Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Cortes para calmar la mente: Experiencias traumáticas tempranas y la regulación emocional adolescente. Un análisis desde la práctica clínica.

Maria Victoria Diaz
CI. 5.050.700-8
Montevideo, Uruguay. Julio 2025

Trabajo final de grado: Articulación teórico-clínica
Tutora: Prof. Adj. Mag. Alejandra Arias
Revisora: Prof.Mag. Silvana Contino

Índice

Resumen. **3**
1.Introducción **4**
2. Contextualización de la práctica **4**
2.1 Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (PPRSS) 4
2.2 Unidad Auxiliar de Salud Mental (UASM). 5
2.3 Presentación de la viñeta clínica 7
3.Objetivos **8**
4.Líneas de análisis **9**
5.Análisis de la implicación **10**
6. Marco Teórico **11**
6.1 La adolescencia etapa de cambios 11
6.1.1 Qué nos dicen las conductas de riesgo en la adolescencia 14
6.2 Regulación emocional en el desarrollo adolescente. 15
6.3 El papel del trauma y su afectación en la capacidad mentalizante 17
7. Articulación teórico-clínica **20**
8. Reflexiones finales **28**
9. Referencias **31**

Resumen.

En el presente trabajo final de grado se pretende realizar una articulación teórico-clínica sustentada en el análisis de un caso clínico abordado en la experiencia del Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud en Convenio con la Facultad de Psicología y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). La experiencia se desarrolla en la Unidad de Salud Mental (UASM) de un hospital del interior del país. El objetivo de la producción académica es analizar cómo las experiencias traumáticas tempranas afectan la regulación emocional en la adolescencia mediante la presentación de un caso clínico de un adolescente con comportamiento autolesivo. Para ello, se elaboró un marco teórico sobre la adolescencia desde diferentes aportes disciplinares, el papel de las conductas de riesgo, la regulación emocional en el desarrollo adolescente, el trauma y su afectación en la capacidad mentalizante. El análisis realizado permitió evidenciar cómo las experiencias tempranas de violencia y las disfunciones parentales inciden en la manifestación de comportamientos autolesivos en la adolescencia. Las reflexiones finales permiten concluir la relevancia de la práctica basada en la evidencia para lograr tratamientos efectivos en salud mental; la importancia del espacio psicológico para facilitar la mentalización en el abordaje de experiencias traumáticas en edades tempranas; la adquisición de conocimientos técnicos profesionales mediante aprendizajes significativos durante la formación universitaria; y la necesidad de implementar intervenciones psicológicas orientadas a la prevención y promoción de la salud mental, con el fin de contribuir al bienestar de la infancia y la adolescencia.

1.Introducción

La presente producción académica es el trabajo final de grado (TFG) de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República. La modalidad elegida es la articulación teórico-clínica. Este tipo de modalidad de TFG permite el diálogo entre la teoría y la experiencia situada de la práctica psicológica. Para ello, se seleccionó como experiencia clínica el seguimiento psicológico con un adolescente desarrollado en el marco del Programa de Practicantes y Residentes en Psicología en Servicios de Salud en donde fui practicante entre febrero de 2024 a febrero de 2025.

El objetivo de la articulación es analizar la relación entre las experiencias traumáticas tempranas y la regulación emocional en adolescentes, explorando su manifestación en conductas de riesgo autolesivas mediante la situación clínica escogida.

El TFG parte de una contextualización de la práctica, la descripción de la línea de análisis seleccionada, el análisis de la implicación, la presentación del marco teórico referencial que sustentara la articulación teórico-clínica y finalmente se presentarán reflexiones finales.

2. Contextualización de la práctica

2.1 Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (PPRSS)

El PPRSS surge del convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar) en el año 2009. El mismo tiene por objetivos:

1) capacitar a profesionales en el sector salud, especialmente psicólogos que se alineen a los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud.
2) la generación de conocimientos psicológicos en el sector salud que propicien la mejora en la calidad de vida de las personas. (ASSE y Facultad de Psicología, 2009).

Actualmente, el Programa cuenta con 36 plazas para estudiantes avanzados de la licenciatura en psicología (practicantes) y 19 plazas para licenciados en psicología noveles con un máximo de 3 años de egreso (residentes). Estos se insertan en distintos servicios de salud del Uruguay, pudiendo participar de los distintos niveles de atención, ya sea,

policlínica barriales, centros de salud, hospitales generales y monovalentes, dispositivos de rehabilitación, entre otros. Se aspira que con la experiencia los practicantes y residentes obtengan un aprendizaje significativo alineado al cambio de modelo de atención que propuso la reforma del sistema de salud en el 2008 (Giménez, 2021).

Las referencias académicas y técnicas para los practicantes son: el equipo docente que desarrolla la coordinación académica del Programa y referentes técnicos en el servicio de ASSE, los que son licenciados en psicología. Esta última figura acompaña y orienta al practicante en el servicio, integrándolo a las líneas de trabajo llevadas a cabo y en las cuales este puede participar (Giménez, 2021).

El estudiante debe cumplir un total de 40 horas semanales, las que se dividen en 25 horas semanales en el servicio y 15 horas de formación académica.

Tanto los practicantes como los residentes reciben una remuneración económica por parte de ASSE (ASSE y Facultad de Psicología, 2009).

2.2 Unidad Auxiliar de Salud Mental (UASM).

Mi práctica se desarrolló en la Unidad Auxiliar de Salud Mental “Julio Volonte” (UASM) en la ciudad de San Carlos del departamento de Maldonado, en el periodo comprendido entre el 1º de Febrero de 2024 al 1º de Febrero del 2025. La UASM es un centro de referencia para los usuarios de ASSE de San Carlos y se encuentra en el Hospital Florencio Alvariza en un edificio independiente de este.

La atención es exclusivamente en salud mental. Para ello, cuenta con una Policlínica y Hospital de Dia (HD) ubicados en la planta baja y con una sala de internación psiquiátrica en planta alta. Es un servicio de segundo y tercer nivel de atención en salud. En la Policlínica se interviene desde el segundo nivel de atención, realizando un abordaje integral de la salud, brindando atención psicológica y psiquiátrica en hospitalizaciones breves, crónicas y/o ambulatorias. En este nivel se busca satisfacer las necesidades de escasa, media o alta complejidad. (Ley N° 18.211, 2007). La sala de internación psiquiátrica es un dispositivo de tercer nivel, en donde se brinda atención a problemáticas complejas con tecnología especializada. Está dirigida a pacientes con cuadros agudos de su enfermedad crónica, pacientes en periodo de desintoxicación por consumo de sustancias e intentos de autoeliminación (IAE).

Es de señalar que la UASM fue renovada en 2018. Se le realizó una modificación y ampliación edilicia, incorporando sectores individuales en sala de internación, nuevas salas

de atención y el HD (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2018). Estas reformas físicas se realizaron en consonancia al cambio de modelo de atención a la salud mental que promueve la Ley N° 19.529 (2017). Su finalidad fue la articulación e interrelación entre los distintos servicios de salud y dispositivos comunitarios, propiciando el trabajo en red (ASSE, 2018).

A partir de ello, se crearon nuevos dispositivos de atención ambulatoria coordinados por un equipo interdisciplinario en el primer nivel de atención; se fortalece el dispositivo de rehabilitación de corta y mediana estadía en la Casa de Medio Camino de San Carlos. Este dispositivo está destinado para personas con trastornos mentales graves que han pasado por hospitalizaciones largas, acompañándolos en la reinserción gradual a la vida social, apoyando la desinstitucionalización (MSP, 2019, p.3).

El equipo de salud de la UASM es interdisciplinario y está conformado por

- 4 licenciados en psicología en Policlínica
- 2 licenciados en psicología en sala de internación psiquiátrica
- 2 licenciadas en trabajo social
- 1 administrativa
- 3 doctores en psiquiatría
- 1 residente en psiquiatría
- 1 residente en psicología
- 1 practicante en psicologia
- 1 licenciada en enfermeria
- 1 operadora en adicciones en sala de internación psiquiátrica
- Auxiliares de servicio

Las líneas de acción desarrolladas en la policlínica de salud mental son;

- Comité de Recepción de situaciones vitales estresantes
- Comité de Recepción Psiquiatra Infantil
- Psicodiagnósticos
- Grupos terapéuticos
- Seguimiento del paciente al alta de internación
- Procesos psicoterapéuticos
- Talleres con usuarios de la Casa de Medio Camino

Si bien en calidad de practicante, me integre a las distintas líneas de intervención en

la UASM y en las propuestas de la Casa de Medio Camino, a efectos del objetivo del TFG voy a centrarme en el seguimiento de pacientes dados de alta de la sala de internación psiquiátrica por Intento de Autoeliminación (IAE). Este seguimiento tiene como objetivo asegurar la continuidad asistencial del usuario, al acompañarlo en su tratamiento farmacológico. Se brinda atención psicológica, y se fortalece el vínculo con el servicio, así como la alianza terapéutica, lo que puede prevenir posibles recaídas.

Las acciones se orientan por el Protocolo de Atención y Seguimiento de IAE (2017). En este se establece que dada el alta de internación al paciente, este debe recibir atención ambulatoria por parte de un equipo especializado en Salud Mental sin exceder los siete días. Asimismo, se debe organizar un seguimiento con psicólogo y psiquiatra con un mínimo de seis meses.

2.3 Presentación de la viñeta clínica

El caso clínico que sustentará la articulación teórico-clínica es de un adolescente de 15 años el que llega a puerta de Urgencias acompañado por su hermana mayor por haberse realizado autolesiones.

Con el objetivo de preservar la identidad y confidencialidad del paciente se utilizó un nombre ficticio para la presentación del material clínico y aquella información que pudiera ser sensible al reconocimiento, también se modificó.

Lucas es un adolescente de 15 años que se encuentra cursando tercer grado de secundaria al momento de la intervención. Presenta algunas dificultades en su rendimiento académico según lo relatado por su madre. En cuanto al contexto familiar, Lucas vive con su madre, padrastro y tres hermanas mayores que él. Sus padres están separados desde hace tres años aproximadamente, luego de un episodio de violencia física del padre hacia la madre, lo que ocasiona que el primogénito quede privado de libertad por dos años.

Lucas ingresa a Urgencias del Hospital Florencio Alvariza por cortes realizados en la muñeca y antebrazo, según su hermana, fue él quien se los realizó. En puerta de Urgencias es evaluado por un equipo interdisciplinario, integrado por un Dr Psiquiatra, un Lic. en Psicología y un Lic. en Enfermería, los que valoran su situación como un IAE con alto riesgo para sí mismo. El equipo decide que Lucas quede internado en la Sala Psiquiátrica.
El protocolo de ingreso a Sala establece que el adolescente debe estar acompañado durante todo el transcurso por un referente familiar y/o adulto responsable. El tiempo de internación fue de 10 días, donde recibió tratamiento psicofarmacológico y valoración de evolución, con énfasis en la remisión de las ideas de muerte que motivaron el IAE, por parte

del equipo de salud.

Al otorgarle el alta, en mutuo acuerdo con Lucas y su madre se plantea brindar desde el equipo de psicología de la UASM, un seguimiento al adolescente. Para ello, se definió que el abordaje se realizará en dupla; Lic. en Psicología (referente técnico) y Practicante en Psicologia. Es de señalar que hubo sesiones donde estuve yo sola, pero estas fueron supervisadas por el Referente Técnico antes y después de cada sesión.

En el seguimiento psicológico se priorizo el espacio de escucha y sostén, permitiendo al adolescente mentalizar lo acontecido que motivó las autolesiones. La duración del abordaje fue de seis meses con frecuencia semanal. Hacia el cuarto mes de intervención y valorando el proceso psicológico de Lucas con avances positivos, se acuerda con él y su familia cambiar la frecuencia de atención semanal a quincenal.

3.Objetivos

Objetivo General.

Analizar cómo las experiencias traumáticas tempranas afectan la regulación emocional en la adolescencia mediante el estudio de un caso clínico de un adolescente con comportamiento autolesivo en un contexto sanitario.

Objetivos Específicos.

- Identificar los procesos de desregulación emocional asociados a experiencias traumáticas en adolescentes
- Analizar las conductas de riesgo en relación con la desregulación emocional en adolescentes que han vivenciado experiencias traumáticas.
- Reflexionar sobre la efectividad del seguimiento ambulatorio psicológico en servicios de salud mental de ASSE para adolescentes con trauma temprano y conductas autolesivas en la mejoría de la capacidad de regulación emocional.

4.Líneas de análisis

En mi experiencia como practicante en psicología en la UASM, tuve la oportunidad de participar en distintos abordajes con adolescentes internados por autolesiones. Cabe destacar que la mayoría de los motivos de consulta de estos jóvenes en la UASM están relacionados con ideas de muerte, autolesiones e intentos de autoeliminación, generalmente en contextos de escaso sostén afectivo. Durante la práctica, esta situación fue recurrente, lo que despertó mi interés por esta temática. Además, se me permitió intervenir en un seguimiento ambulatorio con un adolescente que presentaba conductas autolesivas y contaba con acompañamiento y contención familiar. En este caso, a diferencia de otras intervenciones, la presencia de un sostén familiar influyó favorablemente en la continuidad del proceso terapéutico.

En este marco, me propongo analizar **la función de las conductas autolesivas** durante la adolescencia, lo cual implica profundizar en la **etapa adolescente y las conductas de riesgo en este período vita**l.

Por otra parte, es fundamental desarrollar **el papel del trauma en la adolescencia y su afectación en la capacidad mentalizante**. En esta línea, resulta pertinente analizar **la regulación emocional y los diferentes procesos psicológicos que esta implica en el desarrollo adolescente**.

Finalmente, es necesario abordar como eje de análisis **la efectividad del seguimiento ambulatorio psicológico en servicios de salud mental para adolescentes con conductas autolesivas de riesgo, y su impacto en la mejora de la capacidad de regulación emocional**.

Las líneas de análisis seleccionadas me permitirán responder a los objetivos planteados para este Trabajo Final de Grado (TFG).

5.Análisis de la implicación

No es casual que la temática elegida para el TFG sea la adolescencia, ya que es un tema que me interpela desde mi historia, vivencias, sentires del pasado. La etapa adolescencia fue una etapa que marcó mi vida, atravesé diversos cambios en mi estructura y dinámica familiar acompañados de una gran carga interna de responsabilidad. Es por ello que, la adolescencia ha sido una temática de interés a lo largo de mi trayectoria formativa. La experiencia personal me invita a ahondar en el desarrollo de esta etapa y promover desde un rol profesional un espacio de escucha que habilite la elaboración y reflexión del paciente.

La práctica pre profesional en el marco del PPRSS durante el año 2024 significó un gran desafío, siendo el primer contacto con el mundo profesional en centros de salud, y todo lo que ello conlleva; ansiedades, temores, responsabilidades, conflictos internos.

El seguimiento psicológico realizado con Lucas en dupla con mi Referente Técnico, tuvo momentos que desde mi rol de practicante me vi con la responsabilidad de sostener el espacio, debido a que, en algunas circunstancias el técnico no pudo estar presente. Este hecho generaba en mí sensaciones de temor al tener que llevar adelante la intervención.

En reiteradas veces me pregunté ¿Qué de su historia me interpelo que desde el primer momento quise llevar adelante esta intervención? ¿Qué tan implicada estoy?. Al decir de Acevedo (2002) la implicación no se elige, no depende de nosotros; por ello, es necesario analizarla. Fue indispensable pensar en la implicación durante el transcurso de la práctica. Me resultó de gran ayuda el cuaderno de campo. Al escribir identificaba lo que generaba en mí la narrativa de Lucas. Dicho análisis me permitió pensar y descubrir mi mundo interno, los efectos del relato del otro en mi subjetividad.

El diálogo y el análisis de mi implicancia me permitió conocerme y entender que la historia del otro moviliza y conmueve. Es parte del rol profesional identificar las limitaciones internas para mantener un posicionamiento ético. “La idea de la implicación es aquello por lo que nos sentimos adheridos, arraigados a algo, a lo cual no queremos renunciar” (Ardoino, 1997, p.2). La implicación no se vuelve inevitable, siempre va a estar presente, lo esencial es el análisis crítico para no caer en la sobreimplicación. Siendo esta, la incapacidad del sujeto de cuestionar y reflexionar sobre las prácticas realizadas, asumiendo más responsabilidad que la asignada a su rol, provocando un desgaste emocional y/o físico.

Se priorizo en las sesiones con Lucas, proporcionar un espacio donde pudiera resignificar lo vivido, acompañándolo en ese proceso. Nuestro abordaje estuvo centrado en

la singularidad del paciente, comprendiendo su malestar y sentires desde su historia personal.

Por momentos, durante la intervención fue desafiante tolerar el silencio, darle el espacio para pensar y al fin no escuchar relato alguno. En estas ocasiones interrogue mi propio accionar clínico, cuestionando mi posición ética en la intervención. Como expresa Lourau (1991), la implicación aparece al estar en contacto con otros, en esa red de vínculos que implican nuestro accionar. Con el tiempo, se fue construyendo una buena alianza terapéutica lo que propició el diálogo fluido del adolescente en cada sesión, lo que me brindo confianza y seguridad.

Pensar en la etapa adolescencia me moviliza, me hace pensar en los desafíos de acompañar al adolescente en el ámbito clínico. Desde mi rol, estoy convencida de la profesional que aspiro ser, accionando desde la sensibilidad que me caracteriza y que reiteradas veces me cuestione. Es así que logré aprender que dicho valor es indispensable para implicarse y comprometerse en cada situación.

Con el tiempo, logré alojar esa realidad del otro que me había resultado impactante. Intervenir en el servicio de salud conecta con una realidad desconocida, se aprenden a manejar situaciones inimaginables, que no se resuelve con volverse insensible; eso nos deshumanizaria. La práctica pre profesional en el servicio de salud requiere una formación continua, adquirir conocimientos nuevos, conjugando la teoría con la práctica, adaptando los recursos disponibles a un sector de la población vulnerable, lo que invita a repensar las capacidades propias para intervenir desde el sistema de salud. Creo firmemente que las experiencias transitadas quedan grabadas en nosotros, pudiendo reaparecer en algún momento de nuestra trayectoria. Este trabajo muestra el gran camino recorrido que quedó grabado en mi como una huella imborrable.

6. Marco Teórico

6.1 La adolescencia etapa de cambios

El término adolescencia surge como constructo teórico durante la época de la Revolución Industrial en el siglo XVIII. Este concepto está vinculado a los cambios en la estructura de la familia conyugal y al papel del Estado, el que empieza a ocuparse de la preparación de los individuos más jóvenes para el mundo adulto. A mitad del siglo XX se comienzan a reconocer las características propias de la adolescencia como una etapa de gran rebeldía, deseo de autonomía e individualismo (Rojas, 2016).

Autores como Viñar (2009), refieren a la adolescencia como una construcción cultural, social e histórica. En el actual siglo, se comienza a pensar a la adolescencia en términos de pluralidad, debido al abanico de formas posibles en que se puede presentar en cada sujeto, al ser un proceso único y singular (Viñar, 2009; Fernandez y Varela, 2012; Gaete, 2015; Lozano, 2014). El término proviene del latin adolescens, que significa “crecer” (Le Breton, 2014).

Desde una perspectiva psicoanalítica, Urribarri (2015) plantea que, la adolescencia es un proceso psíquico que se inicia con los cambios del cuerpo y la dimensión pulsional. La pubertad, como transformación biológica, activa un procesamiento psíquico de reestructuración. En este sentido, es que se considera a esta etapa como un proceso complejo que va más allá de las transformaciones corporales. El autor destaca tres dimensiones que permiten comprender y organizar el trabajo psicológico que transita el adolescente: La primera refiere el cambio corporal repercute en la psique. Esto quiere decir que, aunque el adolescente anhele los cambios propios de la pubertad, estos escapan de su control, colocándolo en un estado de impotencia al no poder dominarlos. Estos cambios se le imponen al sujeto abruptamente, afectando la autoestima en relación a su cuerpo, los afectos, representaciones, imagen y esquema corporal. El adolescente por momentos no logra distinguir si estos cambios emergen de sí o son impuestos desde afuera. Es así que, aparecen conflictos entre el cuerpo y el psiquismo; una parte del infante que aún persiste, otra que no, el adolescente que se origina y el adulto que aún no es. Desde este lugar, en la adolescencia se atraviesan transformaciones más que crisis, pérdidas y duelos, ya que en este proceso el adolescente no pierde sino que adopta elementos de su infancia. En la segunda, se despierta en los adolescentes una curiosidad acerca de su pasado y el de su familia, armando lazos en su historia, interrogándose sobre los rasgos físicos compartidos. Surge una reestructuración de sus vínculos que dan lugar a una expansión identificatoria. En la tercera, se da una tensión entre la autoridad, el deseo de autonomía, así como el intento de diferenciarse del resto, desidealizando a sus padres y otorgando mayor importancia al grupo de pares.

Sin embargo, otros autores (Winnicott, 1958 citado por Rojas, 2016; Salmeron et al., 2017) van a señalar que a pesar de la presencia relevante del deseo de autonomía e independencia, también se activa la necesidad de crecer acompañado de un otro que sostenga; de ahí la importancia de los padres y de otras figuras adultas significativas en el proceso adolescente. Al decir de Kaes, las vivencias tempranas de apuntalamiento son reactivadas en la adolescencia al necesitar de figuras referentes que acompañan estos cambios (1991, citado por Rojas, 2016). Por lo expresado es que autores como Rojas

(2016) refieren a la posición de vulnerabilidad que tienen los adolescentes debido a la diversidad de cambios que transitan, más aún en contextos desfavorables. Es por ello, que se hace énfasis en el papel del mundo adulto para contribuir al apoyo del proceso que atraviesa el adolescente.

Por otra parte, Gaete (2015) afirma que, en el proceso adolescente se adquiere mayor control y regulación de emociones. No obstante, estas capacidades se vinculan a la maduración de la corteza prefrontal así como al desarrollo de funciones ejecutivas. Siendo estas últimas, las habilidades mentales que habilitan la autorregulación y dirigen la acción hacia distintos fines (Blakemore y Choudhury, 2006). En este marco, la corteza prefrontal se encuentra en periodo de maduración en la adolescencia (Barkley, 2011). La capacidad de planificar, evaluar y comprender las consecuencias de los actos se encuentran en un proceso durante todo el periodo de la adolescencia, incluso hasta la adultez temprana (Blakemore y Choudhury, 2006).
Siendo la impulsividad y la dificultad por momentos de regulación emocional parte de este proceso. Es importante resaltar que, en circunstancias de traumas se afecta el desarrollo de las funciones ejecutivas (De Caro, 2013).

Desde la Psicología del Desarrollo, Piaget, refiere que la adolescencia se caracteriza por ser la etapa de las operaciones formales. De este modo, el adolescente desarrolla el pensamiento abstracto a partir de los 11 años conformándose como tal a los 15 años. En este periodo, se adquiere la capacidad de abstracción, el pensamiento hipotético, la capacidad de razonamiento y análisis. A su vez, este pensamiento le permite realizar comparaciones, obtener conclusiones, deducir y transferir los conocimientos a distintos contextos (citado por Jaramillo y Puga , 2016).

Sumado a ello, con la adquisición de estas capacidades cognitivas el adolescente comienza a tener más conciencia de sí presentando inquietudes acerca de su imagen corporal y del complejo trabajo de construcción de su identidad (Arias, 2013).

Debe adoptar un conjunto de valores y elaborar un proyecto de vida. Esto implica una orientación hacia el futuro (Carcelen & Martinez, 2008 citado por Arias, 2013) lo que desencadena un conflicto interno en el adolescente por hallar su identidad (Arias, 2013). La constitución de su imagen es construida por lo que el otro le devuelve. En otros términos, la imagen se estructura por la percepción del sujeto sobre sí en consonancia a lo que piensen los demás sobre él (Rojas, 2002 citado por Rojas, 2016).

Algunos autores resaltan que no existe un modelo de referencia que describa a todos los adolescentes por igual, la adolescencia no sigue un camino lineal ni homogéneo, incluso puede surgir regresiones y/o interrupciones durante el proceso (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

6.1.1 Qué nos dicen las conductas de riesgo en la adolescencia

Los comportamientos de riesgo en la adolescencia son manifestaciones de la inmadurez característica de esta etapa del desarrollo, donde confluyen el deseo de autonomía, las tensiones con la autoridad y otros cambios psicosociales. Neurológicamente, estos comportamientos se relacionan con la inmadurez de la corteza prefrontal, que favorece la búsqueda de sensaciones inmediatas y la dificultad para evaluar sus consecuencias (Oliva, 2007 citado por Rodriguez, 2022). En la misma línea, Fragola (2009) y Rosabal et al., (2015) plantean que, en este periodo de cambios hay una marcada tendencia a la acción, al pasaje al acto, lo que demuestra la dificultad del adolescente de controlar su impulsividad. Esta situación, genera en él, un sentimiento de displacer que promueve la búsqueda de placer instantáneo; favoreciendo la adopción de conductas de riesgo. Rodriguez (2022) va a señalar al consumo de sustancias, inicio temprano de actividad sexual, conductas agresivas, autolesiones, entre otras, como expresiones de este tipo de conductas. La presencia de las conductas de riesgo en el adolescente genera vulnerabilidad, ya que estas pueden comprometer gravemente su salud; incluso con riesgo de muerte (Salas, 2018; Le Breton, 2014). Según Le Breton (2007 como se citó en Fernandez, 2014), la mayoría de este tipo de conductas surgen en contextos familiares desadaptativos, caracterizados por escasa disponibilidad afectiva, insensibilidad emocional, o en situaciones extremas como el abandono o sobreprotección. Asimismo, el autor afirma que estas pueden representar en el adolescente, un intento de establecer ciertos límites en su vida, al mismo tiempo que las utiliza como estrategias para atenuar su malestar psicológico (2012, citado por Fernandez, 2014).

Como se expresó anteriormente, las autolesiones son conductas de riesgo. Vazquez et al., las define como todo acto realizado intencionalmente sobre el propio cuerpo con el propósito de dañarlo físicamente (2023, p. 206). El inicio de las mismas puede coincidir con la adolescencia temprana prolongandose a lo largo del desarrollo. Estas se realizan en zonas específicas del cuerpo, frecuentemente en el antebrazo y/o en los muslos con materiales afilados. Las autolesiones superficiales, ya sean cortes, quemaduras, se sostienen en función a mecanismos de refuerzo positivo y negativo. Esto supone que, en el refuerzo positivo el sujeto se castiga a sí mismo alcanzando un sentimiento placentero. En su contraste; el refuerzo negativo se presenta a través de la regulación de emociones;

disminución de estados afectivos displacenteros y/o inhibiendo pensamientos de angustia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Le Breton (2017) expresa que, la dolencia física y la sangre funcionan como simbolización del sufrimiento. Vazquez et al., (2023) plantea que el sujeto experimenta un sentimiento de alivio en el momento de la lesión y/o inmediatamente después.

En este sentido, las autolesiones pueden volverse recurrentes y constituir un factor de riesgo para el desencadenamiento de intentos suicidas (Vazquez et al., 2023).

Según el MSP, el intento de autoeliminación (IAE) se define como “todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo, sea este un acto claramente manifestado por la persona y/o como resultante del diagnóstico del profesional de salud” (2016, p.1).

Jans et al., (2018) resalta que, es un comportamiento con gran impacto autolesivo, vinculado a una posible voluntad de terminar con la existencia. Vazquez et al., (2023) señalan que esta problemática se intensifica, en presencia de abusos, maltratos, traumas, conflictos intrafamiliares, entre otros, ya que alteran la capacidad de expresión de emociones, el control de la impulsividad y el manejo de la frustración.

6.2 Regulación emocional en el desarrollo adolescente.

En este capítulo se profundizará en lo previamente expuesto sobre la regulación emocional, tomando de referencia dos modelos que permiten comprender el desarrollo de este proceso; el modelo procesual propuesto por Gross (1999 citado por Gross, 2007/ 2014) y el modelo basado en el procesamiento emocional de Hervás (2011).

Gross (2007/2014) define a la regulación emocional como un conjunto de procesos que le permiten al sujeto pensar en sus emociones, reflexionar, incidir en ellas e identificar cuándo y cómo serán expresadas. Sumado a esta conceptualización, Thompson (1994 citado por Hervás & Moral, 2017) plantea que, la regulación emocional es entendida como un conjunto de procesos internos como externos, que le otorgan al sujeto la posibilidad de analizar y transformar sus respuestas con el fin de alcanzar sus objetivos. Ambos autores coinciden en que los mecanismos de regulación se activan en función de una meta intencional y/o automática, por ejemplo, disminuir un estado afectivo interno de gran intensidad. Si bien se considera a la regulación emocional como un proceso adaptativo, en determinadas circunstancias puede volverse disfuncional. Desde la perspectiva de Gross et al. (2011; Thompson, 1990 citado por Gross, 2007/ 2014) la capacidad de regulación emocional posee tres características fundamentales: 1) activar una meta con el propósito de

alterar los procesos que originan las emociones, 2) activar los procesos capaces de modificar la trayectoria emocional, 3) impactar en la dinámica temporal de las emociones. Gross (2007/ 2014) plantea distintas fases que permiten comprender el proceso de regulación de las emociones, ya sean positivas y/o negativas: situación, atención, evaluación y respuesta. De este modo, la regulación puede incidir en cualquier fase del proceso. A partir de dicha secuencia, Gross propone un modelo procesual de las emociones, donde resalta cinco momentos de intervención del sujeto; selección de la situación, modificación, despliegue de la atención, cambio cognitivo y modulación de la respuesta (1999 citado por Gross, 2007/ 2014). En esta línea, desde el planteo de Gross (1998, Gross y John 2003 citado por Bolívar et al., 2022) se destacan estrategias centradas en el antecedente; reevaluación cognitiva, evitación, resolución de problemas, rumiación, y estrategias centradas en la respuesta; supresión emocional, aceptación y autocompasión.

Hervás (2011), identifica tres formas en las que puede presentarse la regulación emocional en la clínica: a) Desregulación por déficit en la activación de estrategias, b) Desregulación por limitada eficacia, c) Desregulación por la utilización de estrategias desadaptativas.

Según Hervás (2011) la regulación emocional es parte de un proceso más amplio, denominado procesamiento emocional. De esta manera, según el autor, frente a un acontecimiento con gran impacto afectivo es necesario procesar emocionalmente el hecho. En este marco, se requieren seis procesos que contribuyen al procesamiento emocional y en efecto, al logro de una regulación emocional adecuada: 1)Apertura emocional, 2)Atención emocional, 3) Aceptación, 4) Etiquetado de las emociones, 5) Análisis de las emociones 6) Regulación emocional. De este modo, es importante identificar las alteraciones en dichas áreas, ya que estas se vinculan a la presencia de distintos trastornos.

Siguiendo esta línea, Bolivar et al., (2022) agrega que, el proceso de regulación emocional es un componente fundamental para el logro del bienestar psicológico y físico. Desde el planteo de Gratz y Roemer (2004 citado por Lanza & Bilbao, 2017), se distinguen seis elementos que permiten evaluar la calidad de la regulación emocional: a) reconocer las emociones, b) claridad emocional, c) tolerancia, d) estrategias regulatorias, f) control de la impulsividad, g) la capacidad de sostener un proyecto incluso ante emociones displacenteras. Las dificultades en algunos de estos elementos refiere a la presencia de disregulación emocional.

El modelo propuesto por Gross (2007/2014) es una estructura general aplicable a todas las etapas del desarrollo. No obstante, la activación de procesos de autorregulación

presenta variaciones dependiendo de la edad. Según Martin y Ochsner (2016; Casey, 2015 citado por Bolívar et al., 2022) en la adolescencia el proceso de maduración cerebral conlleva a una mayor intensidad emocional de compleja regulación. De esta manera, Steinberg (2009 citado por Broche-Perez & Cruz-Lopez, 2014) resalta que, las dificultades en la toma de decisiones de los adolescentes no corresponde especialmente a la inmadurez de las capacidades cognitivas sino a un desajuste entre el procesamiento afectivo y el razonamiento lógico. En esta línea, el adolescente presenta una limitada capacidad de autorregulación, como consecuencia del desarrollo aún incompleto de regiones cerebrales involucradas en el control de la conducta. Es por ello que, los adolescentes adoptan conductas de riesgo, dado que la corteza prefrontal no logra inhibir y controlar los actos impulsivos. Sumado a ello, Sagarodoy et al. (2014 citado por Bolívar et al., 2022) plantea que, ante la ausencia de capacidad regulatoria pueden emerger síntomas con impacto desfavorable en la salud.

En este marco, Bolivar et al., (2022) agrega que, el contexto tanto familiar como social, desempeña un rol fundamental en la configuración de estrategias de regulación emocional utilizadas por los adolescentes. Tobar y Lara (2023) afirman que, el buen clima familiar promueve el establecimiento de vínculos interpersonales significativos. En particular, la sensibilidad parental así como, la capacidad de interpretar y responder adecuadamente a las necesidades de los niños y adolescentes, promueve el desarrollo saludable, especialmente la gestión de emociones negativas y/o positivas (Olhaberry y Sieverson, 2022; Tobar y Lara, 2023).

6.3 El papel del trauma y su afectación en la capacidad mentalizante

El concepto de trauma psíquico tiene su origen en 1893, en los estudios de Freud y Breuer (1991) sobre el mecanismo de los fenómenos histéricos. Estos autores, expresaban que, los síntomas histéricos pueden ser comprendidos como efectos directos de traumas psíquicos. De esta manera, el trauma psíquico se constituye como un exceso de excitación en el cerebro que desborda el aparato psíquico impidiendo su procesamiento. A partir de esta conceptualización de trauma, diversos autores y teorías profundizaron en el término.

Herman (1997/2004) afirma que, el trauma psicológico posiciona al sujeto en un estado de indefensión frente a una carga emocional intensa. De esta manera, la presencia de una amenaza y/o peligro activa el sistema nervioso simpático colocando a la persona en un estado de vigilancia. Desde esta postura, el autor refiere que una “reacción normal” sería que, frente a este estado de alerta se le despierten al sujeto sentimientos y sensaciones que le permitieran actuar, enfrentarse o escapar de la situación; sin embargo, esas reacciones no siempre suceden. De este modo, las reacciones traumáticas emergen cuando el sujeto

no logra responder ante una situación de peligro, lo que produce una desorganización en el sistema de defensa.

Van der Kolk (2014/ 2015) señala que, mientras el trauma no sea elaborado psíquicamente, la respuesta de estrés se encuentra activada en el cuerpo aunque la amenaza ya no esté presente.

Según la APA (2013), luego de que una persona experimenta un trauma puede desencadenar un trastorno por estrés postraumático (TEPT). Este cuadro patológico se caracteriza por la evolución de síntomas frente a uno o más acontecimientos traumáticos. En varios casos, las personas vivencian sensaciones de temor, pensamientos negativos, disociativos, etc. La gravedad del trastorno se incrementa cuando la fuente de estrés es relacional e intencional, como ocurre en situaciones de violencia. Según Benyakar y Lezica (2016) a partir de dicha vivencia traumática, el sujeto puede quedar en un estado total de desvalimiento, con escasos recursos para elaborar lo acontecido.

Herman (1997/2004) propone que los múltiples síntomas del TEPT pueden agruparse en tres categorías fundamentales: 1) hiperactivación, 2) intrusión y 3) constricción. La primera se define como, la constante expectativa de peligro, ya que luego de una vivencia traumática el sujeto supone que la amenaza retornará en cualquier ocasión. Además, sufre una serie de síntomas asociados al temor y la ansiedad. La segunda, hace referencia al recuerdo imborrable del hecho traumático que se activa mediante estímulos. Estas personas vuelven a experimentar la vivencia abrumadora aunque la hayan vivido mucho tiempo atrás, manteniendo la misma intensidad emocional. En el estado de sueño pueden surgir flashbacks y pesadillas asociados al hecho. Sumado a ello, Van der Kolk (2014/ 2015) plantea que, el carácter desbordante de la vivencia traumática provoca una disgregación psíquica, razón por la cual, se hacen presentes estas imágenes, sensaciones y sonidos. En el tercero, el sujeto atraviesa un embotamiento emocional, un gran bloqueo afectivo.

De este modo, el trauma impacta a nivel corporal, mental y cerebral (Van der Kolk, 2014/ 2015).

Asimismo Herman (1997/2004) refiere que, la experiencia subjetiva de cada persona determina que una misma situación pueda ser vivida y procesada de formas completamente diferentes. El hecho traumático se conforma como tal, dependiendo de la singularidad de cada sujeto. Al decir del autor, los niños y adolescentes poseen un mayor grado de vulnerabilidad frente a estas situaciones, dado que, el momento de más fragilidad psicológica es además el periodo de más exposición a experiencias traumáticas.

Fonagy (2015) define a la mentalización como la capacidad del sujeto de comprender las acciones propias y ajenas en términos de estados mentales (emociones, deseos, creencias).

Según Rueda-Mora et al., (2020), la mentalización no constituye un constructo unitario, opera en distintas dimensiones estructuradas como polaridades. La mentalización ha sido conceptualizada como función reflexiva y se organiza en cuatro dimensiones:

a) Mentalización implícita y explícita: La mentalización implícita es la capacidad del sujeto de imaginar los pensamientos propios y ajenos de forma automática. En contraste a la mentalización explícita que permite entender de manera consciente el estado mental de los demás,
b) Mentalización enfocada en lo interno o externo: La mentalización centrada en lo interno implica que el sujeto logra deducir los estados mentales del otro a raíz del conocimiento previo que tiene sobre esa persona, mientras que, desde el plano externo el sujeto infiere el estado mental del otro por sus manifestaciones faciales y/o corporales,
c) Mentalización orientada a sí mismo y/o a los otros: La mentalización enfocada en sí mismo, supone mentalizar los estados mentales propios incorporando la vivencia física. En cambio, si está orientada a los otros, el sujeto se esfuerza por entender los estados mentales de los demás,
d) Mentalización basada en la afectividad o en aspectos cognitivos: La mentalización orientada a los procesos cognitivos, implica que el sujeto logra identificar y reflexionar sobre los estados mentales de los otros y los propios. En contraste, la mentalización de procesos afectivos consiste en entender la experiencia emocional que acompaña los estados mentales.

Fonagy (2015) sostiene que, la representación de los estados mentales propios están influenciados por la forma en que estos fueron interpretados por los demás. Al decir de Bion, una vivencia interna es tolerable cuando es comprendida por la madre y luego por el niño. De este modo, cuando la vivencia logra ser mentalizada, es decir metabolizada, se vuelve soportable para el sujeto, permitiéndole comprender lo que siente y sostener psíquicamente la experiencia. Por ello, la calidad del vínculo con el cuidador es determinante de la capacidad de mentalización del niño.

No obstante, las experiencias traumáticas tempranas interfieren en el desarrollo de la mentalización así como, en la regulación emocional. De este modo, al afectarse la mentalización, el sujeto utiliza modos prementalizantes basados en el miedo y la

desesperanza. Bateman y Fonagy (2016) identifican tres modos de conducta prementalizantes; equivalencia psíquica, modo teleológico y modo simulado.
Fonagy (2015) agrega que, en ausencia de la capacidad de mentalizar, el sujeto tiende a actuar sus emociones como forma de descarga.

Teniendo en cuenta la alta afectación que puede tener el proceso de mentalización en un TEPT, Benyakar y Lezica (2016) destacan la importancia de un Otro que funcione como “co-metabolizador” en la elaboración psíquica del trauma. Para ello, los autores retoman los postulados de Bion, Winnicott y Aulagnier quienes desarrollan teorías psicológicas que contribuyen a la comprensión de procesos fundantes de la estructuración del psiquismo donde la presencia del Otro es fundante:

1) Bion enfatiza la capacidad de la madre para “ser afectada” por los procesos mentales del bebe, interpretandolos y devolviendolos de manera que este pueda integrarlos psíquicamente.
2) Winnicott subraya la necesidad de un acompañamiento “suficientemente bueno”, donde la presencia del otro brinde seguridad y contención (holding) al infante.
3) Aulagnier, resalta el papel estructurante de la palabra en el vínculo niño-adulto, ya que esta interacción otorga un sentido a las experiencias internas del infante.

Debe considerarse que, en el trauma, estos mecanismos de co-metabolización suelen estar alterados. Los tres autores coinciden en que, la presencia de un Otro es fundamental no sólo para atenuar el impacto del trauma, sino para favorecer el desarrollo de la mentalización. Cuando este sostén falla - o cuando el sujeto enfrenta una situación hostil que no logra modificar (Herman, 1997/2004) -, surgen con mayor intensidad sentimientos de soledad, abandono y culpa, exacerbando la vulnerabilidad psíquica.

7. Articulación teórico-clínica

Como se ha referido la producción se sustenta en un caso clínico correspondiente a un adolescente con comportamiento autolesivo, lo que generó en mí, la necesidad de comprender qué hay detrás de este comportamiento, qué puede llevar a que un adolescente ponga en riesgo su vida.

Si bien Gaete (2015) plantea que en la adolescencia asume mayor relevancia la preocupación por la imagen de sí mismo, el egocentrismo, el deseo de autonomía y la experimentación de diversas emociones,el grupo de pares, etc., estos aspectos no fueron protagonistas del discurso narrativo de Lucas en el seguimiento psicológico, ya que lo que

lo trae al adolescente a la atención es una situación extrema que afecta su proceso de crecimiento esperable: "*cortes para calmar la mente*".

Autores como Gaete (2015) y Güemes-Hidalgo et al., (2017), afirman que el trabajo psíquico en la adolescencia se encuentra principalmente centrado en la reestructuración de sus vínculos que dan lugar a una expansión identificatoria; especialmente, a través de los procesos de individuación y separación de las figuras parentales. En Lucas se identificó que el vínculo disfuncional entre sus padres y la exposición desde temprana edad a experiencias de violencia, generó dificultades emocionales significativas que afectan a estos procesos claves para la construcción de su identidad.

"Sentí ruido y discusiones en casa, vi que mi padre le estaba pegando a mi madre, quedé paralizado cuando lo vi. No hice nada (...).Tenía 12 años (...)".

Si bien en esta etapa de la vida se da un mayor aumento en las tensiones y/o conflictos con las figuras parentales (Gaete, 2015, Urribarri, 2015), la experiencia vital de Lucas supera las tensiones esperables entre padres e hijos. En ese sentido, coincido con autores como Urribarri (2015) que dan elementos para afirmar, que la experiencia de violencia en edades tempranas genera dificultades en la autorregulación de las emociones y tensiones en el psiquismo. Son situaciones que generan altos montos de ansiedad y angustia más allá de lo esperable atacando a la psiquis, la que no puede procesar.

"*me siento culpable*", "*quede paralizado*".

La disfuncionalidad del entorno familiar incide negativamente en el desarrollo emocional del adolescente.

Como se señaló en el marco teórico la regulación emocional en la infancia como en la adolescencia se encuentra en pleno desarrollo, debido a los cambios neurobiológicos y psicosociales (Martin y Ochsner, 2016; Casey, 2015 citado por Bolívar et al., 2022; Steinberg, 2009 citado por Broche-Perez & Cruz-Lopez, 2014; Barkley, 2011, Blackmore y Choudhury, 2006).La evidencia científica demuestra que los adolescentes requieren de experiencias de estabilidad con las figuras referentes adultas (especialmente con sus padres) para su desarrollo integral. Las figuras parentales ejercen un rol fundamental en la transmisión de estrategias de regulación, favoreciendo en los hijos la adquisición de estos procesos y el control de sus impulsos. Del análisis de la narrativa de Lucas se desprende que sus padres no han podido cumplir *"suficientemente*" este rol, tal como señalan Benyakar y Lezica (2016), siguiendo los aportes de Winnicott. Esto se debe, por un lado, a que su padre presenta serias dificultades en el manejo de su agresividad e impulsividad, y

por otro, a que su madre no logra estar plenamente disponible para brindarle un *holding* a su hijo, debido a su afectación emocional como víctima de violencia. Del mismo modo, se entiende que los episodios de violencia que llevaron a la denuncia judicial, la separación de la pareja parental y el encarcelamiento del padre, entre otros, han generado en Lucas un entorno poco contenedor, marcado por experiencias estresantes y abrumadoras. Esta situación dificulta el reconocimiento, validación y reflejo de estados mentales.

De este modo, se genera un escenario propicio para la adopción de conductas desadaptativas, dado que el adolescente presenta dificultades para reconocer tanto sus propios estados mentales como los ajenos, tal como señalan Salas (2018) y Gratz y Roemer (2004, citado por Lanza & Bilbao, 2017).

L: (...) "No se que siento, a veces me siento raro y no se por que"
E: ¿Qué es sentirse raro?
L: "No sé, no sé explicarlo"(...).

Por otra parte, se considera que las experiencias de violencias descritas por Lucas - en diferentes sesiones del seguimiento psicológico - se encuentran dentro de lo que Freud y Breuer (1893/1991), Herman (1997/2004) y Van der Kolk (2014/ 2015) definen como hecho traumático. Lucas vivencia las experiencias de violencia como si fueran presente *"no paro de pensar en ellas"*. Se puede identificar sintomatología asociada a estrés (palpitaciones, sudoración, tensión en el cuerpo) frente a situaciones que le recuerdan la vivencia traumática.

Se entiende que la configuración del alto monto de malestar psíquico de Lucas desencadenó un TEPT como es definido por Herman (1997/2004) y la APA (2013). El adolescente presenta pensamientos intrusivos, rumiaciones, hiperactivación constante, miedo, alteración del sueño y pesadillas asociadas a la experiencia traumática.

Las circunstancias vitales adversas repercuten en la capacidad para representar internamente los estados afectivos y en Lucas se expresa a través de sus pesadillas, en sus desmayos, pensamientos intrusivos, rumiaciones, en sus lagunas mentales, en su descenso en el rendimiento académico, entre otras conductas que expresan el sufrimiento.

L: (...) en los sueños veo a mi padre golpeando a mi madre y yo paralizado, siempre sueño lo mismo y nunca puedo hacer nada.

En sus sueños revive el acontecimiento con gran intensidad emocional, intenta hacer algo y no puede, lo que le provoca constantemente sentimientos de culpa.

En este contexto, los recuerdos de este tipo de experiencia son reactivados en Lucas al enterarse que su padre ha salido de la cárcel y ha quedado en libertad. Este hecho reactiva su TEPT, el adolescente manifiesta sensaciones de temor de reencontrarse con su padre (Herman, 2004).

L- "Mi padre salió de prisión hace unos meses (...), yo no quiero verlo (...)"

E- ¿Cómo te sentiste al enterarte de esa noticia?

L- "No sé, pero me da miedo de que le haga algo a mi madre. Él decía que se iba a vengar cuando saliera. Siempre negó todo".

Así como la situación vital de Lucas puede pensarse desde el constructo de TEPT, el Psicoanálisis propone el concepto de acontecimiento. Según el Psicoanálisis un acontecimiento se presenta como un hecho que irrumpe, impacta y desestabiliza la vida del sujeto, sin que este logre procesarlo, dejando una huella en su psiquismo (Mattera et al., 2012).

Lucas se realiza cortes en la muñeca y antebrazo.

L: (...) "me los hice con una navaja de afeitar que encontré en el baño"

El adolescente, como señala Le Breton (2014), recurre al cuerpo como medio de expresión y vía de escape, por la complejidad que le supone procesar el hecho traumático.

Manifiesta su deseo de calmar esos recuerdos que lo atormentan diariamente, expresando *"no quería morirme, quería parar los pensamientos".*

La acción realizada por Lucas (cortes) se encuentra dentro del comportamiento autolesivo; constituyéndose en una conducta de riesgo (APA, 2013). Al expresar, *"no quería morirme, quería parar los pensamientos",* su conducta autolesiva no debería clasificarse como un IAE según lo registrado en su historia clínica. Esta expresión revela que su objetivo no era terminar con su vida, lo que constituye el criterio definitorio fundamental del intento de autoeliminación según las directrices del MSP (2016).

Su psiquismo no puede procesar el trauma y el dolor psíquico que conlleva. Utiliza la vía corporal para su autorregulación emocional. Como refiere Le Breton (2017) y Vazquez et al., (2023) en los cortes corporales, la sangre funciona como simbolización del sufrimiento, permite obtener un alivio instantáneo. Lo que la psiquis no puede mentalizar el Yo corporal resignifica. A través de la autolesión el adolescente intercambió la dolencia emocional por la

física, siendo esta última “más controlable” (Jimenez, 2020), aunque fallida.

Asimismo, siguiendo los planteos Vega et al., (2018), es posible tener otra lectura de la conducta autolesiva que adopta Lucas; no solo es un mecanismo de liberación de su tensión emocional, sino también una forma de autocastigo por la “culpa” que le invade constantemente y como expresión del enojo en sí mismo. De este modo, según los autores, los estados emocionales displacenteros, son un factor de riesgo para la aparición de autolesiones sin intención suicida. Asimismo, Vega et al., (2018) destacan estudios de otros investigadores que afirman que las personas que se autolesionan lo realizan como respuesta a emociones negativas y a una limitada tolerancia a las mismas.

La literatura sobre regulación emocional en TEPT (Marx & Sloan, 2005; Plumb et al., 2004; Tull & Roemer, 2003; citado por Hervás, 2011) señala el predominio de la evitación vivencial en estos pacientes. Este patrón se manifiesta en Lucas mediante la evitación desadaptativa de su padre como estrategia fallida para prevenir la reactivación del TEPT (Vázquez et al., 2008 citado por Hervás, 2011).

L: “Es que me empecé a sentir nervioso y mal, porque me acorde que hoy mi padre se mudaba de nuevo a la ciudad, empecé a sentir palpitaciones y a sudar”

E: ¿Qué te hizo acordar?

L: “Estaba mirando la hora y me acorde que justo a esa hora mi padre se mudaba y me lo imaginé a él”

E: ¿Cómo te enteraste que se mudaba hoy?

L: “Es que me invitó, pero yo no quise ir, no quiero verlo”.

Su padre es la fuente de amenaza y peligro. De este modo, intenta evitar la emoción displacentera del miedo. Sumado a ello, se encuentra presente la desregulación conductual con base en los actos impulsivos. Como señala Hervás (2011) el empleo de estrategias desadaptativas tienden a agravar el malestar, ya que aunque consiguen reducir la vivencia emocional, provocan efectos contraproducentes.

Como se ha señalado en líneas anteriores, en el seguimiento psicológico se constató en el adolescente dificultades para identificar, expresar y comunicar emociones. De acuerdo con la conceptualización de Fonagy (2015) sobre el desarrollo de la mentalización infantil, esta capacidad se conforma fundamentalmente a través de la calidad de los vínculos primarios. En el caso de Lucas, el análisis revela que recibió un sostén parental

lábil por parte de sus figuras de apego. Esta carencia, siguiendo a Benyakar y Lezica (2016), compromete la función del Otro como facilitador en la metabolización de experiencias traumáticas. La situación se agrava por la paradójica condición de su padre (uno de los cuidadores principales), quien simultáneamente representa fuente de protección y de amenaza, generando así un estado de indefensión mayor en el adolescente (Herman, 1997/2004).

El material clínico de Lucas sugiere que la experiencia traumática generó una disociación entre sus realidades interna y externa (Fonagy & Target, 2000, citado por Bateman & Fonagy, 2016). Su psiquis apela a modos no mentalizadores de funcionamiento (Bateman y Fonagy, 2016), particularmente, al modo de "equivalencia psíquica". Este modo se evidencia en sus flashbacks sobre el hecho traumático ante situaciones que le recuerdan la experiencia de violencia y a su padre. En estos revive el evento con la intensidad sensorial, emocional y perceptual del presente.

Asimismo, sus cortes podrían interpretarse como manifestaciones del modo teleológico (Bateman & Fonagy, 2016), donde estos operan como un intento concreto de modificar los pensamientos intrusivos, ante su dificultad de mentalizarlos.

Como se ha aludido, se observó en Lucas niveles de alexitimia que son característicos en los TEPT, sin embargo, en el seguimiento psicológico se pudo apreciar momentos de claridad, aceptación y análisis emocional como refiere Tull et al., (2007, citado por Hervás, 2011). Esto último, se consideró como una ventana de oportunidad para el abordaje psicológico propuesto.

La intervención en salud mental por parte del servicio no fue solo estabilizar a Lucas desde el punto de vista médico, sino que el seguimiento psicológico y psiquiátrico es parte de una tratamiento integral como lo establece el Protocolo de Atención y Seguimiento de IAE (MSP, 2017). El abordaje psicológico realizado, no solo estuvo orientado a prevenir el riesgo de reincidencia de conductas autolesivas, sino el de contribuir a procesar los acontecimientos traumáticos por parte de Lucas. En ese sentido, se puede plantear que la intervención técnica operó en una suerte de un Otro para restablecer progresivamente la capacidad de la mentalización del adolescente. Este enfoque coincide con lo propuesto por Benyakar y Lezica (2016) en los tratamientos del TEPT, donde destacan la relevancia de un Otro que opere como "co-metabolizador" en la elaboración psíquica del trauma. En ese sentido, se buscó que Lucas pueda despegar su capacidad reflexiva para elaborar la experiencia traumática, reconocer sus emociones, regular sus montos elevados de ansiedad y angustia con el fin de que no apelara a comportamientos impulsivos y por ende

a conductas autolesivas (Fonagy 2015; Gross, 2007/ 2014). Tal como refiere Allen (2003 como se citó en Martínez, 2011) se necesitan dos personas para lograr mentalizar en el espacio terapéutico.

El adolescente fue muy receptivo al abordaje. Al inicio Lucas se mostró reservado con escasa apertura al diálogo, sosteniendo silencios prolongados; sin embargo a medida que transcurrieron las sesiones, su actitud cambia, abriéndose al diálogo. Esta actitud del adolescente es esperable debido al impacto de la experiencia vivida y el tratamiento farmacológico.

La madre planteó que Lucas expresó, en diferentes oportunidades, su conformidad con el espacio.

“Siente confianza con Uds, le gusta venir”

La escucha activa desplegada en el seguimiento permitió comprender y resignificar el estado emocional de Lucas. A la luz de los aportes de Bateman y Fonagy (2016), se puede plantear que la intervención realizada incorporó la“validación empática”, siendo indispensable para el logro de una buena alianza terapéutica como lo señalan los autores.

E: Entiendo que esos recuerdos sean muy molestos para ti y que tu reacción de cortarte se deba al malestar que sentias (...).

L: “Si, no lo pensé cuando lo hice”.

La intervención psicológica permitió al adolescente la reflexión sobre sus acciones. Se procuró validar sus emociones y comprender el intento del adolescente de despojarse de su dolor psíquico. Del mismo modo se procuró, en diferentes momentos del seguimiento, que el adolescente pudiera asociar las situaciones que activaban su TEPT.

“estaba en tiktok y vi una foto de mi padre, me empecé a sentir mal de repente, siento que esta igual que antes”.

Se propuso que el adolescente pudiera identificar y comprender los afectos que desencadenaban sus modos pre mentalizantes, en especial, la equivalencia psíquica y el pensamiento teleológico (Bateman y Fonagy, 2016). Estos procesos psicológicos se activaban ante situaciones que se relacionaban con su padre o con los recuerdos del hecho traumático. Se propuso que Lucas pudiera traer, progresivamente, sus recuerdos asociados al hecho y las emociones vinculadas a este (Allen et al., 2008). Como señala Hervás (2011), este proceso de identificación y verbalización emocional representa un mecanismo clave para la integración del trauma. A través de esta elaboración psicológica, se valora que Lucas logró integrar a su comprensión “aspectos más saludables” de su experiencia

traumática, así como una mayor conciencia de su estado emocional actual. A la luz del marco referencial, se identifica que una de las acciones del abordaje fue afianzar su capacidad de reflexionar con el objetivo que cuando Lucas se encuentre ante situaciones de estrés pueda apelar a su capacidad de mentalizar, a la búsqueda de ayuda, al autocuidado, entre otras (Gross, 2007/ 2014).

L: (...). "He estado pensando en lo que me dijiste de expresar lo que me molesta y sobre la vez que me corte".

E: ¿Si? ¿Y qué piensas sobre eso?

L: "Creo que fue una forma de calmarme, sentía mucha culpa y enojo conmigo mismo" (...).

En la expresión "*sentía mucha culpa y enojo conmigo mismo"* se pueden identificar avances positivos en Lucas. El adolescente comienza a reconocer sus emociones y a anclarlas a un momento de gran malestar interno. Se evidencia un inicio del trabajo mentalizante. Autores como Allen et al. (2008) postulan que, cuando se logran mentalizar las emociones de gran intensidad, ya no es necesario huir de ellas.

El adolescente logró una resignificación adaptativa de su experiencia traumática. El abordaje propició un espacio contenedor y seguro para explorar otras perspectivas del evento traumático según la conceptualización de Bateman y Fonagy, (2016). Es así que este trabajo psicológico permitió la exploración de perspectivas alternativas sobre el acontecimiento vivido. Él pudo comprender que su accionar fue un modo de ayudar a su madre, ya que el hecho de que presenciara la escena de violencia, fue el desencadenante de que tomara la decisión de distanciarse de su padre y que sus hermanas denunciaran ante la policía. Como postulan Allen et al. (2008) en el proceso psicológico se busca promover el pasaje de una vivencia dolorosa, que se impone como una realidad incuestionable, hacia una experiencia dolorosa pero mentalizable.

E: ¿Te acuerdas que me contaste sobre la culpa que sentías por no haber ayudado a tu madre? Tenías 12 años (...) ¿Piensas que podrías haber hecho algo?

L: (...) Emm la verdad no creo(...).

L: (...) hace varios días que no tengo casi ninguna pesadilla ni esos pensamientos que tenía todo el tiempo de que no defendí a mi madre.

Lucas logró identificar y nombrar sus emociones, así como resignificar de forma adaptativa la experiencia de violencia. Las pesadillas y los pensamientos intrusivos disminuyeron considerablemente durante el seguimiento psicológico. Ante esta evolución favorable, mi Referente y yo, tomamos la decisión clínica de espaciar las sesiones semanales a quincenales durante la fase final del tratamiento.

L: Además te cuento algo hace unos cuantos días, vi a mi padre en la calle, lo mire y el me miro pero no me saludó y yo tampoco, igual no senti nada cuando lo vi seguí caminando (...).

Los indicadores de cambios favorables en Lucas evidenciados por la adopción de comportamientos protectores y manejo adaptativo de la regulación emocional fueron los criterios técnicos para la valoración del cierre del seguimiento. A saber: reconocimiento de emociones, tolerancia y control de su impulsividad. El alta de Lucas se realizó a los seis meses de la intervención como lo establece el Protocolo de Atención y Seguimiento de IAE (MSP, 2017), coincidiendo con la finalización del Practicantado de mi parte. Los resultados alcanzados confirman que este tipo de intervención psicológica logró ser reparativa como lo refieren Allen et al. (2008).

8. Reflexiones finales

A lo largo del seguimiento psicológico realizado con Lucas surgieron grandes desafíos, interrogantes, incertidumbres, pero también logros y avances que permitieron considerar que el proceso realizado tuvo un valor significativo.

Cabe resaltar, que si bien la normativa de IAE establece que los seguimientos deben de tener una duración de seis meses, en la práctica se evidencia un alto porcentaje de abandonos de los tratamientos psicológicos con adolescentes. Estos pueden ser debidos a múltiples factores. Sin embargo, en aquellos casos donde la contención familiar se encuentra presente tienen menos probabilidades de que el adolescente abandone el tratamiento. Esto último, fue un aspecto clave en la recuperación de Lucas.

No obstante, este trabajo muestra la efectividad del seguimiento psicológico con adolescentes que han sufrido trauma temprano y su mejora en la capacidad de regulación emocional. La producción de conocimiento realizada permite aproximarse a la clínica de intervenciones psicológicas basada en evidencia. Aspecto clave para abordajes en el sistema de salud ante problemas de salud pública como pueden ser las conductas autolesivas en niños y adolescentes.

Esta intervención psicológica supo ser un gran aprendizaje para mi experiencia como practicante en el servicio de salud. Personalmente considero que, es imprescindible escuchar lo que el paciente tiene para transmitir, pero también aquello que queda por fuera de lo que se dice. Eso que no se puede expresar, lo que se encuentra implícito en el dolor psíquico, que en el caso de Lucas deriva de una disfunción parental en la que él era ajeno, pero que lo atravesaba en su sufrimiento. Intervenir con adolescentes que han atravesado experiencias traumáticas y que adoptan conductas autolesivas como un mecanismo de autorregulación, es urgente. En Uruguay se registra un alto porcentaje de suicidios con un incremento significativo entre el 2023 y 2024, siendo la tasa más alta registrada en el grupo etario entre 20 y 24 años. En los IAE las cifras se centran especialmente en adolescentes entre 15 y 19 años (MSP, 2025). En este sentido, las conductas autolesivas constituyen un factor de riesgo para IAE y suicidios, es por ello que es imprescindible la intervención temprana y el abordaje integral de estas situaciones.

Desde nuestra labor se debería acompañar a los adolescentes en esta etapa de la vida, caracterizada por diversos cambios que los sitúan en un estado de gran vulnerabilidad, el cual se agrava en situaciones de maltrato y violencia, como es el caso de Lucas. Asimismo, intervenir desde la humanidad, sensibilidad y empatía que caracteriza nuestra ética como psicólogos, conjuntamente con una formación técnica profesional sólida que permita contribuir a la mentalización de experiencias traumáticas no sólo desde la clínica sino desde otro tipo de intervenciones como son las preventivas y en clave de promoción de salud mental. Especialmente para contribuir al bienestar y desarrollo sano de niños y adolescentes. La OMS (2004) refiere la importancia de intervenir en salud mental desde la prevención y promoción de la salud en la infancia y adolescencia para prevenir trastornos psicopatológicos en la adultez. Si bien la infancia y adolescencia se hallan marcadas por un alto grado de vulnerabilidad, son etapas que ofrecen una gran oportunidad para la intervención temprana orientada a fortalecer los factores protectores y disminuir los factores de riesgo (OMS, 2008).

A partir del marco teórico seleccionado, así como del análisis realizado, se pudo evidenciar que el espacio psicológico puede operar como ese Otro que posibilita la elaboración del dolor psíquico.

Desde mi rol como Practicante, me resultó fundamental en este proceso las supervisiones con el Referente Técnico, lo que enriqueció mi experiencia y aportó a la intervención realizada con Lucas. Ayudar al Otro supone un enriquecimiento personal e

interior, se vivencia un sentimiento placentero de haber cumplido el principal de los objetivos, que en ese intercambio, en el rol que logre cumplir, se alivió el dolor y se encontraron otras formas de regular los estados emocionales, sin poner en riesgo la vida. De esta manera, puedo afirmar que la intervención, el análisis realizado y los resultados obtenidos enriquecen mi futuro como persona y profesional.

9. Referencias

Acevedo, M. (2002). *La implicación: Luces y sombras del concepto louraniano.* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedras del Prof. Ferraros. https://hdl.handle.net/20.500.12008/18941

Administración de los Servicios de Salud del Estado (2018, agosto 21). Unidad de Salud Mental en Hospital de San Carlos fortalece Derechos y la Inclusión Social. https://www.asse.com.uy/contenido/Unidad-de-Salud-Mental-en-Hospital-de-San-Carlos-fortalece-Derechos-y-la-Inclusion-Social-10888

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice.* American Psychiatric Pub.

Ardoino, J.(1997) *La implicación.* Conferencia impartida en el Centro de Estudios sobre la Universidad en UNAM, México.

Arias, W. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia. *Avances en psicología, 21*(1), 23-34. https://doi.org/10.33539/avpsicol.2013.v21n1.303

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* 5ta Edición (DSM V). Barcelona: Médica Panamericana.

ASSE. (2009). Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado y la Universidad de la República- Facultad de Psicología. http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/Convenio%20ASSE.pdf

Barkley, R. (2011). The important role of executive functioning and self-regulation in ADHD. *J Child Neuropsy*. https://russellbarkley.org/factsheets/ADHD_EF_and_SR.pdf

Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder: a practical guide*. (Trad. F. Mora). Nueva York: Oxford University Press.

Benyakar, M., & Lezica, A. (2016). El complejo traumático a la luz del modelo de los tres espacios. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia, 6.* https://www.revistamentalizacion.info/ultimonumero/abril2016/benyakar_lezica.pdf

Blakemore, S., & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: Implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3-4), 296- 312. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01611.x

Bolívar, M., Ríos, S., & Avendaño, B. (2022). Regulación emocional en adolescentes: importancia e influencia del contexto. *Apuntes de Bioética: Revista del Instituto de Bioética, 5*(2), 131-145. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8754483

Broche-Pérez, Y., & Cruz-López, D. (2014). Toma de decisiones en la adolescencia: Entre la razón y la emoción. *Ciencia cognitiva, 8*(3), 70-72. https://www.cienciacognitiva.org/files/2014-21.pdf

De Caro, D. (2013). *El estudio del cerebro adolescente: contribuciones para la psicología del desarrollo.* En V Congreso Internacional de Investigacion y practica profesional en psicologia. XX jornadas de investigación noveno encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-054/332

Fernandez, M., & Varela, J. V (2012). *Adolescencia, hipermodernidad y síntomas actuales.* En IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires https://www.aacademica.org/000-072/784

Fernández, M. (2014). *Adolescencia, consumo de sustancias y conductas de riesgo en un hospital especializado en drogodependencias y alcoholismo.* En IV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología y III Encuentro de Becarios de Investigación. Universidad Nacional de La Plata. https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/51531

Fonagy, P. (2015). Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Ciencias Psicológicas 9*(2): 179 - 196. Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio

Larrañaga Montevideo, Uruguay. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545410007

Frágola, A. O. (2009). Vulnerabilidad adolescente y psicopatología de las adicciones. Psicoanálisis: *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 31* (2-3), 337-359.https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/06/Ortiz-Fragola.pdf

Freud (1991). *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. En J.L. Etcheverry (Trad.),* Obras completas(Vol. 3. pp. 25-258)). Amorrortu. Trabajo Original publicado en 1893.

Gaete, V.(2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría, 86* (6), 436-443. https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005

Giménez, L. (2021). *Propuesta académica para la co-coordinación del practicantado (2022-2024).* Llamado N° 042/2021. Convocatoria para la Coordinación docente del Convenio suscrito entre ASSE y Facultad de Psicología, Programa de Practicantado y Residencias de Psicología en Servicios de Salud. Universidad de la República.

Gross, J. (2014). *Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations.* In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (2nd ed.,). The Guilford Press. (Trabajo original publicado en 2007).

Güemes- Hidalgo, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral, 21*(4), 233-244. https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/

Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia.* Espasa Calpe. (Trabajo original publicado en 1997).

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual,19*(2), 347.

https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalelpapeldelosdeficitemocionales.pdf

Hervás, G., & Moral, G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. *FOCAD para División de Psicoterapia,* 1ª ed. (julio-septiembre), 1-40. https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf

Jans, T., Vloet, T., Taneli, Y., & Warnke, A. (2018). Suicidio y conducta autolesiva. (Trad. Prieto-Tagle & Vidal). En Rey, J.M. (Ed). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/46d6d8e2a8dbfceee549f8749dd9c1095630f4d3/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf

Jaramillo, L., & Puga, L. (2016). El pensamiento lógico-abstracto como sustento para potenciar los procesos cognitivos en la educación. *Revista Sophia* (21). Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador. http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/14007

Jimenez, A. (2020). Autolesiones en la adolescencia : ¿un síntoma pop?. *Revista Bricolaje, (6)*, 9-12. https://revistabricolaje.uchile.cl/index.php/RB/article/view/58063

Lanza, G., & Bilbao, I. (2017). Un método para evaluar la mentalización y su aporte para la práctica de la psicoterapia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 21*(2), 82-108. https://www.redalyc.org/journal/3396/339655686004/html/

Le Breton, D. (2014). *Una breve historia de la adolescencia*. (V. Goldstein, Trad.; 1ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Nueva Visión.

Le Breton, D. (2017). *El cuerpo herido: identidades estalladas contemporáneas* (M. Tronquoy, Trad.; 1ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial.

Lourau, R. (1991) *Implicación y sobreimplicación.* Conferencia en “El Espacio Institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales”. Buenos Aires: Asociación Civil “El Espacio Institucional”.

https://institucionalpsicoanalitica.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/07/implicacic3b3n-y-sobreimplicacic3b3n-renc3a9-lourau.pdf

Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última Década, 22* (40), 11-36. https://www.scielo.cl/pdf/udecada/v22n40/art02.pdf

Martínez, Claudio. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia psicológica*, *29*(1), 97-105. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100010

Mattera, S., Leivi, T., Bielski, B., & Salinas, L. (2012). *Trauma, acontecimiento y síntoma.* In IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-072/840

Ministerio de Salud Pública. (2017). Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-07/Protocolo%20IAE%20.pdf

Ministerio de Salud Pública (2019). *Memoria.* Situación actual, metas, logros y principales desafíos.https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2020-01/Memoria%20MSP_2019.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2025). Suicidios en Uruguay. Nueva orientación de las políticas públicas ante evolución negativa. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/suicidios-uruguay-nueva-orientacion-politicas-publicas-ante-evolucion

Olhaberry, M., & Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes, 33*(4), 358-366. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.002

Organización Mundial de la Salud (2004, enero 01). Invertir en Salud Mental. https://www.who.int/es/publications/i/item/9241562579

Organización Mundial de la Salud (2022, junio 16). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860

Rodriguez, M. (2022). Adolescentes en riesgo: Búsqueda de sensaciones, adicción al internet y procrastinación. *Informes psicológicos, 22* (1), 43-60. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8357795

Rojas, M.(2016). Los adolescentes y los otros: apuntalamiento y vulnerabilidad. *Revista Desvalimiento Psicosocial, 3*, 1-15. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/3591

Rosabal, E., Romero, N., Gaquin, K., & Hernandez, R.(2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista cubana de medicina militar, 44*(2), 218-229. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572015000200010&script=sci_arttext

Rueda-Mora, R. C., Raleigh-Betancourt, R., & Vinaccia-Alpi, S. (2020). Mentalización: encuentros y divergencias con conceptos afines. Una revisión. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 83*(3), 157-164. https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3795

Salas, F. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *Revista ABRA, 38*(56), 1-16. http://dx.doi.org/10.15359/abra.38-56.3

Salmerón, M., Casas, J., & Guerrero, F .(2017). Problemas de salud en la adolescencia: Patología crónica y transición. *Pediatría Integral*, 21(4), 245-253. https://pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/06/Pediatria-Integral-XXI-4_WEB.pdf

Tobar, A., & Lara- Machado, R. (2023). Funcionamiento familiar y su relación con la regulación emocional en adolescentes de la ciudad de Ambato. *Revista Ecos De La Academia, 9*(17), 83–101. https://doi.org/10.53358/ecosacademia.v9i17.835

Urribarri, R. (2015). *Adolescencia y clínica psicoanalítica.* Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

Uruguay. (2007). *Ley N°18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.* https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007

Uruguay. (2017). *Ley N°19.529. Ley de Salud Mental.* https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017

Uruguay Presidencia. (2018, agosto 20). Nueva Unidad de salud mental del Hospital San Carlos pone foco en los derechos de los pacientes. https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/fotos/nueva-unidad-salud-mental-del-hospital-san-carlos-pone-foco-derechos-pacientes

Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. En M. Foz (Trad.)* Elefthería. (Trabajo original publicado en 2014).

Vazquez, P., Armero, P., Martinez-Sanchez, L., Garcia, J., Bonet de Luna, C., Notario, F., Sanchez, A., Rodriguez, P., Diez, A. (2023). Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *En Anales de Pediatría*. Asociación Española de Pediatría, 98(3), 204-212. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.006

Vega, D., Sintes, A., Fernández, M.,Puntí, J., Soler, J.,Santamaria, P., Soto, A., Lara, A., Méndez, I.,Martínez-Giménez, R., Romero, S., Pascual, JC. (2018). Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why?. *Actas Españolas De Psiquiatría*, *46*(4), 146–155. https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/322.

Viñar, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio.* Montevideo, Uruguay. Ediciones Trilce.