

Facultad de Psicología
Universidad de la República

TRABAJO FINAL DE GRADO

Pre- proyecto de investigación:
**Autolesiones como gestos suicidas asociados al
trastorno límite de la personalidad en adolescentes**

Estudiante: Andrea Eugenia Cabrera Zinola
C.I.: 4.662.421-2

Tutor:
Prof. Adj. Nancy López Bango
Prof. Adj. Alejandra Gutiérrez Galo

Montevideo, Uruguay
Febrero, 2015

INDICE

| | |
|----------------------------------------------------|-----------|
| Resumen..... | 2 |
| Fundamentación | 2 |
| Referentes teóricos..... | 4 |
| Antecedentes | 9 |
| Objetivos | 12 |
| Problema y preguntas de investigación | 12 |
| Estrategia y diseño metodológico | 13 |
| Consideraciones éticas | 14 |
| Cronograma de ejecución | 15 |
| Resultados esperados..... | 15 |
| Referencias bibliográficas..... | 16 |

Resumen:

El presente pre-proyecto de investigación tiene como objetivo indagar la ocurrencia y modos de autolesiones en adolescentes. La salud mental de dicha población, es un tema actual en Uruguay para lo cual se están implementando políticas públicas para su abordaje.

Se propone una metodología de carácter mixto exploratorio con datos cualitativos y cuantitativos. Se pretende tomar una muestra intencional de adolescentes de dos Liceos Públicos de la ciudad de Montevideo. Se apunta a investigar jóvenes, de entre 13 y 17 años de edad, con antecedentes de conductas autolesivas para aplicar diversas técnicas, entre ellas, la entrevista estructural de Kernberg. La técnica mencionada se considera de mucha utilidad para el diagnóstico diferencial del trastorno límite de la personalidad.

Como soporte teórico se desarrollan conceptos vinculados a la adolescencia, las autolesiones y el trastorno límite.

Las conductas autolesivas son consideradas como gestos suicidas que pueden indicar deseos de muerte y a su vez son una característica importante del trastorno límite. Por otra parte este trastorno tiene la particularidad de ser el que presenta mayor riesgo suicida. Por ello se considera significativo efectuar una investigación que permita obtener datos sobre la ocurrencia de estas conductas en adolescentes.

Palabras claves: autolesiones – adolescencia – trastorno límite

Fundamentación:

En los últimos años en Uruguay se están efectuando políticas públicas relacionadas a la adolescencia, otorgándole especial importancia a esta etapa de la vida, siendo un tema de preocupación Nacional. Como argumento de esto se pueden destacar las políticas de la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030: ENIA. Esta dentro de sus propuestas de acción, hace hincapié en aportar alternativas para la atención de adolescentes, por encontrarse estos, atravesando una fase crucial de sus vidas.

En el año 2011, se establece el Plan de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud: SNIS (MSP, 2009). Este se orienta a la inclusión de prestaciones y acciones dirigidas a toda la población pero considerando particularidades para la niñez y la adolescencia. Se comienza a priorizar el primer nivel de atención para

actuar sobre los factores de riesgo; con respecto al grupo de niños y adolescentes se pretende actuar en situaciones más frecuentes para la obtención de un desarrollo más saludable, haciendo énfasis en motivos de consulta que son previsibles. En los casos de intentos de autoeliminación, se destaca que la atención debe ser inmediata no pasando las cuarenta y ocho horas.

Anteriormente, en el año 2009, se establece la Guía de Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención (MSP, 2009). En la misma se incluye la salud mental y se indica que, en la consulta con los adolescentes se debe tomar en cuenta su historia infantil y la continuidad en el tiempo de determinadas conductas que si bien pueden ser características de la edad, cuando persisten de forma intensa, pueden afectar su vida. Dentro de estas conductas se encuentran: las autolesiones, intentos de autoeliminación, impulsividad, consumo de sustancias, trastornos alimentarios, aislamiento, entre otras.

La salud mental adolescente es una temática actual, la cual se está abordando en Uruguay como una población objetivo para la prevención. Por ello, resulta pertinente abordar el presente trabajo desde la temática de autolesiones como un gesto suicida y su vinculación con el trastorno límite de la personalidad en adolescentes. “Hay una amplia gama de comportamientos suicidas (gestos, intentos, suicidio consumado). Aun cuando el gesto suicida no sea grave, desde el punto de vista médico, conlleva una gravedad psicológica: la presencia de conflictos o deseos de muerte no manifiestos” (Frioni de Ortega et al., 1993, p.23).

Las autolesiones son consideradas como gestos suicidas o suicidios parciales (Azpiroz & Prieto, 2011). Estas conductas ponen en riesgo la vida del individuo y pueden estar vinculadas a trastornos límites de la personalidad. De acuerdo a estos autores, si bien todos los trastornos de la personalidad poseen riesgos de autoeliminación, el que presenta mayor riesgo de este tipo, es el trastorno límite. Por esta razón, en el trabajo se hace hincapié en dicho trastorno. No todas las conductas autolesivas poseen las mismas características, se diferencian entre aquellas que se presentan en un trastorno psicopatológico y aquellas que surgen en la adolescencia o en ciertas conductas juveniles, esto será expuesto en el desarrollo del presente texto.

Referentes teóricos:

La Organización Mundial de la Salud (1986) define la adolescencia en la edad comprendida entre los 10 y 24 años, diferenciando tres etapas para cuando fuese necesario establecer rangos, la primera etapa comprende desde los 10 a los 14 años, la segunda entre los 15 a 19 años y la tercera desde los 20 a 24 años.

“La adolescencia es una fase transicional de la vida en la cual el sujeto sufre una consolidación del carácter que constituirá el psiquismo adulto” (Giovacchini, 1989, p.33).

Continuando con los aportes de Giovacchini (1989), este menciona que los adolescentes en este momento pasan por un segundo estadio de individuación. La primera etapa se da en la infancia al reconocerse como un Yo y diferenciar el mundo interno y el mundo externo. En esa segunda individuación, si bien no reviven aquel momento infantil tienden a ser más sensibles y a estar más atentos a los objetos exteriores, es aquí donde existe una transición similar a la de la infancia en el desarrollo adolescente. Lo que es importante destacar sobre esto, es que si surgen grandes perturbaciones en el adolescente, pueden aparecer movilizaciones de traumas de la etapa infantil.

Mauer & May (2010) describen la adolescencia como una etapa de grandes modificaciones donde la conflictiva interna está muy presente, “... es un tiempo de nuevas inscripciones y retranscripciones que se pueden convertir en fuentes de subjetivación y crecimiento o, en su defecto, en lesiones con las que lastiman el propio cuerpo” (Mauer & May, 2010, ¶3).

En esta etapa adolescente (Manca, 2011), se recurre al actuar como medio para elaborar una realidad interna que se encuentra acompañada de numerosos cambios, de modo de poder ir construyendo la propia identidad. El actuar puede ser positivo para resolver los conflictos internos que caracterizan la etapa, pero algunas conductas de acción pueden resultar peligrosas; entre ellas menciona el abuso de sustancias y en particular el ataque al propio cuerpo. Existen conductas aceptadas socialmente, como por ejemplo los tatuajes, pero existen otras, de rasgos patológicos que tienen que ver con autolesiones.

Esta autora diferencia aquellos ataques relacionados a modas entre los jóvenes, que tienen que ver con un apoyo a la fragilidad narcisista y aquellas de un nivel más patológico vinculadas a las autolesiones. Estas autolesiones o automutilaciones relacionadas a un nivel más patológico, según Ajuriaguerra, Marcelli, & Braconnier (1986), tienen que ver con un pasaje al acto como respuesta del adolescente frente a situaciones conflictivas. Dentro de estos pasajes al acto se pueden encontrar además de las automutilaciones, el suicidio,

agresión, adicciones, entre otras. También hace relevante la importancia que presenta el cuerpo como centro de los conflictos en el adolescente.

Kernberg (1987) menciona que es posible diferenciar fácilmente aquellas perturbaciones de identidad propias de la etapa adolescente de una organización posterior limítrofe. Propone para ello utilizar un enfoque estructural de diagnóstico.

Retomando a Ajuriaguerra et al. (1986), esta realiza una descripción sobre los puntos comunes entre la etapa adolescente y los estados límites en los adultos, en estos últimos se considera que existe una adolescencia atrasada. Según estos autores, los adolescentes con trastorno límite, presentan las siguientes características: frecuencia en el actuar, pasajes al acto con intentos de suicidio, conductas delictivas, problemas de adicciones, automutilación, inquietud y angustia centradas en el cuerpo.

Según Kernberg (1997), aquellos individuos que se autolesionan hiriéndose o quemándose buscan aliviar la tensión de esos conflictos mediante el dolor que esto les produce, frente a lo cual se muestran orgullosos y placenteros por dichos actos. También expresa que este tipo de personas con marcada autodestructividad física tienen un pronóstico desfavorable y asocia la misma a necesidades primitivas de autodestrucción.

El golpe de lo real en la pubertad no solo tiene que ver con cambios físicos sino que también se ponen en juego los objetos parentales; “los referentes simbólicos y las construcciones imaginarias de la infancia son, en lo real, incapaces de evitar al sujeto su desamparo, la caducidad de los padres, la vanidad del mundo exterior” (Rassial, 2001, p.159).

Rassial (1999), menciona el término “avería” para referirse a una ruptura en el desarrollo y particularmente hace hincapié en que los adolescentes se ven siempre confrontados a una avería o al menos a un riesgo de ésta dado que en los adolescentes “nuevamente debe cumplir una serie de operaciones fundadoras cuya efectivización infantil se pone otra vez a la orden del día” (Rassial, 1999, p.37). A partir de Rassial (1999) se puede decir que:

El sujeto en estado-límite tiene una avería, en su pensamiento y en sus cargas, pero también en las diferenciaciones estructurales entre el discurso y la acción, lo objetivo y lo subjetivo, el pequeño otro y el gran Otro, entre el pasado, el presente y el futuro, lo familiar y lo social, etc. (Rassial, 1999, p.36)

Con respecto al concepto de trastorno límite de la personalidad, de acuerdo al DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Pichot, 1995), se define como: “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos” (Pichot, 1995, p. 794). Para diagnosticarse, el individuo debe

presentar al menos cinco de los siguientes síntomas: un gran esfuerzo por evitar un abandono real o imaginario; relaciones interpersonales inestables y muy intensas que se caracterizan por la oscilación entre idealización y devaluación; se altera la identidad, la imagen de sí mismo es inestable; impulsividad en por lo menos dos áreas que es dañina para sí mismo, por ej.: abusar de sustancias, sexo, gastos, etc.; conductas que indican intentos o amenazas de suicidio o de automutilación; inestabilidad afectiva; sentimiento crónico de vacío; ira inadecuada e intensa y dificultades para controlar la misma; ideación paranoide que se relaciona con el estrés o síntomas de disociación graves.

Los individuos con trastorno límite de la personalidad (Kernberg, 1997), sufren alteraciones con respecto a la percepción y vivencia de la realidad, pero a diferencia de los psicóticos, los primeros conservan su prueba de realidad. Es importante aclarar que bajo momentos de sumo estrés o efectos de algunas sustancias pueden sufrir episodios psicóticos pasajeros.

En los sujetos fronterizos, según Shkolnik & Svarcas (1991), existe una escisión del yo y una desmentida, ante una realidad que se les presenta como insoportable, no tolerando la existencia del objeto.

Hay una escisión del yo que se evidencia por dos modos distintos de funcionamiento: uno, más arcaico, similar al del psicótico, con predominio de defensas y manifestaciones primitivas diversas, que apunta a lo fusional; otro, más maduro, que se acerca al del neurótico, con una posibilidad restringida de represión, que tiende a la discriminación.

Esta escisión, siempre fallante, hace que se establezca, en alguna medida, una influencia mutua entre las dos formas de funcionamiento yoico, lo que determina el carácter peculiar de la presentación clínica (Shkolnik & Svarcas, 1991, p.165).

Los comportamientos, lo efectivo y los pensamientos, fluctúan de manera permanente en el individuo, no pudiendo establecerse una estructura psicótica ni neurótica.

En cuanto a la desmentida, continuando con estos autores, resulta muy perturbador para el individuo la existencia del otro y a la vez que no exista como tal. Desmiente que el otro existe para conservar el vínculo y no sentir la pérdida, pero por otro lado ese otro no existe en tanto le resulta un extraño y se le aparece como peligroso. Esto es debido a las características en el vínculo primitivo con la madre. La desmentida sostenida desde la madre está relacionado a un vínculo temprano siniestro; "...los trastornos en el procesamiento de la separación con el objeto primordial, determinan alteraciones en la identificación primaria que a su vez llevan a una distorsión en la constitución del yo..." (Shkolnik & Svarcas, 1991, p.166). Durante el tiempo en que se da la identificación primaria, la desmentida emerge como una forma de defensa para hacer frente a situaciones

traumáticas y generalmente se presenta una estructura permanente a partir de la adolescencia.

“El investimento narcisista vinculado a la severa patología del ámbito familiar, con una importante falta de amor, predominio de la agresividad y borramiento de las diferencias propio de un funcionamiento más arcaico” (Shkolnik & Svarcas, 1991, p.166), es otro factor que puede constituir una estructura patológica fronteriza, conformándose un yo escindido con poca capacidad para que se neutralicen las pulsiones de muerte, es decir, lo más destructivo que proviene de dichas pulsiones. Esto puede conducir al individuo a intentos de autoeliminación o someterse a situaciones de riesgo, buscando no solamente alivio del dolor psíquico sino también un modo de contactarse con el objeto primario.

Un apego seguro y un correcto desarrollo de la mentalización, (Aboy et al., 2006) son factores que facilitan la no existencia de fallas en etapas posteriores del sujeto, es decir, aquellos que cuidan del niño, ya sean sus padres u otros, deben brindarle la posibilidad de un espejismo en el cual sienta cierta seguridad. Estos autores ponen como ejemplo aquellas madres que al llorar el bebé, se desbordan llorando como él y produciendo en el mismo un sentimiento de no pertenencia de ese afecto, es decir, no lo siente como suyo. El adulto debe cumplir una función en la cual el niño pueda representar y simbolizar sus estados mentales en un ambiente en el cual se sienta cuidado y seguro. Si se presentan situaciones reiteradas de maltrato, abandono, falta de atención, etc., es muy complejo desarrollar una capacidad de tolerar situaciones traumáticas en un futuro. Esto lo lleva a una inestabilidad del self porque necesita del otro para mantener la coherencia interna del mismo. A partir de esta inestabilidad interna es que el sujeto procede en muchas ocasiones a autolesionarse por el gran miedo al abandono real del otro.

El abandono lleva entonces a la reinternalización de la imagen del self extraña e intolerable y por consiguiente, a la destrucción del self. Las autolesiones representarían la destrucción fantaseada de ese otro extraño dentro del self en el modo de equivalencia psíquica. (Aboy et al., 2006, p.163).

Estos individuos seguramente en sus primeros años de vida sienten que solo situaciones extremas generan una respuesta de su cuidador y toman este tipo de medidas autolesivas para impedir un abandono y restablecer el vínculo. Es importante destacar que: “el acto impulsivo en si mismo se explica por la falla de mentalización que lleva a la imposibilidad de pensar frente al estado emocional intenso, donde la emoción se descarga directamente en el acto” (Aboy et al., 2006, p.163).

En relación al concepto de Self, término mencionado en párrafos anteriores, Kohut (1971) lo describe como: “...una estructura interna de la mente, puesto que: a) está

catectizado con energía instintiva, y b) tiene continuidad en el tiempo, es decir, es duradero. Siendo una estructura psíquica, el self posee, por añadidura, localización psíquica” (p.14). Resalta la importancia de diferenciarlo de las nociones de yo, superyó y ello dado que estos son en psicoanálisis componentes de una abstracción específica y de alto nivel apartados de la experiencia, mientras que el self surge en la situación psicoanalítica conceptualizado bajo la modalidad de una abstracción psicoanalítica más baja que las anteriores y próximo a la experiencia.

Los individuos que sufren desórdenes fronterizos, según Kohut (1971), se diferencian de aquellos que poseen personalidad narcisista debido a que estos últimos logran un self cohesivo y construyen objetos primitivos idealizados pegadizos; tampoco sienten la amenaza de una desintegración del self primitivo o de objetos arcaicos.

Antecedentes:

Se considera relevante comenzar los antecedentes con una investigación citada por Cavallo & Camacho (2000) en su artículo: "Trastorno límite de la personalidad: controversias actuales". En el mismo mencionan la dificultad que se encuentra a la hora de diagnosticar adolescentes con trastorno límite de la personalidad, dado que resulta complejo diferenciar este trastorno de trastornos de conducta y afectivos propios de la edad adolescente. Para esto destacan la investigación efectuada por Garnet et al. (1994) y publicada en la Revista Americana de Psiquiatría; en la misma se describe un estudio a veintiún adolescentes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, de los cuales solo siete de ellos mantienen el diagnóstico con el transcurso del tiempo. De estos siete individuos los síntomas más estables que se presentan, en este tiempo, son: sentimiento de vacío y soledad, apatía, ira, afecto inestable, dificultades de identidad y conductas suicidas; como menos estables pero que de todas maneras se conservaron, se encuentran las relaciones inestables e intensas y la impulsividad. Ante este resultado, si bien no se descarta la presencia de un trastorno límite en los otros catorce sujetos, se considera importante prestar especial atención a aquellos que mantienen los síntomas estables.

Por otra parte, se localiza una investigación en México (Ulloa, Contreras, Paniagua & Victoria, 2013) acerca de la "Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil"; la misma es efectuada sobre aproximadamente quinientos adolescentes entre el año 2005 y el año 2011 con el propósito de indagar las características demográficas y clínicas, así como también los motivos por los cuales los adolescentes se autolesionan. Como resultado se obtiene, que los cortes son los métodos mayormente utilizados para herirse. Dentro de las principales causas para llegar a esta conducta se encuentran: la baja tolerancia a la frustración, llamar la atención del entorno, la ansiedad y los síntomas afectivos. Se llega a la conclusión de que las autolesiones en adolescentes han crecido, estando mayormente asociadas a trastornos depresivos y de conducta.

En Perú se destaca como antecedente, una Tesis de Grado sobre: "Auto-lesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana" (Rospigliosi, 2010). Esta investigación está dirigida a indagar las incidencias de las autolesiones y los factores demográficos, sociales y psicológicos en adolescentes. Se aplican dos encuestas a cuatrocientos cincuenta y seis estudiantes que se encuentran cursando uno de los tres últimos años de secundaria en dos colegios de Lima Metropolitana. Las encuestas apuntan a medir las variables socio-demográficas y las características de la autolesión. Se obtiene

como resultado que el 27.4% de los adolescentes alguna vez se ha autolesionado o lo hace en el momento en que se lleva adelante la investigación, mayormente lesionándose la piel y golpeándose. Se destacan como motivos de esta conducta, los sentimientos de tristeza, angustia y ansiedad. Se puede constatar que la mayoría de estos adolescentes no acuden a buscar apoyo y que los comportamientos autolesivos están relacionados a factores sociales y psicológicos: diferencias de género, insatisfacción corporal, conflictos en la familia, etc.

En Colombia se localiza una investigación denominada: "Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones" (Rodríguez et al, 2007). Se utiliza como método entrevistar a nueve mujeres entre 15 y 39 años de edad con trastornos de la alimentación y antecedentes de autolesiones: golpes, lesiones en la piel, entre ellas quemaduras. Se llega a la conclusión de que las autolesiones están asociadas a vivencias de culpa o castigo, alivio emocional, estados disociativos, antes, en el momento, o después de hacerlo. Todas las personas entrevistadas expresan haber experimentado vivencias traumáticas a temprana edad como por ejemplo, abuso sexual, maltrato, amenazas de secuestro, etc. Se concluye que existe una fuerte conexión entre los traumas, la disociación, las conductas autolesivas y los trastornos alimentarios.

En Chile se realiza un trabajo dirigido a analizar la "Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general" (Inzunza, Navia, Catalán, Breheme & Ventura, 2012). Se detecta que en conductas suicidas se observan síntomas del desarrollo límite de la personalidad, presencia de impulsividad, inestabilidad afectiva, baja tolerancia a la frustración y disfuncionalidades en el interrelacionamiento con las demás personas. También se suma disfuncionalidad familiar y como desencadenante del intento suicida la mayoría presenta un problema familiar reciente.

La preocupación por la salud mental adolescente en Uruguay, data desde finales de la década del 80 (Frioni de Ortega et al., 1993), cuando se inicia un estudio con el fin de dar cuenta sobre el perfil de los adolescentes que se suicidan para prevenirlo. Este estudio surge ante la problemática que se percibe con respecto al aumento de suicidios en adolescentes, comprobando que en esta década, un 30% de los adolescentes, entre 11 y 15 años, que ingresan a la Clínica de Psiquiatría Infantil han intentado autoeliminarse. Se constata que presentan importantes problemas psicológicos, familiares y sociales. Aunque los casos que se presentan no son graves, visto desde la psiquiatría, estos adolescentes presentan signos de sufrimiento psíquico, factores de riesgo psicopatológico e importantes problemas sociofamiliares. En esta investigación se considera que se debe tratar todo

comportamiento o gesto suicida como grave y no solamente aquellos que desde el punto de vista médico son considerados riesgosos.

En el año 1994 se realiza un estudio sobre la “Alta tasa de suicidio en Uruguay. II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes” (Viscardi, Hor & Dajas, 1994), para conocer la incidencia de este sentimiento en la ideación suicida, tomando en cuenta que la desesperanza está directamente conectada con esta ideación suicida. Se basan en un estudio anterior realizado en Uruguay, el cual refleja una alta tasa de suicidio en adolescentes varones y un número elevado de intento de autoeliminación en adolescentes mujeres. Se toma la Escala de Desesperanza de Beck que a través de veinte ítems explora el nivel de desesperanza y las expectativas a futuro. Dicha escala cuando es aplicada a potenciales suicidas o a individuos no arrepentidos luego de un intento de autoeliminación, se obtiene un puntaje superior a diez, lo cual se considera “de riesgo” para conductas autoagresivas. La Escala en esta investigación se complementa con preguntas sobre la situación económica, la existencia de amigos y la relación familiar. Es aplicada en forma anónima y voluntaria, en quintos y sextos años de bachillerato diversificado de liceos públicos y privados, de Montevideo y del interior del país. Entre 7% y 11 % de los jóvenes presentan un puntaje de desesperanza alto en la zona de “riesgo” de la Escala. Los liceos públicos muestran, en general, un perfil de mayor desesperanza que los privados. En Montevideo y en el interior la desesperanza se correlaciona en forma estadísticamente significativa con las dificultades económicas, los problemas familiares y la soledad.

Otro estudio en Uruguay denominado “Suicidio en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, Uruguay, 2009” (Graña et al., 2012), investiga, entre otros aspectos, los motivos de consulta en el año previo al suicidio. Se toma una muestra de veintiséis personas con partida de defunción por suicidio en el año 2009. El 57.6% de estos casos presentan consultas previas en el año anterior al suicidio. Entre los motivos de consulta que se encuentran en las historias clínicas, la mitad tienen que ver con trastornos psíquicos: ansiedad, depresión, crisis de pánico, crisis de hetero y autoagresión. En dicho estudio se llega a la conclusión de que más de la mitad de los adolescentes y jóvenes consultan en el año previo a tomar la decisión de suicidarse. Se recomienda indagar síntomas de desesperanza, ideación y planeación de suicidio a la hora de la consulta para la prevención oportuna de situaciones extremas en adolescentes y jóvenes.

Objetivos generales:

- Indagar sobre la ocurrencia y modos de autolesiones en adolescentes.

Objetivos específicos:

- Identificar los motivos por los cuales los adolescentes se autolesionan.
- Describir las características psicopatológicas de estos adolescentes.
- Analizar si estas características corresponden a las particularidades del trastorno límite de la personalidad.

Problema y preguntas de investigación:**Problema:**

Como hipótesis puede plantearse que aquellos adolescentes que comienzan a autolesionarse de uno o varios modos, ya sea en el contexto de una patología o en el contexto de lo que es considerado una “conducta juvenil o moda juvenil”, y aunque el gesto no sea catalogado como grave, poseen una conflictiva psíquica. Dicha conflictiva se transforma en un terreno fértil para que se presenten esas conductas y se extienda el riesgo de desarrollar un trastorno límite de la personalidad.

Por esta razón resulta relevante problematizar las conductas autolesivas en adolescentes frente a un posible trastorno de la personalidad limítrofe. ¿Qué factores se asocian a estas conductas? ¿Qué riesgo conllevan?

Preguntas:

- ¿Es reconocida la conducta autoagresiva como una acción para aliviar el dolor psíquico o se manifiesta como conducta imitativa de sus pares?
- ¿Existen patrones familiares que influyen en las conductas?
- ¿Qué se puede destacar sobre los vínculos primarios?
- ¿Qué tipo de autolesiones son las más frecuentes?
- ¿Los adolescentes que se autolesionan, manifiestan otros tipos de problemas en el Liceo?
- ¿Los adolescentes que presentan estas conductas buscan ayuda?

Estrategia y diseño metodológico:

Se propone investigar la ocurrencia de autolesiones en dos centros de Enseñanza Secundaria a través de la aplicación de diversas técnicas a estudiantes. Se escogen dos Liceos Públicos según Municipios de la ciudad de Montevideo. Se plantea investigar un Liceo Público ubicado en el Municipio F: Liceo nº 13 Ituzaingó, ubicado en la calle Francisco Echegoyen en las cercanías de Flor Maroñas y Jardines del Hipódromo; y un Liceo Público ubicado en el Municipio CH: Liceo nº 7 Joaquín Suárez, ubicado en la calle Berro, en la zona de Pocitos. Los Institutos están considerablemente distanciados y en zonas de distinto nivel socio-económico.

La población objetivo son los adolescentes en la edad comprendida entre los 13 y los 17 años de edad. La metodología es de carácter mixto exploratorio con datos cuantitativos y cualitativos, con un análisis cualitativo y cuantitativo.

En la primera etapa de la investigación se toma una muestra intencional de adolescentes de las dos Instituciones señaladas anteriormente. La misma es de carácter intencional dado que se pretende trabajar con aquellos jóvenes que son señalados por los docentes, administrativos, directores, etc., como conflictivos o directamente como individuos que se autoagreden.

En una segunda etapa se aplican las siguientes técnicas:

- La entrevista estructural de Kernberg.

Kernberg (1987) propone la entrevista estructural con el fin de realizar un diagnóstico diferencial de los trastornos límite de la personalidad. Esta técnica también aporta datos para el pronóstico del individuo. A través de la misma, pretende identificar los puntos conflictivos y las operaciones defensivas a partir de la interacción con el entrevistador.

“Si la entrevista ocurre en el contexto de una consulta de hospital o de una investigación, o si el entrevistador tiene otras fuentes, información previa sobre el paciente pudiera añadir un comentario explicativo” (Kernberg, 1987, p. 27).

- La Escala de desesperanza de Beck que consta de veinte enunciados en la cual se debe responder verdadero o falso.
- El Inventario de depresión de Beck que consiste en veintiún grupos de afirmaciones con cuatro opciones cada una.

Por último, en una tercera etapa, se realiza el análisis de datos recabados.

Consideraciones éticas:

Esta investigación está contemplada por la Ley N° 18.331 del 11.08.08 “Protección de datos personales y acción de “Habeas Data”” y Decreto N° 414/009 del 31.08.09 reglamentario de dicha Ley.

A través de un consentimiento informado claro y preciso, se pone al tanto a los adolescentes sobre la finalidad de los datos recabados para la investigación, explicando a estos que los datos son manejados de forma confidencial y anónima, no revelando en ningún momento la identidad de los mismos. Además se aporta un medio para que accedan al resultado de la investigación. El consentimiento debe ser aprobado por los padres y debe contar con el asentimiento de los adolescentes para avanzar con la metodología a aplicar y utilizar la información obtenida para un posterior análisis. Sus aportes son de carácter voluntario, pudiendo detener la aplicación de las técnicas si así lo desean, no generando ningún tipo de aspecto negativo para ellos.

Por otra parte, se considera sustancial mencionar en este punto el Artículo 62° del “Código de ética de los Psicólogos del Uruguay” en el cual se establece que:

Los/as psicólogos/as al planificar, implementar y comunicar sus investigaciones deben preservar los principios éticos de respeto y dignidad con el fin de resguardar el bienestar y los derechos de las personas y en general en los seres vivos que participen en sus investigaciones (CPU, 2001).

Cronograma de ejecución:

| | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 |
|------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Actividad | | | | | | | | | | |
| Revisión bibliográfica y ajuste de diseño de investigación | ■ | | | | | | | | | |
| Contacto con liceos y adolescentes | | ■ | ■ | | | | | | | |
| Aplicación de técnicas | | | ■ | ■ | | | | | | |
| Análisis | | | | | ■ | ■ | ■ | | | |
| Informe de investigación | | | | | | | | ■ | ■ | ■ |

Resultados esperados:

Se pretende contribuir con datos significativos acerca de conductas autolesivas en adolescentes que se encuentren asociadas al trastorno límite de la personalidad. Contando con datos de este tipo, se considera posible crear dispositivos de abordaje para brindar soporte a los jóvenes y abordar sus conflictos de un modo preventivo.

Se espera aportar información a las políticas públicas que se están llevando adelante en Uruguay para salud mental adolescente, a partir de la identificación de episodios autolesivos en dicha población. Asimismo, se aspira a colaborar con las Instituciones investigadas y con futuras investigaciones que se lleven adelante sobre el tema.

A partir de los antecedentes y del soporte teórico, se puede decir que dentro de las características del trastorno limítrofe en adolescentes se encuentran las conductas suicidas y la autoagresión, por lo cual se espera encontrar casos con características específicas del trastorno límite. La importancia de identificar esta patología radica en los riesgos que la misma conlleva.

Referencias bibliográficas:

Aboy, R., Bado, A., Cabot, P., Castro, O., Cervien, L., Gómez Platero, G.,... & Villalba, L. (2006). *Autolesiones en pacientes border. A partir de las ideas de Peter Fonagy* Revista de Psicoterapia Psicoanalítica, Tomo VII. Número 2, 157-169.

Ajuriaguerra, J., Marcelli, D. & Braconnier, A. (1986) *Manual de Psicopatología del adolescente* México: Editorial Masson.

Azpiroz, M. & Prieto, G. (2011). *Trastornos de la personalidad* (2da. ed.) Montevideo: Psicolibros.

Bedin, A. & Röhnelt, V. (2010). Paidéia (Ribeirão Preto) *Adolescente y trastorno de personalidad limítrofe: caracterización de los vínculos afectivos* Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000300014&script=sci_arttext

Caballo, E. & Camacho, S. (2000). *El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales - Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 5, 30-55. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21300503.pdf>

CPU - Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2001). *Código de ética de los Psicólogos del Uruguay* Recuperado de <http://www.psicologos.org.uy/codigo.html>

Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación (s.f.). Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/eniabases.pdf>

Froni de Ortega, M., Brande, S., Oyenard, R., Rebuffo, N., Silva, E., Silva, G.,... & Sapriza, M. (1993) *Trabajando en un hospital pediátrico con adolescentes que han realizado intento de suicidio* En: Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. La problemática del suicidio en el Uruguay de hoy (Vol. I) Montevideo: Roca Viva.

Garnet, K., Levy, K., Mattanah, J., Edell, W. & Mcglashan, T. (1994). *Borderline personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific?* *American Journal of Psychiatry*, 151, 1380-1382 Recuperado de: <http://levylab.psych.psu.edu/publications/1994/garnet-k.-e.-levy-k.-n.-mattanah-j.-j.-f.-edell-w.-s.-mcglashan-t.-h.-1994.-borderline-personality-disorder-in-adolescents-ubiquitous-or-specific-american-journal-of-psychiatry-151-1380-1382>

Giovacchini, P. (1989). *“El adolescente borderline como objeto transicional: una variación común”*, En: *Adolescentes borderline* Buenos Aires: Nueva Visión.

Graña, S., Grunbaum, S., Dogmanas, D., Paroli, G., Altier, V., Serra, A., Misa, A. (2012) MSP. Departamento de programación estratégica Áreas ciclos de vida. Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud: Suicidio en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, Uruguay, 2009. Recuperado de www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?8476,26911

Green, A. (1997). *El trabajo de lo negativo* Buenos Aires: Amorrortu.

Inzunza, C., Navia, F., Catalán, P., Breheme, C. & Ventura, T. (2012). *Revista médica de Chile - Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general: Análisis descriptivo* Revista médica de Chile, 1. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600009

Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad* México: Manual Moderno.

Kernberg, O. (1997). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* Buenos Aires: Paidós.

Kohut, H. (1971). *Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad* Buenos Aires: Amorrortu.

Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., & Durán, M. (2012). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud*. Montevideo: UdelaR-CSIC.

LEY Nº 18.331. (11 de Agosto de 2008). Ley de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data. LEY Nº 18.331. Montevideo, Uruguay.

Manca, M. (2011). *Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo?* Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 33, 77-88.

Mauer, S. & May, N. (2010). *Niños y adolescentes jugando con el filo de la navaja Topia: Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*, 1. Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/ni%C3%B1os-y-adolescentes-jugando-filo-navaja>

MSP - Guías de Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención (2009). Recuperado de http://www2.msp.gub.uy/uc_3886_1.html

MSP - Plan de Prestaciones de Salud Mental en el SNIS (2011). Recuperado de http://www2.msp.gub.uy/uc_5437_1.html

Organización Mundial de la Salud (1986) La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la "Salud para Todos en el Año 2000". Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf

Pichot, P. (Coord.)(1995) DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Rassial, J. (1999). *El pasaje adolescente. De la familia al vínculo social* (Primera ed.) España: Ediciones del Serbal.

Rassial, J. (2001). *El sujeto en estado límite* Buenos Aires: Nueva Visión.

Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S., Meluk, A., Guerrero, E. & Liemann, E. (2007) *Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones* Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0034-74502007000200007&script=sci_arttext

Rospigliosi, S (2010). *Auto-lesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú. Recuperado de: <http://www.tesislatinoamericanas.info/index.php/record/view/48438>

Schkolnik, F. & Svarcas, M. (s. f.). ISSN 1688 - 7247 (1991) *Revista uruguaya de psicoanálisis (En línea) (74) El dilema del paciente narcisista - fronterizo: entre la desmentida y la discriminación* Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 74, 161-169.

Ulloa, R. Contreras, C. Paniagua, K. & Victoria, G. (2013) *Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil*. México. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500010

Valdivia, A. (2007). *Vacío existencial y riesgo suicida en pacientes con trastorno de personalidad borderline* Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112813009>

Viscardi, N., Hor, F. & Dajas, F. (1994). *Alta tasa de suicidio en Uruguay. II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes* Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/1994v2/art1>

Wapner, J. (2006). *Metaclínica de los Bordes Buenos Aires*: Letra Viva.