras); estas también pueden tener otros orígenes, como las enfermedades mentales no tratadas y los padres que emulan o intentan corregir excesivamente a sus propios padres disfuncionales. En algunos casos un padre inmaduro permitirá que el progenitor dominante abuse de sus hijos (p. 2)

Hay que tener en cuenta que la disfuncionalidad familiar tiene varias aristas donde los padres son detonantes muy importantes en la vida de sus hijos, los ambientes hostiles son generadores de adolescentes inseguros, desvalorizados, sus sentimientos no son tomados en cuenta y encuentran conductas escape como las autolesiones no suicidas para desahogar sus frustraciones y pedir ayuda, pues no cuentan con las herramientas de afrontamiento necesarias para salir delante de este ambiente nocivo para su desarrollo.

3.2.4 Consecuencias del contexto disfuncional

Dentro de las consecuencias que se evidencian en los adolescentes que tienen como contexto familiar la disfuncionalidad se pueden mencionar los siguientes:

- **Baja autoestima:** según Branden (2018), refiere que cuando la autoestima es baja la resistencia para afrontar las adversidades disminuye, es tratar siempre de obtener la aprobación de los demás, y de no aprender a disfrutar la alegría y los éxitos de la vida, los aspectos negativos tienen mayor poder que los positivos. La falta de seguridad y la desesperanza son parte de los pensamientos que se repiten en el diálogo interno de los individuos que padecen esta consecuencia.
- **Comunicación:** los patrones de comunicación en la familia son tan importantes que a medida que se van haciendo más disfuncionales afloran los mensajes implícitos y difíciles de interpretar. Los adolescentes en ocasiones reciben los mensajes confusos o de doble vínculo que les hacen perder la confianza en su figura de apego, y recurren al aislamiento que es sumamente dañino por la etapa que están atravesando; de esa cuenta la comunicación poco asertiva, genera en los miembros de la familia ideas distorsionadas sobre la disciplina que impera en el hogar, ya que las normas dictadas no son congruentes con la forma de actuar de la figura de autoridad.
- **Relaciones sociales:** las personas que sus contextos de desarrollo han sido disfuncionales, tienen carencias en habilidades sociales, rehúyen al contacto con otras personas, son desconfiados, no participan en el entorno en el que se desenvuelven, son apáticos y rumian pensamientos negativos y de baja valía. Estas actitudes con frecuencia los vuelve blanco fácil de burlas.
- **Conductas autolesivas no suicidas:** en ocasiones son el resultado del deseo del adolescente de anestesiar sus emociones y establecer un mecanismo de defensa para sobrellevar la problemática que en ocasiones viven dentro de su contexto familiar. Algunos adoptan este tipo de conductas para pertenecer a un grupo determinado en donde reciben la atención de la que

carecen en el seno de su hogar e imitan lo que ven en las redes sociales y medios de comunicación.

Las anteriores consecuencias, son características que presentan los adolescentes que se desarrollan en contextos disfuncionales; un clima familiar conflictivo en el que existen carencias materiales y emocionales, donde los mensajes son contradictorios, disminuye la motivación de aprender y alcanzar los objetivos propuestos.

En contraposición, un ambiente familiar positivo, donde la comunicación, el respeto a las individualidades de cada miembro, la comprensión, son factores que se ejercen en las relaciones cotidianas, el adolescente que percibe este clima positivo se siente integrado a su núcleo familiar y por ende acepta la disciplina como parte de los factores protectores que lo impulsan a alcanzar sus metas, además de fortalecer su autoconcepto y las habilidades sociales.

3.2.5 Individuación y conflictos familiares

Según Papalia, Feldman y Martorell (2017), “la individuación es una batalla del adolescente por su autonomía y diferenciación o identidad personal” (p 405), esto tiene que ver con establecer límites entre él y sus padres, busca establecer su espacio y esto puede acarrear problemas dependiendo el tipo de crianza que prevalece en la familia, sin embargo, este proceso es prioritario pues prepara al joven para su independencia y para afrontar la vida adulta con responsabilidad.

Además, es el periodo en el cual simples desacuerdos respecto a la hora de llegada por la noche, tiempo para tareas escolares, reuniones con amigos y noviazgo, presuponen conflictos a gran escala por la búsqueda de privacidad y consideran un abuso extremo la intromisión de los padres en estas situaciones, pues su búsqueda de autonomía les hace perder la objetividad sobre el rol que desempeñan dentro del sistema familiar. Los padres por su lado deben encontrar el equilibrio entre el exceso de libertad y el exceso de intromisión en la vida de sus hijos.

En conclusión, los tipos de crianza, los patrones de apego y otras causas anteriormente mencionadas pueden ser factores generadores de funcionalidad o disfuncionalidad dentro del contexto familiar, además de marcar la diferencia en la vida de los adolescentes, la cual puede tornarse negativa y dar paso a conductas autodestructivas, como lo son las autolesiones no suicidas que pueden ser el preámbulo de un trastorno psicológico que pondría en riesgo su integridad física. Para profundizar en este tema a continuación se aborda la conducta autolesiva no suicida, que limitan el desarrollo de los adolescentes y es factor de riesgo, que puede desencadenar delincuencia y muerte temprana.

3.3 Autolesión no suicida

A través de la historia existen referencias sobre las autolesiones en ritos antropológicos que marcan el paso de una edad a otra, en contextos religiosos se menciona la autoflagelación como mecanismo para expiar culpas; sin embargo, los primeros se utilizan para establecer diferencias entre unos y otros individuos pertenecientes a un mismo grupo, mientras los segundos tienen una similitud mayor con las autolesiones no suicidas por que comparten el pensamiento de impartirse daño como medida de autocastigo.

En Guatemala, la conducta autolesiva no suicida, no cuenta con registros médicos ni estadísticos donde se pueda investigar una línea de tiempo con el fin de encontrar el inicio de esta condición, La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO (2009-2019), menciona que puede estar implicado el auge que ha tenido el internet con respecto a la información que los adolescentes tienen acceso y ha ejercido en ellos un efecto de modelado con consecuencias catastróficas.

Además de lo anterior, es importante resaltar que esta condición en Guatemala aun es invisible derivado de que el término autolesión no suicida no es tomado en cuenta para un registro específico y por lo tanto no existe un protocolo de atención primaria o preventiva que permita un adecuado abordaje en pro del bienestar de los adolescentes que es el segmento de la población que tiene más vulnerabilidad de desarrollar este tipo de conducta.

Así mismo, en el informe de la Organización Panamericana de la Salud (1988-2008, 2011), sobre el suicidio y otras autolesiones, refiere que los datos de Guatemala son muy escasos y no permiten un análisis objetivo de los mismos, esto es un indicativo de la indiferencia ante este flagelo social que aumenta día a día y se hace más notorio en el grupo etario de 15 a 29 años. Aunque las últimas cifras publicadas en el 2019 por el Instituto Nacional de estadística INE (2019), refleja una alza en los suicidios consumados, no maneja ningún indicador sobre las autolesiones no suicidas siendo esta conducta un riesgo importante en la prevención de patologías graves.

Por otro lado, Fleta (2017), conceptualiza las autolesiones como, “todas aquellas lesiones provocadas deliberadamente en el propio cuerpo sin finalidad suicida” (p.37) su alcance ha aumentado en los últimos años debido a la difusión principalmente en las redes sociales, según estudios de autores como el antes referido revela que es más frecuente en el género femenino que en el masculino y su punto más álgido está en la adolescencia. Las lesiones se hacen evidentes en el antebrazo, los muslos, ingle, estómago y partes corporales que no son visibles o accesibles, estos son producidos por utensilios punzocortantes como cuchillos, hojas de afeitar, agujas entre otros.

Es importante referirse a la conducta autolesiva no suicida como una condición que puede ser diagnosticada en cualquier adolescente y no tipificarla como un criterio más en la búsqueda de un trastorno mental grave, lo cual haría más difícil su atención y podría poner en riesgo la vida del paciente debido a que es un factor que puede ser detonante de la ideación suicida y el suicidio mismo.

Además, esta conducta destructiva lleva al adolescente a obtener falsos escapes, cuando se encuentra en situaciones que lo sobrepasan y no sabe cómo manejar; estas situaciones pueden derivarse de los propios contextos familiares donde el experimentar las emociones no es una tarea que ha sido superada y se ven absorbidos por estas conductas que les permiten expresarse a través de su propio cuerpo como un grito de ayuda o de atención para dejar de ser invisibles ante su sistema primario de apoyo.

En la misma línea, Vega y Col (2018), menciona a la desregulación emocional como uno de los principales motivos por los cuales los adolescentes presentan este tipo de conductas que tiene a su vez implícitos problemas como, bajo rendimiento escolar, relaciones interpersonales conflictivas, dificultad para socializar con sus pares, vulnerabilidad al rechazo y visión negativa del mundo de si mismo y los otros que están asociados a cuadros depresivos. Adicional a esto el aislamiento, la baja autoestima y la desesperanza se intensifican y complican la sintomatología agregando elementos más graves a esta condición.

Un elemento para tomar en cuenta es que en las autolesiones no suicidas el acto no es impulsivo, estudios recientes realizados por el autor ya referido, han comprobado que el adolescente planifica el momento para autoinfligirse, convirtiéndose en un círculo recurrente el cual se inicia con un evento estresante, lo que detona sentimientos y pensamientos negativos que provocan el aislamiento regularmente en su habitación desencadenando la conducta autolesiva.

Es importante señalar que al auto infringirse las lesiones no necesariamente provoca dolor, este fenómeno podría ser a consecuencia de un proceso de habituación o de liberación de endorfinas que son los neurotransmisores que estimulan las áreas cerebrales que producen placer al organismo, lo que podría complicar el tratamiento de esta condición y agregar tintes de adicción.

A lo anterior, se puede agregar que también existe el efecto “contagio” mencionado por Balbi, Boggiani, Dolci y Rinaldi (2013), que se produce a través del internet, con las muchas grabaciones de videos de jóvenes practicando autolesionarse acompañadas de narraciones sobre episodios vitales estresantes con las cuales forman foros de opinión donde los miembros exponen situaciones similares, que motivan la pertenencia a un grupo provocando refuerzo en este tipo de conductas destructivas.

En resumen, las autolesiones no suicidas es un fenómeno con diferentes aristas y complejidades que sitúan a la etapa de la adolescencia como el caldo de cultivo propicio para la aparición de este comportamiento y al contexto familiar disfuncional como elemento de refuerzo que agrava el problema. Tiene un efecto anestésico y reduce la sensación de estrés utilizándose como estrategia

de afrontamiento para mitigar el sufrimiento y la angustia. En el siguiente apartado se citarán los criterios que emergen del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (2014), para profundizar sobre la etiología de este, así como otros aspectos relevantes que proporcionaran información para la comprensión de esta conducta.

3.3.1 Criterios diagnósticos

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (2014), menciona los siguientes criterios propuestos:

A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p.ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).

B. El individuo realiza comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:

1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo
2. Para resolver una dificultad interpersonal
3. Para inducir un estado de sentimientos positivos

C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:

1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
2. Un periodo de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.

3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan

D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p.ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.

E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonales, académica u otras áreas importantes de funcionamiento.

F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el síndrome confusional, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p.ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía, trastorno de excoriación (dañarse la piel) (p.803).

Es importante mencionar que los jóvenes con esta conducta, rara vez acuden a algún servicio médico, una de las causas según menciona el DSM-5 (2014), es el temor a ser etiquetado con una afección mental, otro punto es la recurrencia con la que se practica las autolesiones que puede llegar a normalizar esta situación y piense que no tiene ningún problema, además de considerarlo un alivio a situaciones estresantes, por lo tanto, lo cataloga como una situación positiva.

En otro orden, el desarrollo y curso de este comportamiento está focalizado en la adolescencia temprana y puede ser evidente hasta los 29 años que presenta un retroceso, sin embargo en estudios recientes como el de Vega y Col (2017), hace referencia a un pico significativo entre los 12 y 16 años que abarca la adolescencia temprana y media, este hallazgo puede relacionar a este ciclo del

desarrollo con la conducta autolesiva no suicida, probablemente por los cambios que se llevan a cabo a nivel cerebral y de neurotransmisores que potencializan la impulsividad y la reactividad emocional.

Seguidamente, se incluye una clasificación que describe el grado de gravedad que puede alcanzar esta conducta de acuerdo con la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, en los cuales no es el padecimiento primario sino forma parte de la sintomatología secundaria, sin embargo, este comportamiento puede proporcionar al clínico una evidencia para indagar sobre el cuadro clínico del paciente.

3.3.2 Clasificación de las conductas autolesivas para presentación clínica

Según lo menciona Simeón y Favazza (como se citó en Villaroel y col 2013), en la práctica clínica las clasificaciones más usadas para describir los comportamientos específicos para cada tipo de conducta autolesiva no suicida es la siguiente que se lista en orden descendente.

- Conductas autolesivas mayores, estas se evidencian en crisis psicóticas en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos de personalidad graves, tienen implícitos actos de amputación de miembros, castración, enucleación, entre otros.
- Conductas autolesivas estereotipadas, son características de padecimientos neurológicos como, el síndrome de Lesch Nyhan, Cornelia de Lange y Prader Willi, que se manifiestan con comportamientos repetitivos como morderse los labios, dedos, lengua, provocarse erosiones cutáneas, golpearse la cabeza y cara, tirarse el cabello; también puede presentar este tipo de conductas el trastorno del espectro autista y algunos trastornos del neurodesarrollo.
- Conductas autolesivas compulsivas, son comportamientos repetitivos en ocasiones automáticos que incluyen comerse las uñas, rascarse la piel, tirarse del cabello, entre otras, el daño provocado es de moderado a leve y puede observarse algunas veces en pacientes con diagnóstico de parasitosis.

- Conductas autolesivas impulsivas, el daño que se infringen es de leve a moderado, incluye cortes, quemaduras, erosiones cutáneas entre otras manifestaciones, estos comportamientos pueden ser síntomas secundarios a trastornos de personalidad límite, estrés postraumático, de la conducta alimentaria, trastornos depresivos.

Así mismo, esta categoría se subdivide en autoagresiones impulsivas episódicas y repetitivas, la primera se caracteriza por el miedo a causarse daño al cual el individuo se resiste sin éxito, propiciando una carga excesiva de tensión la cual es sustituida por gratificación después de ejecutada la lesión. La segunda se relaciona con comportamientos obsesivo-compulsivos, dada la frecuencia y su aparición no depende de una situación precipitante, es común en mujeres, puede iniciar en la adolescencia y está asociada a trastornos de la personalidad del grupo B, estrés postraumático, disociativos y de la conducta alimentaria.

La anterior clasificación es la utilizada en la práctica clínica psiquiátrica, sin embargo, si se toma en cuenta que los pacientes con este tipo de condición no acuden a consultas médicas por miedo a ser catalogados como enfermos mentales, es importante el conocimiento de estas categorías para el mejor abordaje psicológico, pues este se constituye como la atención primaria principalmente en los adolescentes que inician con estas conductas dada la vulnerabilidad que presentan por los cambios físicos, cognitivos y emocionales.

Seguidamente, se abordarán las diferentes motivaciones que presentan los adolescentes, para iniciar con estas prácticas que están asociadas a la percepción acerca de si mismos y el mundo, jugando un papel importante los factores antes mencionados como son los patrones de crianza, apego y una de las consecuencias de estos que es la disfuncionalidad familiar.

3.3.3 Motivación para desarrollar conducta autolesiva no suicida

Esta motivación está intrínseca a factores de índole psicológico y puede ser el resultado de la carencia de estrategias de afrontamiento de los diferentes retos que la etapa de la adolescencia requiere de los individuos. Como indica Fleta (2018), las motivaciones de este comportamiento tienen correlación con la forma de expresar el dolor y el sufrimiento a través de lesiones corporales,

que pueden tomarse como un libro donde con ellas se escribe un grito de auxilio y la necesidad de liberar emociones no gestionadas apropiadamente por los jóvenes, como son la rabia, la tristeza, soledad, la desesperanza, frustración, entre otras. Las principales fuentes de motivación mencionadas por el anterior autor son las siguientes:

- Para llamar la atención o como objeto de manipulación para lograr un objetivo, está acompañada de rebusques emocionales como la rabia, depresión y ansiedad, busca a través de esta práctica venganza hacia sus figuras de autoridad o personas que le propiciaron dolor.
- Para castigarse, interiorizando el sentimiento de culpa, la desvalorización hacia sí mismos, el rechazo y las cogniciones son de contenido negativo.
- Para evadir un malestar emocional, de la premisa que el dolor es controlable subyace esta motivación que implica callar el dolor emocional por el físico, es una válvula de escape que ayuda a liberar la tensión emocional provocada por rumiación de pensamientos negativos difíciles de gestionar.
- Como conducta parasuicida, se puede referir a esta como un ensayo para experimentar el dolor que pudieran sentir si la lesión que se infringen fuera más profunda, de acuerdo con el autor el 15% de los jóvenes que utilizan esta práctica tienen tendencias suicidas.
- Para controlar situaciones estresantes, se centra en la necesidad de sentir control sobre sí mismo, como sucede con la desregulación emocional que causa incomodidad y los intentos de tomar el control se tornan infructuosos recurriendo como recurso de escape las autolesiones.
- Por sentimientos de desesperanza, sensación de que falta algo, de no sentir nada, la ausencia de sensación lleva a la frustración y a través de las autolesiones experimentan dolor y sentimientos que suplen los episodios de vacío existencial como sentirse vivos.

Al enumerar las motivaciones psicológicas que mueven al adolescente para adoptar la conducta autolesiva, se puede concluir que algunas de ellas están enfocadas en la poca o nula expresión de emociones, el manejo incorrecto de la frustración, la visión errada de sí mismo, la falta de un vínculo seguro, entre otros, estos móviles son suficientes detonadores por sí mismos y unidos al reforzamiento de un contexto familiar disfuncional hacen la fórmula perfecta para el nacimiento de estos comportamientos.

Tomando en cuenta lo anterior, se enumeran los factores que incrementan la vulnerabilidad para desarrollar esta conducta, que incluyen factores de riesgo, factores precipitantes y factores inherentes a la persona que aclaran el porqué de las motivaciones que empujan a los jóvenes a adoptar este tipo de comportamientos.

3.3.4. Factores que incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes a desarrollar la conducta autolesiva no suicida

Aunque ninguno de los siguientes factores predice por sí mismo la aparición de esta condición, si resultan útiles para establecer una guía en la cual el profesional de la salud pueda hacer comparaciones o buscar similitudes cuando realiza la entrevista con el paciente y elabora sus hipótesis. Según Fleta (2017), los factores más recurrentes son los siguientes:

- Factores de riesgo, entre estos se encuentran, estar comprendido ente los 12 y 29 años, rango que abarca la adolescencia media y parte de la adultez, consumo de sustancias, padecer de algún trastorno de personalidad especialmente del grupo B, modelado de la conducta en personas cercanas.
- Factores precipitantes, pertenecer a familias disfuncionales, abuso sexual, problemas económicos, desempleo, violencia intrafamiliar, duelo prolongado, negligencia parental, influencia de las redes sociales.
- Factores inherentes a la persona, falta de competencia en resolución de problemas, manejo de emociones, relaciones sociales, baja autoestima, distorsión de la imagen corporal, aislamiento, falta de adaptación a nuevos escenarios, como por ejemplo las mudanzas recurrentes de vivienda o la migración.

Después de la revisión de los factores predictores de esta condición se puede concluir, que el adolescente es un ser integral que necesita un entorno familiar saludable para poder desarrollarse, este entorno debiera estar provisto primeramente de la satisfacción de sus necesidades elementales como son la alimentación y el vestuario, educación, seguridad, aceptación incondicional, sentirse

importante dentro de su sistema familiar, amar y ser amado, disciplina por mencionar algunas. Todos los puntos mencionados anteriormente, forjan en los jóvenes sentido de pertenencia y aunque en esta etapa buscan su autonomía saber que pueden contar con sus padres o cuidadores primarios, ejerce una diferencia que los mantiene alejados de este tipo de conductas autodestructivas.

En la misma línea y tomando en cuenta los diferentes factores que inciden en esta conducta; en el siguiente apartado se incluye un protocolo de diagnóstico de autolesiones que incluye algunos de los elementos que se han mencionado y se utilizan como predictores del comportamiento autolesivo no suicida.

3.3.5. Protocolo diagnóstico de autolesiones no suicidas

Según Fleta (2017), la recopilación de datos en la entrevista al paciente es fundamental para la estructura del caso clínico y un apropiado diagnóstico, la siguiente propuesta integra una serie de cuestionamientos que aclaran el evento detonante del inicio de la conducta y los factores predictores que la acompañan.

Recogida de historia clínica para determinar el acontecimiento que ha provocado este comportamiento. Para ello se proponen estas preguntas: ¿Qué acontecimientos han precipitado esta conducta? ¿Qué motivos tenía el paciente para autolesionarse? ¿En qué circunstancias se ha producido esta conducta? ¿Ha existido una preparación específica de la conducta autolesiva (ej. carta de despedida)? ¿Qué grado de violencia ha tenido este comportamiento? En caso de ingesta de sustancias: ¿qué grado de letalidad tenían las mismas? ¿Existen síntomas de depresión previos a la conducta autolesiva? ¿Existe algún signo que indique uso/abuso de alcohol?

Historia médica y psiquiátrica: ¿Ha existido alguna conducta autolesiva previa? ¿Ha padecido el paciente algún trastorno psiquiátrico previamente? ¿De qué tipo? ¿Cómo fue

tratado? ¿Existen antecedentes familiares de depresión u otro trastorno psiquiátrico, suicidio o alcoholismo? ¿Hay evidencia de alguna enfermedad médica actual o previa a dicha conducta?

Circunstancias sociales: ¿El paciente vive solo? ¿El paciente está trabajando en la actualidad? ¿Cómo han reaccionado la familia y amigos cercanos al paciente ante los hechos? ¿Quién se hará cargo de llevar al paciente a su domicilio y acompañarlo en las horas posteriores a la conducta autolesiva? ¿Hay alguna evidencia de abuso físico, psíquico o sexual? ¿Es posible que las circunstancias sociales que rodean al paciente empeoren después del comportamiento autolesivo?

Examen del estado final: Considerar la apariencia física del paciente, especialmente si muestra signos de agitación, inquietud psicomotora, depresión o descuido en el cuidado personal.

Explorar específicamente si el paciente está deprimido o si existen variaciones en el estado de ánimo durante el día, tomando en cuenta los siguientes cuestionamientos: ¿Existen alteraciones en el patrón normal de sueño? ¿Existen alteraciones en el apetito o pérdida de peso? ¿Existen ideas nihilistas? ¿Hay alguna otra persona que forme parte de estas?

Explorar específicamente ideación/intencionalidad suicida: ¿Es el paciente pesimista respecto a su capacidad para afrontar situaciones cotidianas? ¿Existe algún otro trastorno o síntoma psiquiátrico presente?

Formulación diagnóstica: ¿Qué motivos explican el comportamiento autolesivo?

Diagnóstico psiquiátrico (si existe)

Evaluación de riesgo suicida o de repetición de la conducta autolesiva, teniendo en cuenta los factores de riesgo existentes en el momento de la valoración del paciente.

Áreas problemáticas en la esfera personal/social en las que el paciente necesita ayuda.

Objetivos terapéuticos (p.42)

Adicionalmente, existen cuestionarios para estudiar y guiar al profesional de la salud como los mencionados por Brío, Vásquez, Imaz (2019), siendo estos:

La escala de motivación de la autolesión (SIMS), que cuantifica el motivo y la frecuencia de las autolesiones, evalúa el control de las emociones y el objetivo; la escala de evaluación funcional de la automutilación (FASM), examina los métodos de autolesión y su frecuencia; también la entrevista estructurada de intento de suicidio por lesión autoinfligida (SASII) examina los métodos de autolesión, la intención o motivación, la frecuencia y la letalidad (p.488)

Al finalizar la intervención el profesional puede ser capaz de establecer si las respuestas del paciente a los cuestionamientos arrojan indicios que concuerden con la conducta autolesiva no suicida o si en cambio debe tomar medidas precautorias para salvaguardar la integridad del individuo si presentara intento o ideación suicidas. Es importante establecer las diferencias existentes entre la conducta autolesiva no suicida, intento suicida y suicidio que permita un diagnóstico certero y un abordaje oportuno que propicie el bienestar del paciente.

3.3.6 Diferencias entre la conducta autolesiva no suicida, intento suicida y suicidio

Aunque comparten algunos factores de riesgo son entidades diferentes y no necesariamente una es preámbulo de la otra, muchos adolescentes que se autolesionan no planean llegar al suicidio y no se considera un intento suicida, sin embargo, esta conducta sigue siendo un factor de riesgo robusto en la incidencia de este.

Según Ospina, Ulloa y Ruiz (2019), los adolescentes que se autolesionan buscan una compensación emocional frente a estímulos negativos y los suicidas buscan la muerte; puede ser que una misma persona presente la conducta autolesiva y suicidio, pero en periodos de tiempo diferentes, no es un proceso. Otra marcada diferencia es la intencionalidad con que se actúa en el intento suicida y el suicidio al quitarse la vida, cosa que no sucede en la autolesión no suicida.

Así pues la desesperanza y la soledad son sentimientos crónicos al igual que la impulsividad en el suicidio mientras en la autolesión no suicida impera la rabia, el miedo, la tristeza y la desesperación; en el intento suicida y el suicidio el adolescente puede autoagredirse en formas graves como envenenamiento, saltar de una gran altura, uso de armas de fuego, mientras que el daño infringido en las autolesiones no suicidas son de menor gravedad y no amenazan la vida, la frecuencia de las autolesiones es alta mientras que en el intento suicida la repetición es más pausada y en ocasiones si se fracasa la primera vez, puede que no lo intenten nuevamente.

Sin embargo, el intento suicida si es preámbulo del suicidio, este es progresivo y se caracteriza por la planificación de los pasos a seguir para provocar la muerte y pensamientos que refuerzan la consumación del acto. Así mismo, puede desarrollar el Síndrome presuicida (Durkheim 1897) (Morfín, 2015), donde el sujeto experimenta rumiación de pensamientos negativos y desvalorizantes, agresividad pasiva o autoagresión, somatización en alteración de sueño, fatiga y pérdida de apetito, además de embotamiento emocional, en otras palabras, el adolescente esta únicamente sobreviviendo ha perdido las ganas de vivir.

Finalmente, se debe tomar en cuenta que la detección es vital para una intervención oportuna, evitando la cronicidad de los síntomas y adoptando las medidas de protección en los diferentes ámbitos donde los adolescentes se desarrollan. Otro punto importante es recalcar que el abordaje de esta condición debe ser interdisciplinario donde intervengan un médico general, médico con especialización en psiquiatría y un psicoterapeuta con entrenamiento previo sobre estas conductas. Seguidamente se incluye una revisión de la terapia cognitiva que incluye el objetivo central y las características que hacen que este modelo sea uno de los más utilizados en psicoterapia actualmente.

3.4 Terapia Cognitiva

Según Díaz, Ruiz y Villalobos (2012), el modelo cognitivo surge en los años 70 siendo el hecho más importante de la terapia de conducta, marcando un cambio en los tratamientos de los problemas psicológicos, aunque los elementos cognitivos estaban ya presentes en la terapia de conducta a través de las mentalizaciones, no se había reconocido su utilidad dentro de los procesos y estados mentales que soportan el comportamiento de los seres humanos. A través de estos aportes se ha podido profundizar sobre los trastornos mentales que tienen implícitos proceso bioquímicos cerebrales.

A este respecto, Redolar (2014), menciona, que la importancia que ha tenido la neurociencia cognitiva ha reforzado la ruta ya recorrida por la terapia cognitiva, profundizando en las bases biológicas valiéndose de exámenes como la resonancia magnética funcional y el electroencefalograma por mencionar algunos, además, atiende los procesos y aspectos que enmarcan las áreas de: el aprendizaje, el lenguaje, la inteligencia, la creatividad, la conciencia, la atención, la memoria, la emoción, la toma de decisiones, la empatía, la cognición social, la percepción del propio cuerpo y el ciclo sueño-vigilia que repercuten en el comportamiento de los adolescentes durante esta etapa.

Así mismo, el proceder del individuo está controlado por sus pensamientos esta terapia es la base en los tratamientos donde los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas conducen al individuo a adoptar conductas desadaptativas, otorgando mayor importancia al proceso de pensar y luego actuar, que enfatiza el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos relacionados con diversos trastornos especialmente la depresión que fue el punto de partida de este modelo desarrollado por Aaron Beck. Para este fin la terapia cognitiva se clasifica según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), en:

- Técnicas de reestructuración cognitiva que se refiere a la identificación y cambio de pensamientos que refuerzan conductas inadaptadas

- Técnicas para el manejo de situaciones, están orientadas a capacitar al individuo en habilidades de afrontamiento para contextos conflictivos con características dolorosas y estresantes
- Técnicas de solución de problemas dirigidas a replantear la forma en la que se abordan los problemas y se buscan las alternativas para resolverlos.

Además, resalta la necesidad de determinar el rol que cumplen los esquemas de creencias irracionales en la atención y memoria emocionales y en la persistencia de creencias problemáticas o negativas que presentan los adolescentes en cuadros depresivos que son detonantes de conductas autodestructivas.

De igual manera, la terapia cognitiva integra la psicoeducación del paciente respecto a su condición, la etiología de su padecimiento, desarrollo y posibles escenarios que se pueden presentar a lo largo del proceso terapéutico, este tipo de abordaje proporciona al paciente confianza y adhesión al tratamiento, pues el conocerlo le reduce la ansiedad y la angustia que pudiera sentir al momento de iniciar con la psicoterapia. En el siguiente apartado se describen técnicas cognitivas que proporcionan una amplia variedad de intervenciones que pueden emplearse para el abordaje de diversas psicopatologías.

3.4.1 Técnicas cognitivas

La terapia cognitiva desde que fue planteada por Aaron Beck ha sido enriquecida con planteamientos, estrategias y técnicas, formuladas para psicopatologías y conductas que están estrechamente ligadas con la forma en la que los individuos categorizan la información, la interpretan y la comprenden, este complejo ordenamiento mental a su vez, también está influido por los sistemas primarios o secundarios de relaciones que han intervenido en el desarrollo de los individuos. A continuación, se mencionan las principales técnicas de intervención referidas por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012):

- Técnicas conductuales, son herramientas mediante las cuales el paciente puede experimentar y comprobar la validez de sus creencias, redescubriendo habilidades que han estado ocultas a consecuencia de la influencia de patrones cognitivos negativos que interfieren en su motivación, emociones, y conductas; entrenando al paciente para que inicie cambios que le permitan disminuir los pensamientos intrusivos, modificar su comportamiento desadaptado y obtener como resultado su propio bienestar.

Entre estas técnicas se pueden mencionar: Programación de actividades, role playing, técnicas de afrontamiento, entre las que se encuentran las técnicas de control de estímulos, relajación, exposición graduada, control de respiración y entrenamiento asertivo.

- Técnicas emotivas, su aplicación debe llevarse a cabo en clínica y modeladas por el terapeuta, con el objetivo de entrenar al paciente y que las pueda poner en práctica en su vida diaria, cuando las emociones se eleven y necesite recuperar el control, dentro de estas herramientas se encuentran: inducción de autocompasión, distracción externa, evitar verbalizaciones internas catastrofistas, análisis de responsabilidad.
- Técnicas cognitivas, estas herramientas están orientadas para facilitar el cuestionamiento socrático que permite identificar y cambiar pensamientos negativos, existen dos procedimientos primordiales para este fin como son, los autorregistros y el descubrimiento guiado.
- Técnicas cognitivas específicas, se utilizan a través del cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado, se pueden mencionar las técnicas de retribución, de conceptualización alternativa, basadas en la imaginación.
- Técnicas cognitivas basadas en la imaginación, a través de visualizaciones guiadas por el terapeuta entre ellas están la parada de imágenes, repetición continuada, proyección temporal, imaginar metáforas entre otras.
- Técnicas para obtener e identificar creencias, es el objetivo primordial de la terapia cognitiva, con esta herramienta el terapeuta explora con la narrativa del paciente las creencias nucleares predominantes, las más utilizadas son: detectar los debería y tendría, detectar temas comunes en los pensamientos automáticos ante distintas situaciones, plantear situaciones hipotéticas.
- Técnicas cognitivas para el cambio de creencias nucleares y supuestos básicos, estas herramientas son aplicables luego de haber encontrado las creencias subyacentes, clarifican el

escenario del patrón de conducta que ha imperado en los momentos de crisis que el paciente ha vivido, es caer en cuenta de la irracionalidad para poder efectuar el cambio, para este fin están las siguientes: ensayo de conducta, actuar como si, confrontar con el pasado datos de las nuevas y antiguas creencias, promover una nueva imagen, proyección en el tiempo, análisis de ventajas y desventajas del cambio de esquemas.

- Tareas para casa, estas son parte fundamental en la terapia cognitiva pues son el vehículo que utiliza el terapeuta para obtener datos entre sesiones y propiciar el análisis y el debate con el paciente en relación con los hallazgos encontrados en los ejercicios desarrollados en casa.

Después de enumerar las técnicas de la terapia cognitiva, se puede afirmar que es un abordaje que brinda alternativas integrales para el tratamiento de diferentes trastornos psicológicos, convirtiéndola en una de las terapias más utilizadas en el campo de la salud mental con resultados alentadores en procesos terapéuticos aplicados a trastornos de la personalidad límite, depresión, ansiedad, trastorno bipolar y otros problemas psicológicos relacionados con la conducta en niños y adolescentes. A continuación, se presenta una propuesta terapéutica para el tratamiento de las autolesiones no suicidas en adolescentes.

3.4.2. Propuesta de abordaje para el tratamiento de conducta autolesiva no suicida en adolescentes

Esta propuesta de tratamiento tiene como base la terapia cognitiva y algunas herramientas de las terapias de tercera generación como la terapia dialéctica conductual de Marsha Linehan y la terapia cognitiva con base en mindfulness de John Kabat-Zin que ofrecen nuevas alternativas terapéuticas específicas a problemas resistentes haciendo énfasis a aspectos como la aceptación, la conciencia plena y las relaciones, aspectos propios de las terapias humanistas que forman parte de las nuevas tendencias buscando el bienestar del paciente y el acercamiento genuino al adolescente que solicita el acompañamiento psicológico.

Este planteamiento se desarrolla en tres fases, la primera fase de pretratamiento que incluye la parte informativa a través de la psicoeducación que involucra tanto al paciente como a su núcleo familiar, haciendo hincapié en la etiología, características, desarrollo y curso de la conducta autolesiva no suicida, además de dar a conocer cómo se desarrollará el proceso terapéutico, la estructura de las sesiones y la relevancia que este tendrá en su vida, así como establecer el vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento. La utilización por parte del terapeuta de literatura de fácil interpretación será decisiva para no elevar su ansiedad con publicaciones que no comprenda en su totalidad.

A continuación, la segunda fase de tratamiento, que incluye el abordaje de los principales síntomas de la conducta autolesiva no suicida, como la desregulación emocional que consiste en la falta de control sobre la forma en la que se gestionan las emociones, es importante señalar que en la adolescencia esto está ligado a lo que según Linehan (2012), es el contexto invalidante en otras palabras la disfunción familiar abordada anteriormente, que contribuye a este síntoma primario, a consecuencia del fracaso en la niñez de nombrar a los estados emocionales y a modular estos como reacciones naturales de los individuos.

Así mismo, este factor de riesgo incrementa la alta sensibilidad que se manifiesta al expresar emociones en situaciones en las que no se espera una intensidad alta y la recuperación de la calma se torna difícil o lenta. Para ese fin, es de suma utilidad la intervención a través de técnicas cognitivas que proporcionen al paciente herramientas para regresar a un estado de calma; dentro de estas técnicas se pueden mencionar las de relajación como la respiración profunda, la respiración contada, la respiración alternada que tienen procedimientos sencillos que los adolescentes después del modelado del terapeuta pueden ejecutar como tarea para casa.

De igual manera, identificar y etiquetar las emociones resulta provechoso para iniciar el entrenamiento de la adecuación de estas a la vida diaria del adolescente, esta exploración de los sentimientos y aprender a sentir se hace sumamente interesante con la integración de ejercicios proporcionados por las técnicas de mindfulness referidas por Rodríguez (2016), como la técnica “del piloto automático” que entrena al adolescente en habilidades como observar, describir y

participar, estos ejercicios contribuirán a la disminución de la impulsividad y la dependencia de ésta a los estados de ánimo del adolescente.

Para lo anterior se sugiere el libro de ejercicios Cuaderno práctico de ejercicios de mindfulness del mismo autor que está elaborado de forma didáctica y de fácil comprensión para lograr la atención del adolescente y animarlo a que realice las actividades, este libro puede personalizarse con el objetivo de crearle pertenencia al proceso psicoterapéutico.

Otra técnica importante dentro de mindfulness es la que menciona Germer (2017), para el mismo fin “etiquetando emociones”, resulta para el adolescente interesante notar que gestos, sensaciones corporales puede percibir, incluso pensamientos negativos que vienen a la mente y distorsionan la libertad de expresión, es útil para dar un paso atrás y aceptar la emoción llamándola por su nombre y establecer una relación amable con ella, el nombrarla facilita el sentir. Lo anterior se logra proporcionando al paciente un listado de emociones negativas cada una con un mínimo de cinco sinónimos como alternativa, por ejemplo: si no es miedo lo que siente llamarle angustia, para animarlo a nombrar al sentimiento con un nombre.

Seguidamente, abordar las distorsiones cognitivas que en determinado momento de crisis contribuyen al desborde del sistema emocional, provocadas probablemente por la búsqueda de aprobación, de identidad y aceptación que en la etapa de la adolescencia son elementos imprescindibles para pertenecer al grupo de pares y lograr el reconocimiento de sus figura parentales o cuidadores primarios, además de sentir que no se llenan las expectativas externas provocando sentimientos de desvalorización y culpa, dando como resultado conductas autodestructivas. Para el cambio de estas creencias negativas, se proponen técnicas como: la reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado, autorregistros, entre otras.

La aplicación de las técnicas como la reestructuración cognitiva y el descubrimiento guiado se sugiere abordarlas desde el cuestionamiento socrático, utilizando preguntas abiertas con el fin de provocar en el adolescente la elaboración de sus propias asociaciones y argumentos en el momento que este analice y descubra el carácter disfuncional de sus pensamientos y distorsiones cognitivas.

Por otro lado, la técnica de autorregistro es, dentro del inicio del proceso una fuente importante de información para el psicoterapeuta porque brinda datos sobre el estado emocional del paciente durante el día y evidencia cuales son las situaciones, personas o comportamientos que incrementan o disminuyen su malestar, así como las actividades que le proporcionan agrado y bienestar. Así mismo, es una interesante herramienta para comparar resultados entre una semana y otra.

A continuación, es importante abordar la tolerancia al malestar emocional para prevenir la ejecución de conductas escape como autolesionarse y aliviar el sufrimiento; para este fin puede intervenir con el entrenamiento en cuatro tipos de estrategias: distracción, acceso a estímulos positivos, analizar el evento, y focalizar la atención en los pro y los contra de llevar a cabo las mismas estrategias que lo han acompañado durante el tiempo que ha padecido esta conducta.

Para llevar a cabo lo anterior, el terapeuta junto al adolescente puede buscar como herramienta de distracción un pasatiempo que traerá como consecuencia estímulos positivos en su creatividad y motivación, agregará momentos agradables y los pensamientos positivos permitirán que las emociones fluyan. Este proceso lo llevará a reflexionar sobre los pro y contras que tiene la conducta autodestructiva y aprender a ejercitar la autocompasión.

Continuando, con la regulación de las emociones y tomando en cuenta que el adolescente con el diagnóstico de autolesión no suicida experimenta la vulnerabilidad emocional referida por Linehan (2012), como la alta sensibilidad que se presenta frente a los estímulos emocionales negativos, en este proceso el sufrimiento se experimenta como insoportable y es cuando aparece la necesidad de aliviarlo recurriendo a conductas autodestructivas que comprometen la integridad física del adolescente.

En este sentido, es de utilidad la técnica de autoinstrucciones mencionada por Ruiz, Diaz y Villalobos (2012), siguiendo primeramente la identificación de la situación detonante, segundo focalizando la atención en el evento, tercero seguir instrucciones sobre la conducta alternativa a ejecutar y finalmente reflexionar sobre los errores cometidos para reevaluar la situación y crear alternativas de solución realistas sin recurrir a la culpa y rebalsar la emoción que se percibe.

Por medio del anterior ejercicio también se entrena la flexibilidad y la motivación para el cambio. Para la aplicación de esta técnica pueden utilizarse tarjetas y con ayuda del terapeuta escribir en ellas la conducta que se desea adoptar cuando se presente la situación detonante, es importante no utilizar frases con las palabras “debo y tengo”, que centran la atención en el problema y no en la alternativa de solución; utilizar frases positivas.

Dentro de la fase de tratamiento, también es necesario entrenar al adolescente en la habilidad de reducir la vulnerabilidad emocional mencionada anteriormente, motivando el cambio a conductas funcionales relacionadas con actividades que aumenten su autoeficacia y le proporcionen sensación de control personal, en este caso la técnica de programación de actividades es provechosa para el paciente y se lleva a cabo durante la sesión; con la ayuda del terapeuta el paciente elabora una lista de actividades diarias estableciendo prioridades de acuerdo a los intereses del adolescente, tomando en cuenta las responsabilidades académicas, familiares y otorgando tiempo a la recreación.

Vale destacar que el objetivo que se pretenda alcanzar con la realización de tareas debe ser realista, pues este entrenamiento también tiene la meta de que el paciente pueda percibir su capacidad y no lo contrario, con la premisa de mantenerlo en actividad y con pensamientos positivos para evitar la conducta autolesiva que se desea modificar.

De igual manera, las habilidades de afrontamiento y solución de problemas son escasas en los adolescentes con esta condición recurriendo a la solución que mejor conocen que es autolesionarse, de esta manera liberan la culpa y al no poder afrontar emocionalmente las situaciones que se les presentan recurren a estos comportamientos donde si pueden controlar el dolor y liberar de manera errónea la emocionalidad.

Así mismo, la técnica de solución de problemas según los autores anteriormente citados es una herramienta dirigida a aumentar la habilidad para afrontar las experiencias estresantes de la vida e identificar alternativas funcionales y eficientes que disminuyan las probabilidades de recurrir a comportamientos como los mencionados con anterioridad. Esta se divide en cuatro pasos que pueden entrenarse como proceso para facilidad del adolescente, el primero de ellos es la de

definición del problema, el segundo aportar soluciones alternativas, el tercero adoptar la solución más viable de afrontamiento y el cuarto es la ejecución de la solución elegida para resolver la situación problema.

Este proceso es una habilidad que se adquiere con la práctica por lo que es necesario el modelado de parte del terapeuta para que el paciente lo pueda poner en práctica entre sesiones como tarea para casa. Dentro de este proceso terapéutico es importante proporcionar al adolescente herramientas de autocuidado y autoprotección con el objetivo de incrementar su autoestima, para este fin la técnica referida por Abadía (2016), ¿Cuál es tu opinión sobre ti mismo?, consta de una serie de preguntas que acompañan al adolescente a comprender las ideas negativas sobre sí mismo.

Además, como recurso para la aplicación de esta técnica se sugiere el Cuaderno práctico de ejercicios para cuidar tu autoestima del referido autor, que de un forma amena y con palabras sencillas guía al adolescente a descubrir su propia valía haciéndose consciente de los mensajes que se envía a sí mismo y de la repercusión que estos tienen sobre su estado de ánimo y conducta.

Este acompañamiento psicoterapéutico busca guiar al adolescente a establecer prioridades en su vida para aumentar su motivación al cambio y alentarle a establecer metas a corto y mediano plazo; la técnica valores, referida por Abadía (2016), orienta al paciente a establecer este orden tomando en cuenta a la familia, estudios, amigos y actividades que le proporcionen satisfacción y pensamientos positivos. Todo esto dentro de un marco de absoluta libertad emocional priorizando sus intereses sin sentimientos de culpa y propiciando su propio bienestar.

Finalmente, la última fase del proceso terapéutico es la de postratamiento esta incluye el mantenimiento de la conducta funcional, este puede llevarse a cabo motivando al adolescente a participar en terapias grupales donde pueda conocer a jóvenes que han atravesado el mismo tratamiento y han logrado mantenerse libres de la conducta autolesiva no suicida, pese a sus contextos familiares disfuncionales que a este nivel del proceso ya cuentan con las herramientas necesarias para afrontarlo y superarlo.

La anterior propuesta está elaborada tomando en cuenta los principales síntomas que presentan los adolescentes con conducta autolesiva no suicida. Sin embargo, el profesional de la salud mental abordará a cada paciente desde su singularidad, proporcionando en cada encuentro terapéutico un acompañamiento diseñado exclusivamente al motivo de consulta que puede variar de sesión a sesión; por tal razón no se especifica el número de sesiones, pues cada una de las fases tienen un periodo de tiempo distinto para cada individuo. De igual manera, se recomienda la adhesión a un grupo terapéutico como red de apoyo que beneficiará al adolescente al encontrar a otros con la misma problemática.

En resumen, el abordaje psicoterapéutico de la conducta autolesiva no suicida debe estar integrado por un equipo multidisciplinario que brinde al paciente atención oportuna y profesional que le acompañe a superar esta condición en esta etapa llena de cambios como lo es la adolescencia. Así mismo, la terapia cognitiva brinda herramientas desde diferentes perspectivas, como son las terapias de tercera generación entre las cuales se puede mencionar, la terapia dialéctica conductual que integra técnicas de mindfulness para el tratamiento de la conducta autolesiva.

De igual manera, la contención familiar es elemental en el proceso psicoterapéutico, recordando qué, aunque el adolescente este en una etapa de transición para lograr su propia independencia necesita contar con una red de apoyo a la cual acudir cuando las habilidades con las que cuenta no sean suficientes para superar los obstáculos que día a día se presentan en su vida. Esto definitivamente proporcionará la salud mental que necesita para alcanzar sus objetivos y prepararlo para afrontar la etapa adulta con todos los retos que la sociedad actual devenga de los individuos.

4 Discusión de resultados

El objetivo general de esta investigación plantea evaluar el impacto de la terapia cognitiva en el tratamiento de autolesiones no suicidas en adolescentes con familias disfuncionales, después de la revisión de la bibliografía sobre esta conducta se puede afirmar que, aunque la terapia cognitiva ha sido la pionera en los tratamientos para esta condición, se encontró que a través de la evolución por la que ha pasado se han integrado nuevos enfoques que la han enriquecido.

En este punto, es relevante mencionar el avance en las llamadas terapias de tercera generación que han abierto una puerta para el abordaje de trastornos que antes resultaban difíciles de tratar y ahora son manejables con estos innovadores tratamientos, como por ejemplo el trastorno límite de la personalidad que dentro de su sintomatología secundaria se encuentran las autolesiones. Sobre esta línea se puede mencionar, la terapia dialéctica conductual de la Doctora Marsha Linehan (1993), que amalgama principios y técnicas de mindfulness con las técnicas ya conocidas de la terapia cognitiva, concediendo resultados alentadores para los pacientes con diagnósticos complicados.

De igual manera, en estudios experimentales como los de Molla, Batlle, Treen, López, Sanz, Martín, Pérez, y Bulbuena (2014), la terapia dialéctica conductual ha demostrado su efectividad respecto a otros tratamientos abordados únicamente con técnicas cognitivas clásicas, también refiere que la disminución significativa de las autolesiones no suicidas puede deberse a la integración del enfoque humanista dentro del tratamiento, lo que ha contribuido al acercamiento del paciente y a manejar los términos aceptación, vínculo terapéutico entre otros.

Se señala en el primer objetivo específico el contexto familiar disfuncional y los modelos de crianza, incluido el tipo de apego como factores de riesgo en adolescentes con conductas autolesivas no suicidas, a este respecto es importante señalar que la adolescencia es una etapa con diversos obstáculos a superar y esta crisis existencial que embarga al joven se hace más complicada cuando carece del apoyo y del vínculo con las figuras primarias, llámense padres o cuidadores, necesarias para desarrollarse.

Como lo menciona Hunt (2011) cuando conceptualiza a la familia disfuncional y hace referencia a contextos inmaduros, donde los padres o cuidadores primarios no proporcionan la estabilidad emocional, psicológica y el apego seguro que forma la personalidad de los adolescentes y los prepara para enfrentar la etapa de la adultez.

En contraposición, el contexto familiar nutricio apto para el bienestar del adolescente donde pueda percibir seguridad, amor, aprobación, contención y comprensión a la necesidad de autonomía, pero con la conciencia de tener a quien recurrir en momentos cuando las herramientas de afrontamiento aprendidas no sean suficientes para superar las crisis que pueda estar experimentando. Todos estos elementos son vitales y preparan a los jóvenes para llegar a la adultez con las habilidades emocionales, cognitivas y conductuales que les permitan vivir de manera saludable.

Así mismo, el segundo objetivo específico menciona examinar el concepto de autolesiones no suicidas, incluyendo sus antecedentes, etiología desarrollo y curso para relacionar el diagnóstico con la etapa de la adolescencia, en este sentido se puede mencionar que a consecuencia de los cambios neurológicos propios del desarrollo esta etapa está caracterizada por el bajo control de impulsos, la desregulación emocional como lo menciona Fleta (2018), y es propicia para el apareamiento de conductas autodestructivas como las autolesiones no suicidas que dentro de su sintomatología se encuentran elementos que las correlacionan.

Sin embargo, la necesidad de aceptación, aprobación y el sentido de pertenencia dentro del grupo etario, en ocasiones produce sentimientos de desesperanza y frustración cuando estas no se logran satisfacer, validando y promoviendo la baja autoestima, la desvalorización y el aislamiento desencadenando conductas autodestructivas que puedan conducir a la ideación suicida o a consumir el suicidio; de esta cuenta la mayor tasa de suicidios según la Organización Panamericana de la Salud (2011), se encuentra en el grupo de 12 a 29 años, dicho rango alude a la adolescencia media, tardía y adultez temprana.

Finalmente, el tercer objetivo está orientado a proponer un abordaje psicoterapéutico tomando en cuenta principalmente el contexto familiar, la expresión de emociones y las estrategias de afrontamiento; sobre este punto la propuesta incluida en este trabajo de investigación está estructurada sobre la base de la terapia cognitiva y desarrollada en tres etapas la de pretratamiento, tratamiento y postratamiento, mencionadas en el abordaje de Linehan (1993), aunque con variaciones en las técnicas cognitivas para intentar adaptar estas al contexto de los adolescentes y esperar así una mejor adherencia al tratamiento y robustecer el vínculo terapéutico.

Conclusiones

Al evaluar la terapia cognitiva en el tratamiento de las autolesiones no suicidas se puede concluir que sigue siendo el abordaje idóneo para esta condición pues con la integración de actualizaciones como las propuestas por la terapia dialéctica conductual ha venido a abrir nuevas alternativas y tiempos menores de psicoterapia, lo que hace disminuir la deserción al tratamiento y aumentar la motivación al cambio de este tipo de comportamientos.

Sin embargo, la familia sigue siendo el grupo donde se aprenden habilidades y estrategias como la regulación emocional, el afrontamiento y la capacidad de relación con el mundo exterior, estas capacidades son imprescindibles para superar los desafíos que conlleva la etapa de la adolescencia y el carecer de ellas además de crecer en un ambiente disfuncional son un factor de riesgo importante para el desarrollo de este tipo de conductas autodestructivas, que ponen riesgo la integridad y el bienestar del adolescente.

Es importante hacer notar, que la etapa de la adolescencia aumenta la vulnerabilidad en los jóvenes a desarrollar conductas autolesivas no suicidas por estar inmersos en cambios físicos, cognitivos y psicosociales. Esta correlación se hace evidente cuando se analiza a nivel de estructuras cerebrales el circuito relacionado con las recompensas que hace proclive a los adolescentes a adoptar conductas de riesgo entre ellas las autolesiones, la ideación suicida y el suicidio.

Derivado de lo anterior y tomando en cuenta que no todos los jóvenes cuentan con una red de apoyo que les proporcione un contexto seguro, es relevante mencionar que dentro de los hallazgos encontrados en Guatemala, es la carencia de estadísticas que proporcionen información sobre el número de adolescentes que padecen ésta condición, relegando y etiquetando a los pocos que solicitan acompañamiento psicológico por este comportamiento como suicidas en potencia, lo cual los aísla de ser atendidos por el diagnóstico correcto.

Así mismo, se concluye que la terapia cognitiva ofrece diversas alternativas para el abordaje de la conducta autolesiva no suicida las cuales pueden ser modificadas con el objetivo de adaptarlas a la edad del paciente que se esté acompañando para que el profesional de la salud mental pueda elaborar los diferentes protocolos para la atención de los pacientes en busca de su bienestar.

Referencias

- Abadía, R. (2016). *Cuaderno práctico de ejercicios para cuidar tu autoestima*. España: Editorial Planeta, S.A.
- Ahmadieh, A. (2015). *Autolesiones en el medio penitenciario*. Badajoz: Universidad de Extremadura.
- Antolinez, B. (2012). *Comunicación familiar*. España: Pax.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Estados Unidos: Editorial médica panamericana.
- Balbi, E.,Boggiani, E.,Dolci, Mi.,Rinaldi, G. (2013). *Adolescentes violentos. Con los otros, con ellos mismos*. España: Herder.
- Branden, N. (2018). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Del Brio, P.,Vásquez, M.,Imáz, C. (2019). Adolescente con autolesiones no suicidas en un entorno de adversidad psicosocial. *Arch Argent Pediatr*, e485-e488.
- Fleta, j. (2017). Autolesiones en la adolescencia una conducta emergente. *Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 37-45.
- García, C., Parada, D. (2018). Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. *Revista Javeriana*, 347-373.
- Garibay, S. (2013). *Enfoque Sistemático: una introducción a la psicoterapia familiar*. México: El Manual Moderno.

Germer, C. (2017). *El poder del Mindfulness*. España: Planeta.

Hunt, J. (2011). *La familia disfuncional, haciendo las paces con el pasado*. Texas, U.S.A.: Esperanza para el corazón.

Instituto Nacional de Estadística, (INE). (2019). *Censo de población*. Gobierno de Guatemala.

La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) . (2009-2019). *El suicidio y la relación con el embarazo adolescente*. Guatemala: La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) .

Leiva, J. Concha, M. (2018). *Autolesiones no suicidas y su relación con el patrón de apego en adolescentes, una revisión breve*. Chile: Universidad de Satiago de Chile.

Linehan, J. (2012). *Técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: Desclée De Brouwer, S.A.

López, P., Barreto, A., Mendoza, E., y Del Salto, M. (2015). Bajo rendimiento académico en estudiantes y disfuncionalidad familiar. *MEDISAN*, 19, 2-5.

Marina, J. (2014). Bases neurológicas del nuevo paradigma adolescente. *Revista del centro Reina Sofía sobre adolescencia y juventud*, 21-36.

Molla, L., Batlle, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L., Pérez, V., Bulbuena, A. (2014). *Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos*. España: Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.

Morfín, T. (2015). *Fenómeno suicida*. México: Manual Moderno.

- Nardone, G., Giannotti, E., y Rocchi, R. (2013). *Modelos de familia; conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1988-2008 (2011)). *Suicidio en Centroamérica y República Dominicana*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Estados Unidos de Norteamérica: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Ospina, M.,Ulloa, M.,Ruiz,L. (2019). Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Medicina de familia, SEMERGEN*, 546-551.
- Papalia, D., Duskin, R. y Martorell,G. (2017). *Desarrollo Humano*. México, D.F., México: Mc Graw Hill Education.
- Redolar, D. (2014). *Neurociencia Cognitiva*. España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Rodríguez, A. (2016). *Cuaderno práctico de ejercicios de Mindfulness*. España: Editorial Planeta, S.A.
- Ruiz, M. D. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: Desclée De Brouwer, S.A.
- Vega, D., Sintés, A.,Fernández, M.,Punti, J.,Santamarina, P.,Soto, A.,Lara, A.,Méndez, I.,Martínez, R.,Romero, S.,Pascual, J. (2018). *Revisión y actualización de la autolesion no suicida: ¿quién, como y por qué?* España: Actas Es Psiquiatr.

Villaroel, J.,Jerez,S.,Montenegro, A.,Montes, C.,Igor, M.,Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena neuro-psiquiátrica* , 38-45.