

# Comportamiento autolesivo como herramienta de autorregulación emocional en una adolescente de 14 años

## Self-injurious behavior as a tool of emotional self-regulation in a 14-year-old adolescent

Ana Isabel Casas Dorado

Centro Médico Psicología Clínica y Psicoterapia, España

**Resumen:** Este trabajo muestra el desarrollo y elaboración del diseño terapéutico en el caso de una adolescente de 14 años con comportamientos autolesivos como herramienta de regulación emocional, en distintos estados del self. El objetivo es intentar demostrar la importancia de no quedarse en el reduccionismo del síntoma de autolesión, por mucho que nos pueda impactar, para poder indagar en toda la complejidad de sus orígenes y funciones, además de dejar patente la importancia de la acción terapéutica desde una perspectiva relacional, poniendo toda la atención en la complejidad de lo que ocurre en cada momento de encuentro y de desencuentro. Por otra parte, se señala la importancia de la regulación emocional a lo largo de la vida, para la salud mental, así como en el contexto psicoterapéutico. Antes de la presentación del caso clínico, se hará una introducción teórica que facilitará la comprensión de este trabajo.

**Palabras Clave:** psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia infanto-juvenil, regulación emocional, self emergente, intersubjetividad, disociación, memoria implícita, mentalización.

**Abstract:** This article shows development of therapeutic design for a 14-year-old female adolescent with self-injurious behavior as an emotional regulation tool in different self states. The objective is to try and show the importance of not limiting our attention to the symptom of self-harm, however impacting it may be, but investigating the complexity of its origins and functions, and to make clear the importance of therapeutic action from a relational perspective, focusing attention on the complexity of what occurs at every moment of encounter and disagreement. The importance of emotional regulation throughout life, for mental health, and in the psychotherapeutic context is also stressed. Before presenting the case, a theoretical introduction will help understand this work.

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al Centro Médico Psicología Clínica y Psicoterapia. C/ Porto Cristo 1, bajo C, escalera izda. 28925 Madrid. E-mail: [acasasd@gmail.com](mailto:acasasd@gmail.com)



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

*Keywords:* psychoanalytic psychotherapy, child and adolescent psychotherapy, emotional regulation, emerging self, intersubjectivity, dissociation, implicit memory, mentalization.

En este trabajo se van a presentar las primeras entrevistas diagnósticas, detallando secuencias y acciones paso a paso para poder comprender cómo la analista se va adentrando en la subjetividad de la paciente, describiendo todo el proceso desde la elaboración de la hipótesis diagnóstica hasta el diseño para el abordaje terapéutico.

A pesar del deseo de la analista de trabajar con la familia, padre, madre y adolescente, solo se pudo trabajar con la madre y la adolescente. La madre, muy reticente y desconectada del sufrimiento de la hija, no se pudo incorporar al tratamiento hasta nueve meses después, una vez iniciada la psicoterapia. Se presentarán descripciones sobre material clínico de dibujos, que sirvió para ver cómo el impacto del trauma estaba dañando seriamente la integridad del self de la paciente. Se explicará el contenido del material añadiendo comentarios e intervenciones de la terapeuta.

### Presentación del Marco Teórico

Como psicóloga psicoanalista, especialista en infanto-juvenil, todo el tiempo trabajado con adolescentes, me he encontrado en numerosas ocasiones jóvenes que se autolesionan. Hasta el momento, lo que mayor claridad me ha podido dar en clínica es comprender al paciente desde una perspectiva relacional, tomando como referencia los avances en la teoría del apego, y poniendo un énfasis especial en los mecanismos de regulación afectiva. Los descubrimientos integradores del grupo de Fonagy (Fonagy, 1991, 2002; Fonagy y Target, 1997; Fonagy et al, 1995) y la aplicación a la clínica, a nivel de técnica y comprensión del psiquismo, del Enfoque Modular Transformacional de Hugo Bleichmar (1997), me ayudan a poder comprender la diversidad de motivaciones que pueden desencadenar una psicopatología. Cómo los trastornos de la parentalidad desencadenan motivaciones y necesidades de los adultos, que van a perturbar el desarrollo del hijo/a.

Bajo mi punto de vista se debería entender la psicopatología en infanto-juvenil en términos relacionales, para poder llegar a una mayor profundización de enfoques terapéuticos que tengan en cuenta la relación entre padres e hijos, no solo el niño/adolescente tomado en aislado.

Lo que pretendo demostrar en el caso clínico que voy a presentar es la importancia de no quedarse en el reduccionismo del síntoma de autolesión, sino indagar en toda la complejidad de sus orígenes y funciones.

En el caso presentado, como en otros casos de adolescentes con comportamientos autolesivos, para poder entender la experiencia subjetiva de una muchacha que se autolesiona, podemos llegar a considerar que es muy probable que haya habido experiencias previas de violencia emocional que la llevan a consolarse en una acción dirigida a sí misma, en este caso violentamente.

La violencia emocional, dice Doctors (2007), refiere un tipo de dolor que sufren aquellos que han experimentado una disfunción significativa en la regulación diádica de la ansiedad emocional.

Considerar el mundo interno como una estructura fundamentalmente autoorganizada por procesos relacionales facilitará el reconocimiento de patrones interactivos, modos de proceder, memoria implícita, en la regulación de estados internos. Si la disfunción en la regulación diádica de la angustia proviene de una figura rechazante, como el caso que vamos a ver, el individuo tiene que hacer frente a la falta de un otro fiable (Doctors, 2007).

En el caso presentado, la autolesión era un modo de regular estados del self de la paciente en cuestión, la cual había aprendido a no esperar una facilitación o regulación por parte de los otros.

### El sistema motivacional de la regulación emocional

Actualmente, los trabajos sobre apego tienden a poner énfasis en la relación entre los afectos y la regulación emocional.

Desde la teoría del apego, la regulación de los afectos sirve para favorecer la emergencia de auto-regulación a partir de una co-regulación. O, en palabras de Sroufe (1996) esto significa que el sistema regulatorio del niño se transforma de un sistema diádico a un sistema individual. Por ello afirmamos que los procesos de autorregulación desempeñan un papel importante en la vivencia del self emergente.

Estudios acerca del cerebro del recién nacido demuestran que su maduración es influenciada por el ambiente y va a depender de las experiencias vividas. La investigación en psicología del desarrollo enfatiza que la expansión de las funciones socio-afectivas del niño es críticamente influenciada por las experiencias de intercambio afectivo sostenidas por el cuidador primario, habitualmente la madre (Casas Dorado, 2012).

Podríamos considerar que las funciones regulatorias de la madre no solo modulan estados internos, sino que además van conformando la capacidad de autoorganización del self emergente. Por ello, los estudios acerca de procesos relacionales tempranos y su influencia sobre estructuras en formación, constituyen un excelente paradigma para una captación más profunda de la organización y dinámica de los fenómenos afectivos (Casas Dorado, 2012).

¿Qué aspectos del contexto pueden ser especificados como críticos para un desarrollo saludable de un self psicológico o un self con capacidad de acción? Cuando el cuidador tiene la capacidad de sintonizar adecuadamente con el estado interno del niño y es capaz de calmar, reasegurar y significar adecuadamente lo que está sintiendo el niño, generaría un apego seguro. Pero cuando el niño necesita del reconocimiento y modulación parental de su ansiedad y debe afrontar los déficits de sintonía emocional, es muy posible que viva experiencias con violencia emocional, creando así la expectativa de que el dolor emocional debe ser gestionado sin recurrir a otros, siendo esto uno de los factores de riesgo que contribuyen al establecimiento de una vulnerabilidad a la autolesión, síntoma importante de poder autogestionar (Doctors, 2007).

Los padres inseguros o desorganizados desde la teoría del apego, utilizarán modos de procesar el afecto que a menudo agudizan la ansiedad en sus hijos, por todo ello no podemos comprender la vulnerabilidad del chico sin hacer referencia al sistema relacional que desarrolló. ¿Cómo fue y es el sistema de cuidado de los adultos en cuestión?

La inseguridad en las relaciones de apego es una señal de limitación en las habilidades de mentalización. La clasificación tradicional de apego seguro o inseguro, con sus diferentes categorías, podríamos reinterpretarla como un indicador de una capacidad relativamente buena (apego seguro) o pobre (apego inseguro) para manejarse con las relaciones interpersonales íntimas. La ausencia de capacidad de mentalización en condiciones de estrés apunta a una desorganización en los sistemas de apego (Bateman y Fonagy 2005).

En el caso presentado, veremos cómo esto se manifiesta. Hubo unas figuras de apego que no pudieron regular emocionalmente, y esto afectó seriamente a la integridad psicológica de la paciente, de una manera muy desorganizada. Los comportamientos autolesivos y pensamientos obsesivos eran un procedimiento de intentar dar estructura y organización a estados internos de angustia insoportable, que eran sentidos como momentos de desorden, vacío y falta de coherencia interna.

## Psicopatología del Desarrollo y Abordaje Terapéutico

La mayoría de los trastornos del desarrollo no son versiones inmaduras de la psicopatología del adulto. Son desórdenes peculiares del desarrollo de procesos de regulación de la interacción social (Bateman y Fonagy, 2005).

La falta de bienestar mental, a menudo, puede ser el resultado de una desregulación emocional. Esta puede ser vivenciada en forma de rupturas emocionales abruptas, en forma de episodios de rabia o tristeza, de los que es difícil recuperarse. Estos episodios pueden manifestarse en forma de una pérdida de capacidad de pensamiento racional, pérdida de flexibilidad de respuesta, así como incapacidad de autoreflexión. En estos estados, el individuo es incapaz de funcionar tanto internamente como a nivel interpersonal.

La interrupción del apego o su pérdida parece ser uno de los estresores sociales más potentes que el individuo puede experimentar, ya que cambiar la representación de la figura de apego supone cambiar los mecanismos de cognición social. Así, este estresor social puede provocar desestructuración (Sroufe, 1996).

La teoría psicobiológica sugiere que el estatus neurobiológico del niño, sus hábitos, sus primeras memorias, todo ello se desarrolla a través de la interacción con el cuidador y todo ello va a formar parte de los sistemas regulatorios conductuales básicos del niño (Sroufe, 1996).

Una necesidad fundamental de todo infante es encontrar su propia mente o estado intencional en la mente de la figura de apego. Para el infante la internalización de esta imagen representa la función de contención. Fallos en esta función conducen a búsquedas desesperadas de vías alternativas de contención de pensamientos y de intensos sentimientos que se derivan de dicha falta. La búsqueda de vías alternativas de contención mental da lugar a soluciones muy patológicas, incluyendo tomar la mente del otro, con sus aspectos distorsionados o negativos acerca del niño, como parte de la propia identidad (Fonagy, Target, y Gergely 2000).

Desde el punto de vista del desarrollo, es esperable una crisis en la adolescencia o en las fases iniciales de la etapa adulta, cuando la demanda externa de separación se vuelva irresistible. Conductas autodestructivas (como el caso que se presenta más adelante en este artículo) pueden ser vividas como la única solución a un dilema insoluble: la liberación del self del otro, a través de la destrucción del otro dentro del self (Fonagy, 2000).

Otra posible salida para un pobre desarrollo del self psicológico consiste en usar el cuerpo para contener o actuar estados mentales. En estos casos, la violencia hacia el cuerpo del self o hacia el cuerpo del otro puede ser la manera de “controlar” los estados mentales que son investidos en los estados corporales, por ejemplo destruyendo ideas que son experimentadas como que están dentro del cuerpo del otro.

Debido a que la función reflexiva evoluciona en el contexto de las relaciones íntimas, el miedo a la mente del otro puede tener consecuencias devastadoras para la emergencia de una comprensión social. Experiencias no resueltas de abuso o maltrato disminuyen la probabilidad de una relación significativa, lo cual, de una forma auto-perpetuante, hace que sea más difícil de alcanzar una resolución satisfactoria de la experiencia perturbadora por medio de los procesos reflexivos (Fonagy, 2000).

Desde el punto de vista terapéutico, hay cambios en el énfasis de una práctica psicoanalítica basada en la recuperación de experiencias olvidadas, a un enfoque basado en la creación de narrativas significativas. Relacionado con ello, los aspectos interaccionales e interpersonales del trabajo clínico han sido reconocidos como cruciales, pudiendo proporcionar insight en los aspectos más primitivos de la interacción (Mitchell, 2000).

Implícita en la comprensión de estos procesos, está la idea de que más que las experiencias individuales, lo que es retenido de las interacciones entre el niño y el cuidador son los procedimientos o patrones de acción y que estos procedimientos serán los que organicen la conducta en un tiempo posterior.

Estos procedimientos son organizados como modelos mentales. Tomados globalmente, los procedimientos equivalen a una representación de la relación, confinada en memorias no verbales, en memorias procedimentales y observables sólo a través del estilo relacional de cada individuo, más que a través de las ideas o memorias descritas (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002).

El planteamiento de psicoterapia propuesto por Fonagy pretende integrar el conocimiento del desarrollo psicológico con su experiencia del trabajo clínico con niños y adultos y todos los avances aportados por el amplio abanico de las neurociencias.

Se apoya en la teoría del apego, la cual aporta soporte empírico para la noción de que el sentimiento del self del niño emerge de la cualidad afectiva de la relación con el cuidador primario, habitualmente la madre.

Uno de los focos principales de su trabajo tiene que ver con el desarrollo de estados psicológicos en las mentes de los infantes, adolescentes y adultos. Pone especial atención en el desarrollo de representación del self.

Algo intrínsecamente ligado al desarrollo del self es la aparición progresiva de la capacidad de mentalización. La mentalización es el proceso por el que nos damos cuenta de tener una mente que media nuestra experiencia del mundo. La mentalización implica tanto un componente autorreflexivo como un componente interpersonal. Ello aporta al niño la capacidad de distinguir la realidad interna de la externa, los procesos mentales y emocionales intrapersonales de las comunicaciones interpersonales (Fonagy y Allison, 2014).

Existen numerosas investigaciones publicadas sobre apego y mentalización, y en la mayoría de ellas se señala que el self como agente mental se desarrolla a partir de la experiencia interpersonal, especialmente en las relaciones con la figura de apego primaria (Fonagy et al., 2005).

En relación con ello, y desde mi perspectiva, defiendiendo la idea de que la capacidad de mentalización puede ser mejor vista como una capacidad desarrollada o construida.

Ya que la mentalización es un aspecto central del funcionamiento social humano, podemos inferir que la evolución ha dado un valor particular al desarrollo de estructuras mentales para interpretar acciones interpersonales. El canal principal de interacción que disponemos es el lenguaje, un canal simbólico. Pero hay que subrayar que para que el lenguaje funcione adecuadamente, el mundo subjetivo requiere organización. Los estados internos deben tener un significado para comunicarlo a otros y posibilitar así la interacción intersubjetiva.

La representación de los estados mentales intencionales puede tener una estructura interna bastante compleja. El acceso consciente a estas estructuras puede ser, en el mejor de los casos, parcial, o estar totalmente ausente (Solomon y George, 1999).

La experiencia del bebé de sí mismo como un organismo con mente o self psicológico, no es algo dado genéticamente. Es una estructura que evoluciona desde la infancia, y su desarrollo depende de forma crítica de la interacción con otras mentes maduras.

Desde este modelo teórico, la comprensión de la mentalización no supone únicamente contemplarla como un proceso cognitivo. Desde el punto de vista del desarrollo comienza con el “descubrimiento” de afectos a través de las relaciones de apego primarias. Por esta razón, un aspecto central del modelo teórico propuesto por el grupo de Fonagy constituye el concepto de “regulación emocional”, concepto importante para la teoría del desarrollo y para la comprensión de la psicopatología.

Aplicando este modelo teórico a la clínica, podemos tratar de entender qué ocurre en jóvenes adolescentes que muestran comportamientos autolesivos o dañinos hacia sí mismos como el caso que vamos a presentar más adelante.

A pesar de la heterogeneidad, en este tipo de casuística, los pacientes parecen compartir una característica crucial: parecen carecer de la capacidad de ser conscientes del estado mental de sí mismos y de los otros. Suelen ser jóvenes contemplados como versiones extremas de la estrategia de apegos inseguros. Confrontados a un cuidador asustado o aterrador, se adaptan por medio de una internalización masiva de la reacción del cuidador a ellos, lo que hace que sea la representación de la figura de apego lo que ocupa el núcleo de la estructura del self, en vez del propio self. Esto hace que el niño no sintonice con sus estados internos, así como experiencia la representación de sí mismo como extraña a su experiencia interna, como muy alejada de sí mismo.

Así, conseguir una coherencia interna se vuelve imposible sin externalizar esta parte extraña de su representación del self. Fonagy sugiere que esta podría ser la razón por la que niños clasificados como teniendo apegos desorganizados, se comportan más tardíamente de una manera inusualmente controladora hacia sus padres, amigos o figuras significativas. La figura de apego debe ser consistentemente controlada de manera que pueda constituir un adecuado vehículo para la parte extraña del self (Fonagy et al., 2000).

El mecanismo descrito descansa en el concepto de identificación proyectiva. Un rasgo especial de la misma consistiría en la desesperación sentida por el individuo cuando trata de deshacerse de los aspectos no deseados del self. La parte extraña debe ser externalizada por el niño para sentirse en sintonía con el self real que lleva a cabo las experiencias. Cuanto más cercano al núcleo del self sea donde reside el objeto extraño, mayor necesidad de la presencia física del otro para permitir la externalización (Lecannelier, 2009).

Para el niño que fue desorganizado como infante, la figura de apego que fue internalizada como parte de la representación del self constituye el vehículo más probable para este proyecto proyectivo. Es por esto que incluso la separación más breve puede ser sentida como un desafío imposible. A menudo, en los niños pequeños la mayor dificultad tiene que ver con la necesidad continua de un objeto especular. Permanentemente tratan de encontrarse a sí mismos en el otro, a la vez que externalizan en el otro la representación extraña de sí mismos.

Teniendo en cuenta las nuevas aportaciones desde la neurociencia, desde la teoría del apego, así como el origen interactivo e intersubjetivo de la subjetividad, podemos comprender la importancia de la intervención clínica desde un enfoque relacional.

¿Cuáles son los fines del analista cuando la comprensión parece inalcanzable en principio y de hecho es percibida como una seria amenaza? El analista necesitará crear un ambiente dentro del cual el paciente pueda pensar acerca de sentimientos e ideas de forma segura, quizás por primera vez.

El analista debe presentar al paciente un marco relacionado con la experiencia actual del paciente, pero a la vez lo suficientemente diferente como para aprender la posibilidad de perspectivas alternativas diferentes.

La tarea del analista es, en primer lugar, permanecer en sintonía con el estado mental del niño, adolescente, con independencia de que se den actuaciones dramáticas del mismo, con el fin de dirigir y activar capacidades mentales del paciente, mediante verbalización de sus estados internos, diferenciando sentimientos, haciendo más manejables experiencias provocadoras de ansiedad, ayudándole en el desarrollo de actitudes “como si”, donde las ideas puedan ser pensadas como ideas más que como realidad, aunque reteniendo su vínculo al mundo interno.

Normalmente son los padres quienes pueden estar en mejores condiciones de poner a prueba los beneficios del insight personal para una mejor comprensión de los procesos psíquicos de sus hijos (Dio Bleichmar, 2005).

Pero a veces, los padres, atrapados en un círculo vicioso de ansiedades y maniobras defensivas exageradas, se vuelven inexorablemente atrapados en un mundo interno dominado por objetos peligrosos y dañinos. Los padres abandonan el verdadero proceso que les podría sacar de esta situación, es decir desarrollar la capacidad de reflexionar acerca de por qué sus hijos hacen las cosas o qué ocurre en sus mentes.

En el caso que se presenta se muestra cómo esta madre atrapada en sus propias ansiedades como madre, se niega a colaborar de inicio y cómo a medida que la muchacha va evolucionando, se produce un cambio y ella se incorpora a tratamiento. Al trabajar la subjetividad de su hija empezó a emerger la suya propia como madre y como mujer y de qué manera esto contribuyó a un avance importante en el proceso de tratamiento.

A continuación, se expone el caso clínico de una adolescente de 14 años. Los datos de este caso han sido naturalmente enmascarados para proteger la identidad de la paciente, aunque los diálogos han sido extraídos de la transcripción de las sesiones.

### Caso Clínico

El caso que presento es el de una adolescente que inició su psicoterapia con catorce años. El proceso de tratamiento descrito tiene tres años de duración y actualmente continúa su psicoterapia<sup>1</sup>.

Recibo una llamada telefónica de una mujer joven, solicitando cita para su hija de catorce años. Viene derivada desde Atención Primaria, aconsejada por su médico de familia, después de ser llevada a urgencias por intento autolítico, con antecedentes de autolesiones en brazos y piernas.

El motivo, me comunica, es que su médico les había aconsejado que su hija hiciera psicoterapia, pero la madre pensaba que lo que quería su hija era tener a todos a su alrededor, médico, madre, padre y hospital entero.

Como analista pensé si éste sería el significado que daba la madre ante el comportamiento de autolesión, a la vez que pensé por qué la hija se sentiría tan ansiosa que buscaba tanta cercanía de los otros.

La madre siguió hablando y me dijo que no entendía nada, que su hija Sandra siempre había sido muy madura y últimamente, aunque tenía catorce años, parecía tener seis. Contó que estaba separada del padre de Sandra y que a pesar de estar separados ellos pensaban igual respecto a Sandra, consideraban que solo quería llamar la atención además de que su hija tenía un problema de autoestima.

En un tono emocional frío y desconectada del episodio real que estaban teniendo, comentó que ella no quería hacer el drama que hacen los médicos. En su relato comentaba que tenía más hijos y que Sandra era la mayor, que era adolescente y que se le iría pasando, porque últimamente estaba muy rara, casi no quería hablar, y ella como madre no comprendía a qué se debía.

Le comento que no tengo inconveniente en verlos, y pregunto si la hija pedía consulta o solo era indicación del médico.

La madre me dice que sí, que su hija se niega a ir al hospital, que ya había estado dos veces ingresada, y que es la hija la que dice que quiere algo más íntimo (*todo en un tono emocional de ironía y desprecio*).

<sup>1</sup> A lo largo de la exposición del caso clínico se usarán las siguientes iniciales: T. (Terapeuta), S. (Sandra), M. (Madre), P. (Padre).



M. “Ya ves, ni que tuviera un problema gravísimo. Pero bueno, vamos a ver, esta es la tercera vez que hemos ido a urgencias. A ver si usted consigue que deje de llamar la atención, que sea más fuerte y se centre, ha suspendido cinco, ya no sé qué hacer, no funcionan ni los castigos, ni nada. Hace lo que quiere”.

El tono emocional de la madre iba subiendo y parecía ansiosa, pero muy desconectada aparentemente de la demanda de la hija y de sus ansiedades como madre.

Como terapeuta, desde el inicio, intento hablarle con calma y le digo que por supuesto no tengo inconveniente en verla, que seguro hay motivos que la conducían a comportarse así y aunque la primera entrevista la tendría con su hija, también me gustaría tener otra con ellos.

Ella me comunica que, al estar separados, no sabía si el padre de Sandra accedería a asistir. Pregunto si ella cree que su ex marido quisiera venir por separado y me dice que no sabe, porque a él no le gustan los psicólogos, pero que no hay problema por ella, que se lo diría.

Reitera que ellos piensan que esto es solo problema de su hija Sandra.

Como terapeuta me pregunté si esta madre hacía una demanda de que me hiciera cargo de Sandra y que motivada por sus posibles ansiedades pareciera no poder admitir responsabilidad alguna como madre.

Me pregunté por qué ante una situación tan singular como los episodios de autolesión parecía que se desconectara.

Yo le comunico que para mí era importante verlos a ellos también pero decido primero ver a la niña.

### **¿Por qué antes a la chica que a ellos?:**

En la llamada de consulta yo tengo estos elementos:

- Los envía su médico, no es decisión propia de los padres.
- La demanda la realiza la madre.
- La muchacha es adolescente y sí quiere venir.
- De momento, el motivo de consulta, según la madre, sería baja autoestima, llamada de atención y problemas escolares o en sus estudios.
- Tenemos episodios de intento autolítico y comportamientos autolesivos.

Todo ello me lleva a tomar la decisión de ver primero a la chica.

Solo desde la llamada telefónica me despertó un sentimiento de lejanía y desorden al hablar con la madre y sin haber visto a la chica cierta necesidad y curiosidad de escuchar a alguien que reclama algo más íntimo y parece que le ofrecen auténtica soledad. Sin verla sentí cierta ternura. Pensé: “Este caos y desorden, ¿es lo que sentirá esta chica?”.

Decidí atender la aparente necesidad de la chica, “quiero algo más íntimo”, ofreciéndole un espacio donde en primer lugar se reconocieran sus preocupaciones, para poder luego hacer una evaluación de los tres, padre, madre y Sandra.

## **Primera entrevista con Sandra**

Cuando salí a recibir a Sandra, me encontré con una chica muy guapa, bajita, algo desaliñada en el modo de vestir, pero con un aspecto de cierta fragilidad, como apagada. Observé que tenía la parte izquierda del brazo como con dificultad de movimiento y caminaba con algo de torpeza.

Vino acompañada de una abuela de aspecto muy joven, tanto que yo pensé que era su madre. La madre no vino con ella el primer día, y muy pocas veces en sesiones posteriores.

Pasamos al despacho, y Sandra camina con cierta dificultad, espera a sentarse a la vez que yo.

T. “Bueno, Sandra, sabes que tu madre pidió cita para ti, creo que tú pedías ayuda y también aconsejada por tu médico de familia, ¿cuál es el motivo por el que pides ayuda?”

S. (*Baja la cabeza, como avergonzada*) “Sí... es que el miércoles pasado me tuvieron que llevar a urgencias porque me corté el brazo con una cuchilla de un sacapuntas. Y sangré tanto que se enfadaron mucho y me llevaron”.

T. “¿Se enfadaron mucho?, ¿a qué te refieres, Sandra?, ¿puedes explicarme un poquito más?”.

S. “Sí... pues es que no sé muy bien qué ocurrió (*observar el sufrimiento, sentimiento de culpa y las pregun-*

tas que se hace así misma, así como la autocrítica y vergüenza) Sólo que empecé a sentirme muy mal pero no sé por qué, me pasa a veces, siento mucho malestar, me siento mal y no sé por qué y me empiezo a obsesionar, bueno no sé si son voces o me obsesiono pensando que mi madre está triste por mi culpa (*se queda callada*), no sé, me vuelvo loca, no entiendo (*mueve la cabeza cogiéndola entre las manos*), bueno, no solo me obsesiono, lo creo así. Luego me empiezo a criticar todo el rato, creo que no hago nada bien, tengo mucho miedo a que me rechacen mis compañeros nuevos, no me fio de nadie. (*Me aclara que ha cambiado de instituto*). No sé por qué pienso todo esto... pero cuando ya no lo soporto, siempre me corto, pero es como si desconectara, lo dejo pasar, me echo en la cama y espero ahí como desconectando, y me quedo tranquila, pero al rato sentí la sangre, me conecté, me asusté y fui corriendo a buscar a mi madre. (*Se coge la cabeza entre los brazos y llora*) ¿Por qué hago estas cosas?" (*Muy confundida*). A veces me quedo en mi habitación horas pensando ¿por qué este estado?, ¿por qué no me esfuerzo para no hacerlo?, le estoy haciendo daño a mi familia, ¿por qué?, estaría mejor en un manicomio, soy un estorbo. Me siento sola y vacía, pero ¿por qué?... Perdón, sé que no debería llorar (*Está más pendiente de mí, de mis reacciones, que de ella misma*)... Y como ya lo he hecho más veces, se enfadan muchísimo conmigo. El novio de mi madre no te lo imaginas y mi madre también. Aunque imagino que tú tampoco me vas a creer".

T. "¿Qué te hace pensar que yo no te vaya a creer?"

S. "Es que en el hospital no me creen, siempre me dan pastillas y pienso que tengo que ser fuerte, que esto son tonterías mías".

T. "Bueno Sandra, yo creo lo que me estas contando. Me parece que debes de sentirte muy mal y parece que no sabes qué hacer cuando te sientes tan mal, no te gusta y te haces daño por ello. También pudieras tener ganas o anhelo de que alguien te haga caso o te cuide. (*Su cara es de calma en ese momento*). Mira Sandra, parece que te preguntas muchas cosas, vamos a ver si podemos ir dando sentido a todas ellas, seguro que todo tendrá su sentido. ¿Desde cuándo ocurre esto, Sandra?"

Desde el inicio intento que ella pueda expresar sus estados, sus confusiones y no rechazar ni omitir nada de lo que dice, intento interesarme por todo lo que ella quiera contar e intento devolverle sus preguntas, pero en un estado emocional distinto. Acoplando su estado emocional de miedos sin salida ni aparente sentido a mi estado emocional de calma y actitud de cuidarla e ir pensando juntas el posible sentido y solución a tantas preguntas.

S. "Bueno, no sé..., hace bastante. Un año o así. El año pasado nos cambiamos de casa, y claro, yo de colegio, de amigos, ahora estoy sola en el colegio, no tengo amigos, porque yo salgo con los amigos del año pasado (*vivían a las afueras de la ciudad*) y me siento muy mal, es horrible. Y mi madre si me ve triste se enfada, se preocupa y yo me siento muy culpable, un caos mi mente. Encima he suspendido cinco y me han castigado sin salir, estoy todo el día en mi habitación, sola, y mi madre se preocupa porque no hago por estudiar ni tener amigos... (*Llora*)... soy horrible".

T. (*La dejo que lllore, la digo que se permita*) "Respira profundamente, Sandra, te aliviara un poquito (*la voy hablando con calma*). A mí no me parece tan extraño que te sientas triste, mira, pareciera que tu realidad es nueva, echas en falta a tus amigos, tu antiguo colegio, tu casa... hasta que uno se adapta a una realidad nueva se tarda un poquito".

De momento, intento legitimar sus sentimientos de echar en falta a sus amigos, extrañar su nuevo barrio e instituto, permitiendo que la alianza terapéutica se vaya desarrollando.

S. "Sí, pero yo ya debía estar acostumbrada a los cambios, mis padres están separados y aunque siempre he vivido con mi madre, hemos hecho muchos cambios de casa. Eso es lo que dice mi madre, que ya debería acostumbrarme a que la vida son cambios. Pero no sé por qué yo lo paso mal y a ella no le gusta, siempre he dado muchos problemas..." (*Llora de nuevo, con mucho sufrimiento*).

T. "¿Quieres hablar de esto ahora, Sandra?"

S. "No me suele gustar hablar de mis problemas".

T. "Y... ¿por qué a mí me parecía, Sandra, que necesitabas hablar y ser escuchada?" (*Se sonríe levemente*).

S. "Sí, mi madre y yo nos hemos movido mucho. Mira, primero vivíamos en el centro de la ciudad, cuando se separaron nos fuimos a las afueras, mi madre se echó otra pareja, tuvo un hijo, vivimos en casa de esa pareja, luego se dejaron y nos fuimos los tres solos a casa de una amiga de mi madre. Allí estuvimos un año más o menos, luego se echó otro novio que es con quien vivimos ahora y tuvo a mi hermano pequeño, y Javier, la



pareja de mi madre, tiene un hijo de su anterior pareja un año menor que yo, con él me llevo muy bien. Ahora vivimos en casa de la pareja de mi madre, su hijo y mis dos hermanos. Pero yo siempre la he ayudado. Además, eso no te lo he contado, a los diez años tuve un ictus, yo no me daba cuenta de lo que eso era, pero ahora sí me doy cuenta y no me gusta tener el brazo así, me da vergüenza, lo odio, no me gusta nada. ¿Ves?, siempre dando problemas...”

T. “¿Qué te hace pensar así?, ¿siempre responsable del malestar de los demás?”.

S. “Lo dicen mis padres y mis abuelas también. Mira mis padres se separaron y yo no me enteré hasta que pasaron 4 años”.

Su relato era desordenado, pasaba de un tema a otro y cada uno con más sufrimiento que el anterior. Parece que del episodio del ictus no pudo seguir hablando, decidí dejarla que llevara su secuencia en el relato para más adelante poder analizar.

T. “¿Cómo es esto? Explícame si puedes”.

Todo el relato de sus cambios de residencia era desordenado, disociado, no cuadraban los años que decía. Pensé que no parecía haber podido integrar estos episodios.

S. “Mis padres siempre discutían, yo recuerdo muchas discusiones de pequeña, y mi padre iba y venía, ellos no me contaban nada cuando se separaron, mi padre se iba y yo recuerdo que le buscaba, mi madre me decía que tenía que trabajar y yo la creía. Cuando volvía era una discusión todo el rato con mi madre, ¿sabes?, pues eso... bueno, horrible. Un poco lío. No me acuerdo muy bien (*Silencio*)... Pero últimamente estoy tristísima. Ya debía estar acostumbrada a los cambios. Mi madre dice siempre que la vida son cambios. A mí no me gustan, los cambios. Pero no sé por qué yo lo paso mal y a ella no le gusta, siempre he dado muchos problemas...” (*Llora*).

T. “¿Qué te hace pensar que a tu madre no le gusta verte triste?”

S. “Es normal, ellos me quieren y les gusta verme contenta, y siempre me suelo entristecer..., y luego pienso que ellos discuten por mi culpa, claro”.

Pensé en si la madre, desregulada emocionalmente, no podía ver y calmar la ansiedad de Sandra y, sin conciencia alguna, ocurre una aniquilación del estado ansioso de Sandra, castigando o negando.

T. “Al discutir mucho los papás, ¿tú te sentías asustada?”.

S. “Bueno, estoy acostumbrada ya, se llevan fatal, pero recuerdo que me iba a mi habitación, porque pensaba que discutían por mi culpa”.

T. “¿Te sentías responsable de los enfados de tus padres?”.

S. “Claro, ellos discutían por si estudiaba, no estudiaba, cuando me dio el ictus, pensaba quién se quedaría conmigo... uf, no sé, mi padre grita mucho” (*Relato desordenado*).

T. “¿Y ellos saben que tú te sentías culpable, lo pudiste hablar con ellos?”.

S. “¡Ja, ja, eso es impensable! Si no me enteré que estaban separados hasta que mi padre se echó novia y nos abandonó del todo, ya no venía nunca a casa y entonces me lo dijeron, pero ellos nunca me preguntan cómo estoy, solo me riñen. Bueno, como muchas familias, imagino, eso no me preocupa”.

T. “¿Por qué crees que te riñen, Sandra?”.

S. “No lo sé, mira, mi padre me encerraba en mi habitación a estudiar, y no me dejaba salir hasta la hora de comer. Pero me obligaba a ponerme de pie y decirle la lección, si no me la sabía, me castigaba sin salir con mis amigos. Y grita mucho, eso me vuelve loca, no me deja hablar”.

T. “¿Parece que tú deseas hablarles y que te escucharan, no?”.

S. “Sí, pero bueno, son discusiones normales, como todas las familias, mi madre también discute con Javier (*pareja actual de la madre*)”.

Me cambia de tema, lo hacía con mucha habilidad cada vez que se hablaba de un episodio doloroso o traumático.

S. “Sí, pero es que además ahora no me gusta, cuando tuve el ictus no me daba cuenta de lo que era, ahora me veo mi cuerpo y no me gusta, parezco un monstruo y eso me da vergüenza, que no me acepten los nuevos chicos del instituto nuevo, y mi madre dice que soy una exagerada, mi padre me llama manipuladora, y todo eso me hace sentir muy loca, muy mal, a veces muy insoportable y creo que ahí es donde me corto”.

T. “Parece, Sandra, que hay momentos en los que algo se reactiva en ti que te hace sentir con tal intensidad que te lleva a cortarte. Bueno, no sé muy bien qué emoción importante debes tener en esos momentos, pero

iremos viendo cómo manejarla de otra manera, Sandra”.

Necesitaba tomarme mi tiempo para pensar sobre el caso de Sandra y su vida, para ir con cuidado en ir decidiendo cuándo intervenir en cambiar sus significaciones erróneas de sí misma, qué momento era el adecuado, cuándo calmarla, cómo intervenir adecuadamente para ayudarla en que se pudiera conocer a ella misma y fuera capaz de reconocer lo que despertaba los estados emocionales de sentirse mal, qué motivaciones se activaban en su psiquismo y desencadenaban el síntoma de cortarse.

En los momentos de las sesiones iniciales, el que la escuchara con respeto, sin reproche ni cuestionamiento, me interesara por sus cosas, parece que a medida que avanzaba la sesión se iba sintiendo más cómoda y de momento ese acompañamiento haría que la alianza terapéutica se fuera produciendo, para más adelante ir trabajando todos sus posibles condicionamientos.

#### **Reflexiones y preguntas de la analista en las primeras entrevistas con Sandra:**

- Sus ansiedades eran muy desorganizantes.
- Existía un sentimiento de vergüenza ante sus malestares y temor a no ser creída por el otro.
- Sentimiento de culpa y sentimiento de ser responsable del malestar de los otros.
- Miedo al rechazo.
- Sandra se hacía muchas preguntas sobre sus acciones y el no poder comprender el sentido de sus comportamientos le generaba mucho caos interno y desorganización.
- El escucharla e interesarme por sus preocupaciones parece que la iba organizando.
- Su entrada en la adolescencia parecía confusa y desorganizante.
- No confiabilidad en el otro e inversión de roles.
- ¿Madre desregulada emocionalmente, no puede ver y calmar las ansiedades de Sandra y procede castigándola?
- Los cortes eran su herramienta de autorregulación.
- Desde el inicio intenté devolver sus preguntas en un estado emocional distinto al suyo.
- Desde el inicio parecía que poder compartir sus experiencias cubría una necesidad de apego, necesaria pero no suficiente para su cura.

### **Entrevistas con los padres**

Tuve las primeras entrevistas con la madre. El padre vino por separado, casi al mes de tratamiento. Era muy difícil concretar horas, me comunicaba con él por teléfono y casi nunca tenía disponibilidad.

**Entrevista con la madre.** La madre de Sandra era una mujer con un aspecto muy infantilizado en su modo de comunicarse, a la vez que muy fría en el contacto. Aunque vinieron por separado, los dos coincidían en sus preocupaciones, ellos estaban preocupados por el rendimiento escolar de Sandra, y los cortes eran significados como una manera de manipulación y control hacia ellos.

Sandra nació de su primer matrimonio, la madre pudo contar que fue un matrimonio muy difícil porque peleaban mucho, habló de su ex marido de un modo despectivo, como que era muy difícil y ellos muy jóvenes y decidieron separarse, pero por no asustar a Sandra no le dijeron nada. Al parecer al padre le costó mucho tolerar la ruptura e iba a casa sin límite, a la madre no le importaba y pensaba que así él podía estar con Sandra.

Sandra nació en un embarazo precoz, no fue buscado ni deseado, pero siguieron adelante. Ella pudo describir que cuando se enteró decidió no decir nada en casa, porque temía que su madre (*abuela de Sandra*), se enfadara y estuvo hasta los cuatro meses de embarazo en silencio, hasta que ya empezó a notarse y se lo contó.

M. “Me guardé mi miedo porque no quería agobiar a mi madre, bastante tenía ya con sus cinco hijos, mi padre nunca nos atendió, ella siempre ha tirado para delante con nosotros. Y no le gusta vernos mal. Aunque luego se lo dije y me ayudó en todo”.

Al nacer Sandra, estuvieron un año en casa de la abuela y al año aproximadamente de Sandra se fueron de alquiler, cuando el padre de Sandra aprobó las oposiciones para el cuerpo de seguridad del estado.

Pudo contar que todo iba bien al principio hasta que llevaban unos tres años, que discutían muchísimo, por todo, por el orden, porque ella no tenía la casa en orden cuando él llegaba, él era descrito por la madre de

Sandra como muy agresivo.

M. “Bueno, le quería pero pasábamos de discutir a luego nos queríamos... no recuerdo muy bien, pero bueno...” (*Se queda en silencio durante un rato*).

La madre refirió que no contaban nada a Sandra de sus discusiones para que ella no sufriera. Durante episodios la llevaban donde la abuela para que no les oyera discutir tanto, hasta que decidieron separarse a los seis años de Sandra.

M. “Él se fue, pero venía a casa continuamente, le costaba dejarme, no me dejaba, me necesitaba para todo, venía a ver a Sandra, constantemente, a ella le gustaba mucho, se llevaba muy bien con su padre. Hasta que se echó novia y ya dejó de venir”.

La madre de Sandra refirió que la hija preguntaba por su padre y le decían que estaba de viaje, y a ella la reconfortaba, pero cuando ya se echó novia y le dijeron que se separaban, empezó a estar muy rabiosa, enfadada, y pasaba de ser contestona a ser muy obediente,

M. “No había quien la entendiese. Pero en general ha sido una niña muy buena siempre. Se adapta a todo, hemos tenido muchos cambios de casa. A los doce años tuvo un ictus, nos llamaron del colegio que se desmayó, fuimos corriendo al hospital y era un ictus, allí nos lo pusieron muy mal, nos dijeron que no salía, que podía morir, su padre se portó muy bien, estuvo siempre con ella todo el tiempo en el hospital, y gracias a Dios se fue recuperando, solo le quedo la lesión del brazo que ya la habrá visto usted. Pero hace su rehabilitación, aunque eso también nos preocupa, porque es muy vaga, tengo que estar detrás de ella todo el rato para que haga los ejercicios (...) Y luego hice una pareja, pero nos fue muy mal, parece que los elijo, me trataba fatal. Y decidí dejarlo, tuve un hijo con él, nos fuimos a casa de una amiga y allí un año. No quería molestar más a mi madre, era mi responsabilidad. El padre de Sandra está desaparecido, yo creo que Sandra no lo asume, yo la digo que tiene que aceptar a su padre como es, que él es muy suyo, muy dejado. Que le diga que la llame, pero ella no se atreve. Y no asume que tenga novia. Yo creo que los cortes es una manera de llamar la atención y que todos estemos a su alrededor. Debe madurar, la vida es difícil. Es en lo único que su padre y yo estamos de acuerdo”.

La madre contó que Sandra era la primera hija de tres hermanos, hijos de padres diferentes, la madre refería que eso no era problema porque Sandra se llevaba muy bien con sus hermanos. Pero ella pensaba que desde que se habían cambiado de casa Sandra estaba muy protestona porque quería estar siempre en casa de su amiga Julia (*amiga del instituto anterior*). La madre pensaba que eso no podía ser hasta que ella no se centrara en sus estudios.

Expresó que su padre lo entendía igual que ella y que él no atendía las llamadas de Sandra, solo si se “portaba bien”.

M. “Bueno, si dice o hace lo que él quiera, así es mi ex, si aprueba la llama, si no le va bien o tiene otras cosas ni la llama, ella lo pasa fatal, pero no se lo dice”.

La madre describía un relato a veces contradictorio y desordenado. Parecía una mujer muy inestable, tanto afectivamente como a nivel relacional, vivió en distintos lugares, tuvo distintas parejas sentimentales y por periodos delegaba en las abuelas para el cuidado de Sandra. Era muy disciplinaria y controladora de los hijos, castigaba mucho como única medida de poder criar a sus hijos.

La ansiedad crónica de Sandra e hipervigilancia de sus amigos era la única manera de poder organizar su vida con padres tan impredecibles. Sandra no sabía por dónde le iba a salir su padre ni su madre. En la entrada en la adolescencia se activaron intensamente sus emociones ansiógenas y su regulación a través de los cortes.

Sandra fantaseaba su futuro de acuerdo a su pasado. Así hace la entrada en su adolescencia.

**Entrevista con el padre.** El padre asistió una sola vez a sesión por petición de Sandra. Anteriormente, yo hablé por teléfono con él y expresó que no había pedido consulta, que era cosa de su ex mujer y él consideraba que Sandra era una niña totalmente normal, muy inteligente, muy manipuladora y que él no iba a entrar en su manipulación.

Al insistir Sandra él vino. Vestido de uniforme, trabajaba en las fuerzas de seguridad del estado y vino con su arma reglamentaria. Antes de sentarse en el sillón, depositó sobre una mesita que está al lado del asiento la pistola. (*Pensé si sería su modo de encuentro con el otro, mostrando una amenaza de poder*).

Él pudo contar el relato como la madre, en el mismo orden, pero insistió que él no podía ayudar a Sandra, porque ella no le contaba nada. No sabe de ella porque ella no le dice nada.

Solo cuando alguna vez Sandra iba a su casa y él le preguntaba la lección, si él consideraba que no se la sabía no la permitía salir.

P. “Sin esfuerzo no va a conseguir nada, y no es la única niña del mundo que se han separado sus padres. Esto es algo de su adolescencia, no creo que sea para más, cuanto más caso la hagamos creo que es peor. Al final todos estamos a su alrededor, que es lo que ella desea, no admite que yo tenga pareja, y por eso creo está llamando la atención”.

Él dijo que era su madre la que había pedido consulta y que él no iba a asistir a sesión, que era problema de la hija, no creía necesario que él tuviera que venir a sesión.

El padre era muy hostil en el modo de hablar, y aunque escuchó lo que le intente significar que podría estar ocurriendo, negaba todo.

Desde el principio pensé que era un hombre con poca capacidad de comprensión en ver las necesidades de los demás y por tanto tenía gran dificultad en la regulación de las mismas, pensé por supuesto que se debería a su propia problemática, la cual habría dificultado su capacidad como padre y esto derivaba a veces en actitudes muy crueles y desconsideradas hacia los demás.

Nunca asistió, aunque era conocedor de que su hija acudía a psicoterapia, no pude trabajar con él en sesión, solo con Sandra y su madre.

### **Reflexiones de la terapeuta tras las primeras entrevistas con los padres:**

Las primeras sesiones eran monólogos, mediante los que me bloqueaba a mí. La madre era agresiva, arrogante, no hacía contacto humano, yo me llegaba a sentir controlada, excluida, maltratada y un poco enfadada.

- Déficit en la valoración de la persona que era Sandra.
- Déficit narcisista importante.
- Sandra era la responsable de sus estados. Ellos, tanto el padre como la madre, la culpaban.
- Corroboraba mi pensamiento de que existía un apego muy desorganizado.
- Sandra relataba que el modelo interpersonal provisto por sus padres era que ella era responsable de las tristezas y ansiedades de ellos.
- La madre retraumatizaba al pedir ayuda, a veces la reconfortaba (pensé que las dos eran víctimas de algún peligro oculto externo).
- Los dos padres coincidían en sus preocupaciones sobre el rendimiento escolar, significando los cortes como un modo de manipulación y control hacia ellos.
- Existía un déficit en la capacidad de regular la emocionalidad de Sandra, no había tolerancia hacia su malestar sino riña y rechazo, no podían reconocer ni por ello entonar con los estados emocionales de Sandra.
- Desde el principio, estos padres manifestaban una negación ante el trastorno psicopatológico manifiesto “*es una manipuladora, no creo que sea nada grave*”, Sandra se identificaba con lo que decían y sentían estos padres.
- Siempre parece que existió un déficit en la capacidad de estar comprometidos y disponibles a las necesidades de Sandra.

### **Reflexiones de la terapeuta a medida que avanzábamos en el proceso psicoterapéutico con Sandra**

Sandra me fue contando su andadura vital, de cambios y rupturas continuas y me pude ir haciendo idea de la gran dificultad que habían debido tener estos padres para poder atender o cuidar las necesidades de Sandra. Pensé que el psiquismo de Sandra y todos los apegos tan desbaratados no habrían podido crear un clima de seguridad y confianza en sí misma ni en los otros.

Y había gran dificultad en su capacidad de entender qué pasaba en su mente, así como en la de los otros.

S. “No sé..., no sé... ¿por qué este estado?”.

Cuando Sandra se sentía asustada, acudía a su madre, pero a la vez esta respondía muy agresivamente, sin poder regular sus estados. De este modo Sandra comienza a tener miedo a sus propios estados internos; si se sentía asustada, ansiosa, necesitaba aún más a su figura de apego, su madre en este caso. Al no poder esta responder adecuadamente, Sandra quedaba retraumatizada, ya que el apego se activa especialmente en momentos de necesidad (Lecannelier, 2009).

A medida que avanzábamos en el proceso psicoterapéutico, pudimos ir descubriendo que las secuencias en sus relatos eran:

- Recuerdos de estar asustada (sí mismo como víctima).
- Recuerdos de ser la causa del miedo y desamparo del otro (“mi madre se enfada mucho porque causo problemitas”).
- Recuerdos de ser reconfortante para los padres (“cuando no lloro y soy fuerte, mi madre se calma y eso me tranquiliza, ¡jo! de pequeña siempre la ayudaba en todo, ahora no puedo”).

Su modelo interpersonal era un patrón de apego desorganizado.

Con las primeras entrevistas, y a medida que avanzábamos en el proceso psicoterapéutico, pensé que para Sandra, probablemente, los fallos en esta función de regulación emocional condujeron a búsquedas desesperadas de vías alternativas de contención de pensamientos y de intensos sentimientos. Sandra, al no poder contar con el consuelo y regulación de sus ansiedades, en el momento presente como adolescente (cambio de amigos, colegio, desatención de su padre...), su mente estaba encontrando una solución muy patológica, incluyendo el tomar las mentes de su madre, abuela, padre, con sus aspectos distorsionados, ausentes y negativos acerca de Sandra, como parte del propio sentido de identidad (“*Soy manipuladora/inestable/local depresiva/vagal/rechoncha/fea*”), lo que a la vez la desregulaba enormemente.

En la adolescencia, estaba haciendo una crisis cuando la demanda externa de separarse era mayor: salir con amigos, tema sexual... Es en estos momentos cuando comienzan sus conductas autodestructivas, como única solución, a través de la destrucción del otro dentro del self.

Su violencia hacia su cuerpo era la manera de controlar sus estados mentales.

En sesiones posteriores fuimos hablando de sus amigos-as, de la confusión en su identidad sexual. Toda la inseguridad, incertidumbre, propia de la adolescencia activó en ella muchas ansiedades imposibles de regular de otro modo que cortándose.

Un día, trabajando en sesión, Sandra me contó que le gustaba mucho dibujar, le pedí si podía hacer un dibujo libre.

Pudimos utilizar el procedimiento de hacer dibujos para ir dando sentido a su historia.

Este procedimiento me sirvió para evaluar el impacto que determinadas condiciones de riesgo o trauma habían tenido en la representación mental de Sandra. Desde el inicio pude inferir la experiencia “organizada” en su mente y que inevitablemente Sandra reflejaba en su comportamiento.

En los dibujos aparecían situaciones de violencia, las representaciones que dibujaba y proyectaba manifestaban lo asustadiza y caótica que ella se sentía internamente.

Había desintegración de los componentes de la familia. Había dibujos en los que plasmaba el terror a sus propios estados internos, y cómo se veía a sí misma, la representación del self era caótica y desintegrada.

Sandra parecía sentirse inundada por estados mentales relacionados con “el apego”, con el “sí mismo”. El apego aparecía desorganizado y caótico, y una representación de sí misma que era de auténtico terror, tal y como ella se sentía, en cualquier manifestación emocional. Todos sus temas eran violencia, pérdida, culpas de sus propios estados internos, donde seres que la tienen que proteger desorganizan su comportamiento. Si centramos la atención en la regulación emocional, la madre de Sandra, e igualmente el padre, no parece que pudieran sintonizar con el estado emocional de su hija, generando una desregulación emocional importante, que requirió una reparación interactiva en Sandra para restablecer el equilibrio, mediante sus cortes, creando a la vez en Sandra una subjetividad de los otros como no fiables.

Ella regulaba a veces cuidando ella a su madre, o recientemente, escapando de la situación mental, cortándose, para desactivar un contenido mental indeseable de “soy mala”.

Como todas las capacidades del niño, la regulación afectiva y el tono de sus emociones dependerán en gran medida de la capacidad materna o de la figura de apego para el reconocimiento del estado afectivo. Es una dimensión muy compleja de la interacción.

La madre de Sandra también contaba con sus propias emociones y proyecciones. Cada vez que Sandra se sentía ansiosa o con displacer, parece que ante tal manifestación la madre debía conectar inconscientemente con sus angustias de joven y el desamparo que vivenció de su propia madre (abuela de Sandra), provocando una disociación y el no estar siempre dispuesta emocionalmente con la respuesta adecuada.



## Hipótesis Diagnóstica

Con todo el material recogido en las primeras entrevistas con Sandra y sus padres pensé que esta muchacha entraba en su adolescencia con una organización psíquica muy desorganizada. Existía un trastorno del apego desorganizado, así como un trastorno de la regulación emocional. A partir de esto, el núcleo de la patología no era solo lo más sintomático, no eran los cortes, sino el resto de síntomas. Desregulación afectiva en lo interpersonal generando una difusión de la identidad y falta de un sentimiento coherente e integrado del self y de los otros. Ante las conductas suicidas decidí primero hacerle explícito a Sandra el riesgo del corte, en sesiones iniciales pudimos analizar el patrón que se repetía: cortes graves/hospital. Desde el inicio intenté manifestarle que parecía existir una motivación relacionada con cómo podría ser el sentirse cuidada, escuchada.

## Abordaje psicoterapéutico

El abordaje terapéutico de este caso se estableció de la siguiente manera: Al principio, como la madre no estaba fácilmente disponible y consideré de urgencia regular a Sandra por el manejo a través de sus cortes, hice dos sesiones a la semana solo con Sandra. A los nueve meses de tratamiento la madre empezó a poder incorporarse a sesión. Respeté desde la incorporación de la madre a tratamiento las dos sesiones semanales de Sandra, sin quitarle ni su tiempo ni su espacio terapéutico, por ello, se estableció de la siguiente manera: habría dos semanas al mes (la madre venía cada dos semanas) que tendríamos, la primera semana dos sesiones Sandra sola y una sesión vincular madre-hija, y a la siguiente semana dos sesiones Sandra sola y una sesión con la madre sola.

Desde el principio, con Sandra me planteé que lo más acuciante en esta joven no era la “necesidad de”, o el “deseo de”, sino la vivencia de seguridad, haciendo así un especial reclamo de la empatía. Ello suponía que debía estar preparada para responder a una necesidad actual (la empatía) y a la vez preparar un ambiente que respondiera a una expectativa (seguridad), con el fin de evitar que Sandra se viera expuesta a una vivencia que, dada su subjetividad, se convirtiera en un impacto traumático intolerable. Intenté que el contexto de tratamiento sirviera sobre todo para evitar la repetición transferencial de situaciones emocionales traumáticas.

Por todo ello, mi preocupación inicial fue conseguir un ambiente donde ella se sintiera a gusto, respetada, y pudiéramos empezar a trabajar en el sentido de facilitar una alianza terapéutica. Poco a poco se fue estableciendo una relación donde había una gran sensación de comodidad, ella venía a gusto a sus sesiones, y mi sensación también era muy grata.

En sesión, no reinterpretábamos el pasado, sino más bien íbamos reactualizando lo que traía a la conciencia, sus modos de proceder en el contexto terapéutico. Me centré en el aquí y ahora, más que en el pasado.

El inicio, durante meses, fue la facilitación de expresión y regulación de sus afectos, para ir preparando un camino a explorar más complejo más adelante.

Su necesidad de apego y de ser reconocida, escuchada, respetada, parecía estar relacionada con una falta de sensibilidad parental hacia ella, así como en sus vínculos significativos.

En la conducta de sus padres nunca existió un gran interés en conocer su realidad, ni en atender sus necesidades y no pudieron regular las emociones de ella siendo niña.

Sandra vivió una madre que estaba siempre ansiosa, a veces deprimida. La madre no podía reconocerla a ella en sus necesidades y aunque la madre describía que siempre había estado cerca de su hija, no era real, ya que ella misma atribuía capacidades madurativas y adultas a Sandra que obviamente no podía tener a sus cinco o seis años. Más bien, yo pensé que esta representación de “niña adulta”, se correspondía a un comportamiento de descuido en donde la madre se había sentido desbordada y reguló pensando que Sandra no necesitaba tanto, era madura.

M. “Como era muy madura me ayudaba con sus hermanos, siempre me animaba en mis rupturas y hemos hablado mucho de mis relaciones, te podría decir que es casi como una amiga, pero últimamente no sé qué le ocurre, es como si hubiera perdido toda su madurez”.

En momentos de estrés de Sandra, la madre desconectaba sin dar importancia o negándola. Evita a su hija con que tiene mil cosas que atender. En definitiva, pensé que este comportamiento pudiera tener un fin adaptativo para la madre de intentar mantener un frágil control sobre su conducta y su mente. Es como que la madre

no puede pensar en los momentos que debería proteger y atender. Este comportamiento pudo generar en Sandra una desconexión de sus estados internos, para reconfortar a su madre haciéndose responsable del estado de sus padres, que parece no podían cuidar de ella.

S. “Es mi culpa, siempre mal por mi culpa”.

La madre era a veces afectiva pero muy severa en los castigos, debido a la frustración que experimentaba, demandando mucho a Sandra como control. Pudimos ir trabajando cómo siempre quería someterla a sus deseos igual que parece ocurría con sus parejas y a partir de sus seis años se invirtió el rol, ella cuidaba de su madre, negando a veces su malestar para cuidar a su madre como único vínculo de referencia, ya que su padre marchó.

El apego inseguro perpetúa modelos negativos acerca de sí mismo en relación a otros, congruentes con experiencias depresivas, las cuales implican estilos narrativos negativos, sentimientos de vacío, autorreproches, sentimientos de culpa (Solomon y George, 1999). Así era el relato de Sandra.

S. “Sé que todo lo hago mal, soy muy torpe, siempre doy problemitas”.

Debido al afecto deprimido, Sandra relató en alguna de sus sesiones que había momentos en los que se sentía molesta como si fuera una carga, también con sus amigos, que ya no podía más. Eso era un estado insoportable para ella y se traducía en que Sandra tenía episodios en que parecía no querer molestar a su madre y lo que hacía era invertir su rol, para no perder a su madre la cuidaba ella, cuidaba de sus hermanos, pero una vez más no se atendía su necesidad. En sus vivencias recientes con su cambio de casa y de instituto, además de su entrada en la adolescencia, se le hacía insoportable y para no molestar se autocalmaba con los cortes. Al acudir a su madre, esta reaccionaba con enfado. En consulta estaba pendiente de mí permanentemente, más que de ella.

Al principio en las sesiones conmigo, a nivel relacional, siempre existía en ella un sentimiento de desconfianza, vergüenza o temor a que yo no la creyera o pensara que estaba loca.

La confianza fue emergiendo a lo largo del proceso.

Desde el inicio se intentó que pudiera conectar con que los cortes parecían una manera de autogestionar sus intensos sentimientos de malestar. Y parecía tener autoeficacia, le hacían sentir que podía controlar de algún modo los encuentros externos a la vez que controlar sus estados mentales.

T. “Parece difícil expresar lo que sientes y quizás, Sandra, en el anhelo de ser escuchada y cuidada, te era más fácil retirarte de tu fantasía de volver a recibir la humillación y el abandono y en esos momentos te cortabas”.

Y también se trabajó constantemente el foco dual entre el mundo interno y la vida externa. Ayudándole a tolerar emociones negativas, agresión, angustia, culpas... Reflexionamos juntas sobre cómo contener afectos tormentosos que la llevaban a la actuación destructiva.

A medida que iba dando sentido a sus acciones, se iba regulando y aumentaba la capacidad de reflexión. A la vez pudimos ir trabajando a lo largo de todo el proceso cómo parte de su experiencia pertenecía a la otra persona, y otra parte a ella misma.

En cuanto a las motivaciones que se activaban en el psiquismo de Sandra y desencadenaban sus síntomas, la ansiedad más importante de Sandra era el abandono.

S. “Si no soy fuerte mi madre está triste y se aleja”.

Al cortarse estaba ahí, con ella.

Al ir significando y pudiendo mentalizar sobre sus estados internos se empezó a poder relacionar de otro modo con su madre, y la madre empezó a quejarse de ese cambio. Ello la trajo a consulta y se pudo incorporar al tratamiento.

La madre se incorporó al tratamiento a los nueve, casi diez meses de tratamiento, cuando Sandra empezó a distanciarse de su madre sin culpa y compartía con una amiga sus emociones, dudas, temores, e incertidumbres propias de la adolescencia.

En los encuentros con la madre y Sandra pude observar cómo interaccionaban y que acontecía en la relación.

En las sesiones con la madre intenté significar el sentido de lo que se observó y trabajó en la sesión vincular, así como pudimos significar comportamientos tanto manifiestos como no manifiestos, facilitando los elementos necesarios para su regulación y que ella pudiera intervenir con su hija a medida que lo iba comprendiendo.

En sesiones con la madre pude evaluar y presenciar la distancia afectiva, aniquilante e implacable ante las emociones de ansiedad de Sandra.

En sesiones vinculares, si Sandra lloraba, ella decía:

M. “Pero, bueno, no es para tanto Sandra, por dios hija, para ya..., tienes que ser más fuerte hija, con más coraje. -Me miraba a mí y me decía-: “yo la digo que cambie su actitud, en la vida hay que ser fuerte”.

Pensé ¿por qué fuerte, por qué esta madre se debe sentir tan vulnerable ante las inquietudes de su hija?

A medida que pude empezar a trabajar en sesión con la madre y trabajamos la subjetividad de Sandra, empezó a emerger la suya propia. Empezó a comprender que lo que sentía su hija era muy similar a lo que ella vivió de pequeña. Esto permitió adentrarnos en su subjetividad, e intentar que contactara con ella misma, la relación consigo misma y con otros vínculos.

Intenté que pudiera procesar cómo en su “ideal” de mujer “tengo que ser fuerte” ella se veía a sí misma y a pesar de hacer como “no pasa nada, es adolescente”, quizás tuviera un componente adaptativo para ella, de intentar mantener un frágil control sobre su conducta y su mente, es como que la madre no puede pensar en momentos que debería proteger.

T. “Esto hizo que Sandra se inhibiera afectivamente sin decir nada, olvidándose de ella para cuidar o ser responsable de ti, que no podías responsabilizarte de ella”.

A Sandra la “culpa” la perseguía, generando una desregulación emocional importante, que dificultaba más en su tarea de regularse. Todo esto se trabajó con mucho respeto y cuidado de modo que la madre no se sintiera culpabilizada por mi parte, cada vez que hablábamos de este tema, *ella* decía:

M. “Ahora creo que lo he hecho mal, soy muy torpe”.

T. “No lo has hecho mal. Lo que parece que ha ocurrido es que tú también has debido de estar muy sola e indefensa en tu infancia, además de exigida, pero te exigías tanto o igual que tu hija, llegando a desconectar y sin pedir o esperar nada de los otros”.

Ella empezó a comprender que el ser “fuerte” no era otra cosa que no ser nadie. Pero que es lo que vio en su madre también, la abuela de Sandra.

M. “Me exijo poder con todo y me doy cuenta ahora que desatiendo a mis hijos y a mí misma, a veces. A lo mejor por eso me irrito, porque no puedo con todo y me frustró conmigo misma. ¡Madre mía!, pobre hija... ahora empiezo a entender (*Llora*)”.

Intentamos trabajar para que diferenciara lo suyo, sus necesidades, de las del otro, porque ella no diferenciaba esto. Lo suyo era del otro, no había límites.

Durante gran parte de la terapia ella empezó a comprender que el “abuso”, “la negligencia parental”, para su forma de “estar con” era un componente del apego, que en ella se había estructurado en forma de memoria procedimental. Lo que para nosotros sería “negligencia” para ella era su única modalidad conocida de “apego”.

Con tal de recibir afecto ella se exigía tener que poder con todo, renunciando a ella misma, atendiendo a sus parejas, que abusaban de ella sin tenerla en cuenta. Poco a poco empieza a ser consciente de que en busca de su afecto ha desatendido a sus hijos... y a ella misma. A medida que iba elaborando todo esto pudo empezar a escuchar a Sandra, y a sus otros hijos.

Trabajamos el sentirse negada con su madre, y cómo ella era negligente con Sandra, desconectaba en momentos de estrés de Sandra.

Su pasado era activado y proyectaba en Sandra ese “hay que ser fuerte, acostumbrarse”.

Reconoció que ella era implacable en sus castigos, pero quizás debido a su propia frustración, demandaba demasiado a su hija, cada momento en que Sandra necesitaba provocaba en ella un desbordamiento que solo podía contener y regular desatendiendo las necesidades de su hija. Este modo de proceder le servía a ella de regulación.

## Momentos presentes de tratamiento

Este trabajo ha ido permitiendo que la madre de Sandra no se quedara atrapada en sus exigencias y así ver cómo son los otros reales. Parece que recientemente empieza a buscar trabajo, con la idea de poder ser dueña de su vida.

El ir comprendiendo sus necesidades y las de Sandra va favoreciendo el vínculo de Sandra con su madre.

Actualmente, se está trabajando para que recupere vínculos sanos, como antiguas amigas-os, y ayudarla a que pueda lograr un nuevo proyecto vital con más autonomía.

Sandra no ha vuelto a regularse aniquilándose a sí misma, ahora expresa a su madre su malestar y ella puede responder de modo diferente.

Puede expresar el porqué quiere salir con sus amigas, sin sentir “no cuidó a mi madre”, sin culpas...

### Conclusiones

Desde el Enfoque Modular Transformacional, a nivel de técnica y acción terapéutica, siempre desde una técnica activa y participativa, y por supuesto desde la escucha psicoanalítica, este modelo propone diversidad de intervenciones que no se reducirá únicamente a la comprensión de un sentido oculto (Dio Bleichmar, 2005). La psicopatología se deconstruirá en indagar los estados de los vínculos de apego, la representación del sí mismo, los mecanismos de la regulación emocional, las formas o modos de placer sensual/sexual, cuáles están más dañados, cuáles se activan y cuáles se han desactivado por algún motivo. En clínica infanto-juvenil, el incorporar al adulto como pieza clave del desarrollo e investigar las capacidades de la parentalización, nos permite indagar en la complejidad del psiquismo de un modo muy clarificador a la hora de dar sentido al sufrimiento del paciente en cuestión.

Pero a veces nos podemos encontrar que no siempre podemos trabajar como desearíamos, con padres y adolescentes, de un modo continuo.... A veces nos podemos encontrar en la clínica infanto-juvenil con padres que no están capacitados para llegar y sentarse a reflexionar e ir mentalizando sobre los estados internos de los hijos. Hay que reflexionar que si la madre o padre en cuestión se resiste, tal vez esté regulando de ese modo algún dolor oculto... Los padres desorganizados podrían verse enormemente perjudicados con terapias excesivamente elaborativas e interpretativas, generando más confusión y desorganización ya que utilizaríamos una herramienta que ellos aún no tienen. En estas situaciones, como el caso presentado, es importante crear un ambiente de respeto y seguridad y solo cuando el paciente se sienta seguro y se haya creado un vínculo de apego podremos intentar usar la transferencia e ir analizando.

En palabras de Fonagy, la psicoterapia debe fortalecer la “afectividad mentalizada”. Fonagy (2005) se refiere a cómo la “regulación afectiva” es transformada por la mentalización. Es pensar y sentir simultáneamente afectos, incluyendo a los padres, sin condenarlos como causantes del sufrimiento del hijo. Desde este modo de intervención el paciente sería la relación parento-filial, con especial atención al niño/a o adolescente en cuestión.

Considerando la psicoterapia como una relación de apego, se puede ir facilitando la capacidad reflexiva, al poder crear un vínculo de apego seguro tanto para los padres como para los hijos, de tal modo que ellos puedan explorar sus estados internos mentales, sin experimentar el vacío y la desorganización. Hay teóricos del apego que consideran que un terapeuta sensible y responsivo marcará y reflejará de un modo explícito e implícito las activaciones y actitudes del paciente con un alto nivel de contingencia, fomentando el desarrollo de la capacidad mentalizadora en el paciente, para que aprenda que él es un ser mental.

### Referencias

- Bateman y Fonagy, P. (2005). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford, Reino Unido: University Press.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona, España: Paidós.
- Casas Dorado, A. (2012, Abril). Autoorganización psíquica desde la teoría del apego y el psicoanálisis: un enfoque psicoterapéutico en clínica infantil. *Aperturas Psicoanalíticas*, 40. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=735&a=Autoorganizacion-psiquica-desde-la-teoria-del-apego-y-el-psicoanalisis--un-enfoque-psicoterapeutico-en-clinica-infantil-Presentacion-de-un-caso-clinico>
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona, España: Paidós
- Doctors, S. (2007, Diciembre). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la Adolescencia. *Aperturas Psicoanalíticas*, 27. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=60&a=Avan>

- ces-en-la-comprension-y-tratamiento-de-la-autolesion-en-la-adolescencia
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinic and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of psychoanalysis*, 72, 1-18.
- Fonagy, P. (2000, Abril). Apegos patológicos y acción terapéutica: hacia modelos integradores. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=104&a=Apegos-patologicos-y-accion-terapeutica>
- Fonagy, P. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.
- Fonagy, P. y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-80
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of self*. New York, Estados Unidos: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. y Target, M. (1995). *Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development*. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.) *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. (pp. 233-278). Hillsdale, N.J., Estados Unidos: Analytic Press.
- Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., Target, M. y Gergely, G. (2000). Attachment and Borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103-122.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad*. Santiago, Chile: Editorial LOM.
- Mitchell, S. (2000). *Relacionality From Attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Solomon, J. y George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. En J. Solomon y C. George. (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp 3-32). New York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Sroufe, L. (1996). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York, Estados Unidos: Cambridge University Press.

Artículo recibido: 15/09/2016  
Revisión recibida: 01/10/2016  
Artículo aceptado: 06/10/2016