



# Trayectoria de **Salud Mental** en la **Adolescencia Tardía**

Emociones, conductas de riesgo, autolesiones e ideación suicida  
**Un análisis desde el ámbito social**



**Emma Alexandra Zamarripa Esparza**  
**Rosa María Flores Martínez**  
**Ana María Martínez Jerez**



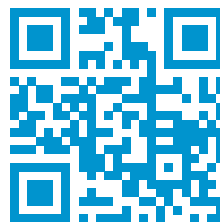
# Trayectoria de salud mental en la adolescencia tardía: emociones, conductas de riesgo, autolesiones e ideación suicida

*Un análisis desde el ámbito social*



**Ediciones Comunicación Científica** se especializa en la publicación de conocimiento científico de calidad en español e inglés en soporte de libro impreso y digital en las áreas de humanidades, ciencias sociales y ciencias exactas. Guía su criterio de publicación cumpliendo con las prácticas internacionales: dictaminación de pares ciegos externos, autenticación antiplagio, comités y ética editorial, acceso abierto, métricas, campaña de promoción, distribución impresa y digital, transparencia editorial e indexación internacional.

Cada libro de la Colección Ciencia e Investigación es evaluado para su publicación mediante el sistema de dictaminación de pares externos y autenticación antiplagio. Invitamos a ver el proceso de dictaminación transparentado, así como la consulta del libro en Acceso Abierto.



[www.comunicacion-cientifica.com](http://www.comunicacion-cientifica.com)

[DOI.ORG/10.52501/cc.192](https://doi.org/10.52501/cc.192)



  
**COMUNICACIÓN  
CIENTÍFICA** PUBLICACIONES  
ARBITRADAS  
HUMANIDADES, SOCIALES Y CIENCIAS

**CC+I**  
COLECCIÓN  
**CIENCIA e  
INVESTIGACIÓN**

# Trayectoria de salud mental en la adolescencia tardía: emociones, conductas de riesgo, autolesiones e ideación suicida

*Un análisis desde el ámbito social*

EMMA ALEXANDRA ZAMARRIPA ESPARZA  
ROSA MARÍA FLORES MARTÍNEZ  
ANA MARÍA MARTÍNEZ JEREZ

*Prólogo de Eder J. Noda Ramírez*



---

Zamarripa Esparza, Emma Alexandra

Trayectoria de salud mental en la adolescencia tardía: emociones conductas de riesgo, autolesiones e ideación suicida : Un análisis desde el ámbito social / Emma Alexandra Zamarripa Esparza, Rosa María Flores Martínez, Ana María Martínez Jerez. — Ciudad de México : Comunicación Científica, 2024.

243páginas : gráficas ; 23 × 16.5 centímetros

ISBN: 978-607-9104-37-5

DOI: 10.52501/cc.192

1. Adolescentes — Salud mental. 2. Adolescentes — Conducta suicida. I. Zamarripa Esparza, Emma Alexandra, coautora. II. Flores Martínez, Rosa María, coautora. III. Martínez Jerez, Ana María, coautora.

LC: RJ503 Z36

Dewey: 616.8900835 Z36

---

La titularidad de los derechos patrimoniales de esta obra pertenece a los autores D.R. Emma Alexandra Zamarripa Esparza, Rosa María Flores Martínez, Ana María Martínez Jerez, 2024. Su uso se rige por una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 Internacional, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Primera edición en Ediciones Comunicación Científica, 2024

Diseño de portada: Vanessa Tamez Barragán • Interiores: Guillermo Huerta

Ediciones Comunicación Científica, S. A. de C. V., 2024

Av. Insurgentes Sur 1602, piso 4, suite 400

Crédito Constructor, Benito Juárez, 03940, Ciudad de México,

Tel. (52) 55 5696-6541 • móvil: (52) 55 4516-2170

[info@comunicacion-cientifica.com](mailto:info@comunicacion-cientifica.com) • [www.comunicacion-cientifica.com](http://www.comunicacion-cientifica.com)

 [comunicacioncientificapublicaciones](https://www.facebook.com/comunicacioncientificapublicaciones)  [@ComunidadCient2](https://twitter.com/ComunidadCient2)

ISBN 978-607-9104-37-5

DOI 10.52501/cc.192



Esta obra fue dictaminada mediante el sistema de pares ciegos externos.  
El proceso transparentado puede consultarse, así como el libro en acceso abierto,  
en <https://doi.org/10.52501/cc.192>

# Índice

<i>Agradecimientos</i> . . . . .	11
<i>Prólogo</i> . . . . .	13
<i>Prefacio</i> . . . . .	19
<i>Introducción</i> . . . . .	25
1. La salud mental de los adolescentes . . . . .	35
2. El método científico . . . . .	41
3. Fundamentación teórica . . . . .	51
4. La resistencia en la vida de Sergio. . . . .	67
5. El vacío en la vida de Luz . . . . .	81
6. La tristeza en la vida de Álvaro . . . . .	95
7. La ira en la vida de Constanza. . . . .	109
8. El duelo en la vida de Antonio . . . . .	125
9. La baja autoestima en la vida de Bárbara. . . . .	139
10. El miedo en la vida de Emilio . . . . .	153
11. La soledad en la vida de Luisa . . . . .	167
12. El fracaso en la vida de Julián . . . . .	181
13. El malestar mental en la vida de Mariana. . . . .	195

<i>Consideraciones finales: un abordaje desde la perspectiva de los participantes . . . . .</i>	215
<i>Referencias . . . . .</i>	221
<i>Notas sobre las autoras . . . . .</i>	237
<i>Índice general. . . . .</i>	241



*A todos los niños y adolescentes estigmatizados socialmente que por nuestra falta de conocimiento no recibieron un tratamiento adecuado para preservar su bienestar mental y hoy ya no están.*

*A todos los padres y profesores que tenemos como responsabilidad el bienestar físico, mental y emocional de los niños, niñas y adolescentes a nuestro cargo.*



## Agradecimientos

A nuestra casa, la Universidad Autónoma de Nuevo León, porque a través de su programa PAICYT (hoy PROACTI) se obtuvo financiamiento para esta investigación.

A la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano por darnos la oportunidad de crecer de forma personal y profesional.

A la Universidad Anáhuac Online por su deseo de impulsar el desarrollo de la ciencia desde el ámbito social.

Gracias a los adolescentes que compartieron su experiencia de vida, gracias por su confianza, gracias por abrirnos su corazón, pero sobre todo: gracias por seguir aquí.

## Resumen

En la salud mental interviene el malestar y el bienestar, ambos presentes en todas las etapas de la vida; sin embargo, cuando el malestar emocional no es gestionado de forma adecuada puede agravarse. Dentro de este libro se visibiliza la historia de diez adolescentes —cinco hombres y cinco mujeres— que presentaron malestar emocional en la infancia y conductas de riesgo, autolesiones e ideación suicida en la adolescencia. Con fundamento en la teoría del estrés y la emoción de Richard Lazarus (2000), se analizan los eventos estresantes que vivieron los participantes, las emociones que emanaron de éstos, el manejo, los recursos y las personas con los que contaban, así como las estrategias que fueron desarrollando desde la niñez y la adolescencia para afrontar el malestar emocional. La metodología utilizada fue de corte cualitativo y su técnica fue la entrevista en profundidad. El trabajo de campo se realizó en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Entre los principales hallazgos se destaca la resiliencia y el deseo de los diez participantes por preservar su bienestar.

**Palabras clave:** Adolescentes, Salud mental adolescentes, Conducta suicida adolescentes.

## Prólogo

Cuando Durkheim (2016) analizó el suicidio, lo hizo pensando en una forma sociológica, es decir, partir de un hecho llamado social, lo cual inaugura un abordaje desde esta dimensión. En este caso, un comportamiento humano generalmente atribuido al individuo ahora es visto como una situación o condición patológica estructural, esto es, en función de las relaciones sociales que lo amparan, sea de integración o de regulación: el desánimo y la tristeza como una serie de nodos articulados a una tipología societal que va desde lo más individual hasta lo más colectivo.

Con esto inaugura la capacidad de formular problemáticas sociales desde observaciones psicológicas, culturales e históricas. La conformación de la sociedad resulta ser un entramado de situaciones *biopsicohistóricas*, esto es, una serie de experiencias, sentidos y normas que van conformando una estructura y su propia regulación. Pensar en esta separación individuo-sociedad resulta ser pedagógica, en un principio para diferenciar aquello que corresponde a la sociología entender como objeto y fenómeno.

Este relevante antecedente en el pensamiento en las ciencias sociales indica que es necesario explorar con mayor detenimiento aquello que llamamos fenómenos sociales, por ejemplo, el suicidio, aquellas acciones individuales y comunes que se ubican en un cuadro histórico-cultural con cambios conductuales. Ahí emerge la idea del grupo o de las *cliques*, esas afinidades que se van gestando en la propia dinámica antropológica, clínica y política y que ponen de manifiesto la disposición a vivir un mundo pensado comúnmente y que se diferencia de otros; por ejemplo, ‘vivir la vejez’ en una cul-

tura nórdica o en una mesoamericana, lo mismo con otras *cliques* vinculadas a cierta clase, etnia, género o edad, como en el caso de la presente obra, que se centra en adolescentes que pasan por situaciones biopsicosociales específicas.

No obstante, la complejidad en la que hemos armado el mundo global, la cual fue prevista por varios grandes teóricos sin que llegaran a experimentarla, nos da otras dimensiones que no pueden pasar desapercibidas. Es así como los problemas sociales también han adquirido la propiedad de ser globales, porque el propio sentido de un mundo capitalista se ha expandido en lo que podremos decir también la *cotidianidad* o, en términos habermasianos, el *mundo de la vida* ‘moderna’. Esto es relevante, porque no solo se trata de observar las patologías estructurales sino toda la *intercausalidad* que se desata en personas sintientes que viven en ese mundo moderno, lo cual se ha intensificado por los núcleos de violencia actuales, desatando así una serie de condiciones relacionadas con la salud, lo cual podríamos considerar inclusive como *bienestar*, en sus diferentes nociones culturales.

Continuando con la figura de la estructuración del desánimo y de la tristeza, habría que ampliar más la mirada a esa intercausalidad en los escenarios globales y al mismo tiempo fragmentados por los grandes grupos societales, aceptando y reconociendo la complejidad de cada estructura y territorio, como son los factores de riesgo que se desenvuelven en la conformación de los vínculos individuo-sociedad.

Es en este resquicio reflexivo donde las investigadoras Zamarripa, Flores y Martínez inician un diálogo para concebir a la salud mental más allá de la especificidad clínica o de la generalidad económica-social, comenzando por reincorporar la Historia a los estudios sociales, pero aquella de la trayectoria del individuo, particularmente de las adolescencias urbanas.

Es en esta plataforma donde logran amalgamar la idea de lo social desde la construcción de la propia historia del sujeto, una especie de mapeo en el espacio-tiempo que revela un recorrido de experiencias y puntos inflexivos relevantes que marcan ‘lugares biográficos’ que son también los ‘lugares globales’ de las adolescencias, producidos por las problemáticas actuales de las sociedades modernas: depresión, ideación suicida, rechazo, *bullying*, todas ellas relacionadas con las adicciones, al maltrato, el abandono y el abuso físico y psicológico que derivan en trastornos que ponen en jaque

seriamente la salud mental de las y los adolescentes, así como la estabilidad de la estructura social, pues la vulnerabilidad de la red vincular solo conduce al desequilibrio de un mundo de la vida.

Las autoras inician una antípoda en la narrativa de sus protagonistas, y lo refiero así porque no se miran como sujetos observados, mucho menos como pacientes, sino como seres sintientes que interactúan en una conversación que al mismo tiempo resulta una catarsis, un relato, una historia sobre todo lo que los ha marcado en su devenir físico y mental. En ese sentido, comienzan a diseccionar a detalle el fenómeno social de las trayectorias de la salud mental que terminan en las emociones como el *quantum*, la unidad de medida de lo que se observa a través del lenguaje y el comportamiento en el tiempo.

Ahí es donde hacen conscientemente una alianza fructífera con las investigaciones de Lazarus (2000), pues la dicotomía individuo-sociedad tendría un pase anterior: el 'entorno', de modo que la historia y las experiencias se conjugarían en los comportamientos de cada persona y las condiciones en las que se desarrolla. Esto es lo que se irá estructurando en lo que llamamos sociedad. Por tanto, las emociones, por un lado, se vuelven el plexo teórico, metodológico y analítico, mientras que, por el otro, el afrontamiento, la respuesta para seguir soportando ese mundo de la vida pensado desde las trayectorias de las y los adolescentes participantes.

Si bien la incorporación de las emociones le da un circuito psicológico al abordaje de la obra, esto es solo una primicia para ir valorando la experiencia propia como parte del entramado social que sucede ya en una tipología de la sociedad llamada neolonesa, pues en ese contexto urbano ocurren los desafíos y eventos que enmarcan los desajustes y las valoraciones cognitivas de una sociedad industrializada y cosmopolita. De esta forma, van sucediendo dos círculos en toda la trama social: el de los factores de riesgo y el de los de cuidado, pues en los primeros se observan los desajustes y los problemas sociales, mientras que en los segundos la plataforma de intervención que entra en acción para solventar y sostener eso que llamamos nosotros, nuestra propia estructura social saludable.

De esta manera, el libro asume el reto de abordar con una mirada científica 'la palabra' del actor, de las adolescencias tardías que al hablar por ellas hablan también por todos los núcleos societales como la familia, la escuela

o el Estado. Aquí, las y los adolescentes se posicionan como protagonistas del conocimiento científico, pues la estructura del desarrollo narrativo así lo hace, es decir, cada capítulo de la presentación de los resultados es una voz adolescente que se posiciona como poseedora de su experiencia y de su relato, reflejando un ejercicio innovador y necesario en las ciencias sociales y de frontera: la validez del conocimiento desde situaciones biopsicosociales personales que responden a una mirada actual de nuestros nichos sociales.

Así, Sergio, Luz, Álvaro, Constanza, Antonio, Bárbara, Emilio, Luisa, Julián y Mariana hablan por las adolescencias neolonesas y nos permiten conocer sus trayectorias de vida, aquellos puntos de inflexión valorados desde sus subjetividades e interpretaciones cognitivas que han puesto de manifiesto ‘hitos estructurantes’ que derivan en la evaluación de su salud biopsicoemocional. Se refieren a un retrato de vidas paralelas que logran cruzarse en el entramado social.

Son las emociones el vehículo principal para poder avanzar en el conocimiento multi- y transdisciplinario. Las autoras detectan los conflictos y las vulnerabilidades y logran generar narrativas de integración emocional en el propio desarrollo del conocimiento social. Cada uno de nuestros adolescentes va a narrarse a sí mismo para revelar todos los factores de riesgo que actualmente amenazan a estos grupos de edad. El miedo, la tristeza, la ira, la culpa o vergüenza, la soledad en entornos de rechazo, abandono del padre, el *bullying*, la pérdida de seres queridos, la migración, los chantajes paternos, la violencia intrafamiliar y escolar, las rupturas amorosas tienen como efecto la provocación de trastornos alimenticios o del sueño, consumo de alcohol y drogas, autolesiones, depresión, ansiedad, estrés, agresividad o hasta la ideación suicida.

Aunque persiste una reproducción de todas estas emociones negativas, entornos y efectos en los cursos de vida, nunca sucede lo mismo ni en cada caso ni en el tiempo, lo que provoca pensar que las emociones están concatenadas y al mismo tiempo diferenciadas entre sí de acuerdo con sus entornos y los tipos de vinculación social a los que se exponen en cada caso.

Al hablar de sí mismas, las y los adolescentes lograron también identificarse en sus relaciones saludables, aquellas redes de apoyo más o menos importantes y empáticas que tuvieron a lo largo de su vida, así como aquellas



estrategias de afrontamiento como el arte, el viaje, el estudio, la disciplina, el deporte, las amistades, el entretenimiento, el amor y todo aquello que les dio cierto contrapeso a sus entornos sociales no saludables y que también son provocadoras de emociones positivas. Es ahí donde las autoras muestran una ventana, antes que nada humana, para mirar la oportunidad de volver a tejer hilos saludables, porque no hay otra panacea que no venga de nosotros mismos, de nuestras estructuras sociales; ahí la complejidad de buscar nuevos diseños políticos y culturales de inclusión y regulación.

Por último, es importante reconocer las situaciones patológicas de las emociones en sus respectivos entornos sociales, no solamente para volver a descubrir el binomio individuo-sociedad, sino para traer a la sala del conocimiento científico la comprensión relacional que se comporta como redes sociales con tramas de vida que actualmente han sido asaltadas por los peligros de la violencia y otros elementos biopolíticos y económicos que perturban la salud de las sociedades modernas, lo cual es posible abordar desde sensibilidades metodológicas. A diferencia de Durkheim, esta obra se ubica frente a un reensamble que va de los hechos sociales a los de tramas socioemocionales y cognitivos.

EDER J. NODA RAMÍREZ

*Febrero de 2024*

## Referencias

Durkheim, E. (2016). *El suicidio*. Gorla.

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.



## Prefacio

*No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana*

PLAN DE ACCIÓN DE LA CUMBRE MUNDIAL  
A FAVOR DE LA INFANCIA, 30 DE SEPTIEMBRE DE 1990

Los niños y adolescentes, en cualquier sociedad, son altamente valorados.<sup>1</sup> Esta valoración está fundamentada no sólo en que se encuentran en un período crucial de paso de la infancia a la adultez, de un rápido desarrollo físico, mental y emocional sino, en especial, a que todos estos años iniciales son una preparación para el futuro: *su* futuro y el de la sociedad. A partir de los cambios y los procesos trascendentales que los acompañan, se establecen las bases para definir, en un grado importante, en qué se convertirá y cómo vivirá cada adulto. Por ello cuidar, guiar, atender, supervisar y acompañar, de la mejor y más cercana forma posible los primeros 19 años de vida de todo ser humano, es una de las tareas principales que tenemos como humanidad. Tan importante es esta tarea que, desde 1924 con la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, a la actualidad con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (ONU, 2015), diversas instancias internacionales han establecido normas y estatutos para su cuidado y bienestar.

Cuando esta tarea es descuidada o negligente por las razones que sean, el joven y adulto en formación podrán presentar, con alta probabilidad, dificultades en muchos ámbitos de su vida. En especial, el estado de la salud mental y emocional es un factor de gran relevancia para el logro de un equilibrio y bienestar integral. La OMS (2021b) lo describe así:

---

<sup>1</sup> Para la UNICEF (1989/2006), la infancia se establece hasta antes de los 18 años y la OMS (2021b) ubica la adolescencia de los 10 a los 19 años.

El hecho de no ocuparse de los trastornos de salud mental de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden a la edad adulta, perjudican la salud física y mental de la persona y restringen sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro [párr. 3].

Así, actualmente los ODS (ONU, 2015) consideran también esta problemática. Los ODS son una agenda, establecida por los Estados miembros de la ONU, con objetivos por alcanzar en 2030 para que las sociedades, en todos los países, se den una oportunidad y emprendan un nuevo camino para transformar el mundo y que todas las personas mejoremos nuestras condiciones de vida, “sin dejar a nadie atrás” (párr. 1), es decir, sin excepción, sin que nadie quede fuera de lograr ese bienestar. Esta agenda está conformada por 17 objetivos enfocados en necesidades como la erradicación de la pobreza, la educación, el empleo, la protección al medio ambiente y la salud, entre otros.

De estos ODS (ONU, 2015) toma importancia, para el tema que nos ocupa en el presente libro, la salud mental de los adolescentes, incluida en el *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. De manera específica, la meta 3.4 establece: “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” (párr. 8). De esta manera, la ONU no ha escatimado la importancia de cuidar la salud mental en la niñez y adolescencia considerando que, en especial por sus características y los retos que enfrentan, son un grupo vulnerable para padecer dificultades en esta área (OMS, 2021a).

Pero aún hay otro elemento que remarca el abordaje urgente de las necesidades mentales y emocionales de los niños y adolescentes de la década de 2020: la pandemia por covid-19. Al terminar dicha calamidad podemos observar los daños que quedaron, algunos son evidentes y otros se irán manifestando con el transcurrir del tiempo.

La OPS reportó en 2021 que, en población en general en nuestro continente americano, las condiciones adversas que se vivieron fueron factores desencadenantes de problemas de salud mental como: incremento en la ansiedad y depresión, violencia dentro del hogar, dificultades para dormir, así como incrementos en el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Y que, aun

después de haber sobrevivido los momentos más críticos de la pandemia, entre el 20% al 70% de la población seguía padeciendo ansiedad y depresión. Los grupos más vulnerables fueron los más afectados, por la pandemia y las circunstancias surgidas alrededor de ésta: las mujeres, los jóvenes, las personas de bajos ingresos, las personas con problemas de salud mental pre-existentes y los trabajadores de la salud.

La oms (2021b) reporta que, en 2019, el 14% de los jóvenes de 10 a 19 años padecía algún trastorno mental. De estos, dos son los de mayor prevalencia: los trastornos de ansiedad y los depresivos. Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la adolescencia y se manifiestan, principalmente, a través de preocupaciones excesivas y/o ataques de pánico. Los padecen aproximadamente el 3.6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4.6% de los de 15 a 19 años. Para 2021, durante la pandemia, la OPS reportó que en nuestro continente, 27% de los jóvenes entre 13 y 29 años reportaban haber sentido ansiedad durante los últimos siete días previos al levantamiento de la encuesta (OPS, 2021).

La depresión ha sido reportada como el segundo trastorno emocional más frecuente en los adolescentes de 10 a 19 años (OMS, 2021b). Aproximadamente el 1.1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2.8% de los de 15 a 19 años padece algún tipo de trastorno depresivo. Sin embargo, de acuerdo con el mismo estudio reportado por la OPS (2021), durante la pandemia, este porcentaje se incrementó al 15% (al preguntarles si la habían padecido en los últimos siete días) entre los jóvenes de 13 a 29 años, un incremento altamente considerable para ambos trastornos: la ansiedad y la depresión.

Como se notará, se intensifican ambos padecimientos al aumentar la edad e inciden profundamente en actividades cotidianas como la vida social, laboral y familiar, así como en las labores escolares y asistencia a la escuela. En el caso de la depresión, el alejamiento social y el sentimiento de soledad que suele acompañarla podría inclusive llevar al joven a tener ideas suicidas o a intentar el acto. La oms (2021b) reporta que el suicidio es la cuarta causa de muerte en los jóvenes de 15 a 29 años. Otros trastornos que también suelen sufrir los jóvenes en estas etapas, en general desde la adolescencia, son los trastornos del comportamiento, los trastornos de la conducta alimentaria (como la anorexia y la bulimia nerviosas, las cuales tienen una mortalidad superior en comparación con cualquier otro trastorno mental), las

autolesiones y otras conductas de riesgo como comportamientos sexuales inseguros, consumo nocivo de sustancias adictivas como alcohol, tabaco y otras drogas o la violencia interpersonal la cual se encontró, en 2019, como una de las principales causas de defunción entre los adolescentes de mayor edad (15 a 19 años). Por todo lo anterior, es urgente y de vital importancia que los jóvenes sean provistos de un entorno seguro y de bienestar en el cual puedan ser protegidos a través de su familia, la escuela, las redes sociales que usan y la comunidad en que viven.

Es por ello también que el presente libro aborda esta problemática, desde el ámbito social, invitando al análisis, a la reflexión y a la acción, con base en las trayectorias de salud mental de diez adolescentes desde un enfoque metodológico cualitativo de curso de vida. Puesto que se sabe que aproximadamente la mitad de los trastornos mentales inician antes de los 14 años y cerca del 75% antes de los 18 (OMS, 2021a), es clave entender y atender las necesidades de los adolescentes en esta etapa, en especial aquellas relacionadas con sus emociones, para proveerles un futuro más saludable y esperanzador. Este ha sido, así, un intento comprometido, honesto y responsable para un acercamiento al tema e invitar a todos los actores de la sociedad: profesionales, autoridades políticas, de salud, padres de familia, profesores y comunidad en general, a continuar e incrementar la investigación y la atención a esta población de la sociedad.

## Referencias

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (1989/2006). *Convención sobre los derechos del niño*. UNICEF, Comité español. <https://www.unicef.es/publicacion/convencion-sobre-los-derechos-del-nino>.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. ONU. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021a). *Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar* [Resumen ejecutivo]. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341147>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021b, 17 de noviembre). *Salud mental del Adolescente*. Datos y cifras. Notas descriptivas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

---

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021, 1 de noviembre). *Impacto de la pandemia covid-19 en la salud mental de la población* (Boletín Desastres, 131). <https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-covid-19-salud-mental-poblacion>.





# Introducción

La salud mental es un estado de bienestar que permite a las personas desarrollar todas sus capacidades y habilidades en diferentes momentos de su vida, es decir, las personas saludables mentalmente tienen recursos emocionales, mentales y sociales que les permiten afrontar la adversidad, por lo que es un recurso indispensable para el bienestar individual y colectivo. Las personas saludables mentalmente tienen la capacidad de reconocer sus habilidades, trabajar en sus emociones, desarrollarse productivamente y contribuir a la sociedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022a).

La salud mental ha transitado por un proceso de reconocimiento y aceptación social que promueve el bienestar y la inclusión social de todas las personas. Hace dos décadas la OMS (2001) presentó un informe sobre el tema denominado: “Salud mental: nuevos conocimientos y nuevas esperanzas”. Este documento buscó disminuir el miedo, el estigma y la vergüenza que ha acompañado a las personas que padecen algún problema de salud mental.

Desde una perspectiva histórica, hace más de un siglo, la comprensión de la salud mental era naturalista y sobrenatural (Salaverry, 2012), es decir, se consideraba que sus causas estaban asociadas a castigos divinos o posesiones de espíritus, por mencionar algunos, además de ser resguardada bajo la institución familiar. Sin embargo, en algunos momentos, la humanidad también buscó una explicación lógica al comportamiento disfuncional, surgiendo la teoría humoral<sup>1</sup> y, más recientemente, la concepción biomédica

---

<sup>1</sup> En la Antigüedad se consideró que los “trastornos físicos y mentales, se explicaban por un desequilibrio en

que atribuye las conductas atípicas a los desequilibrios en los diferentes procesos cerebrales que regulan el funcionamiento psicológico y, por consiguiente, el bienestar (Hernández-Paz *et al.*, 2016).

Así, al inicio del siglo XXI, se sabía que la base física de los trastornos mentales estaba en el cerebro y que podía afectar a cualquier persona sin importar el sexo, la raza o religión. También había evidencia de la eficacia de los tratamientos, sin embargo, todavía existen obstáculos culturales, económicos y políticos que impiden el acceso a los tratamientos o medicamentos (OMS, 2001).

El Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (2014) explica que la salud mental es una construcción social en la que intervienen los criterios de conducta, salud y enfermedad del grupo social al que pertenece el paciente, ya que son ellos quienes diferencian el comportamiento normal del anormal. Para esta institución, estos razonamientos han generado diagnósticos inadecuados que, lejos de beneficiar a los individuos, familias y comunidades, han postergado la atención adecuada, puesto que dichas clasificaciones provienen de la subjetividad.

Con la intención de evitar esas subjetividades y poder generar datos estadísticos sobre las condiciones de salud a nivel mundial, la OMS creó la Clasificación Nacional de Enfermedades (CIE), actualmente en su versión 11 (2022d). Este instrumento contiene códigos únicos para identificar traumatismos, enfermedades y causas de muerte (Gómez, 2015), mientras que la Asociación Psiquiátrica Americana publica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-5), con el propósito de apoyar a los especialistas en esta área en el diagnóstico y valoración de los trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014b).

## La salud mental en el mundo

Los trastornos mentales son cambios clínicamente significativos en la cognición, la regulación emocional y la conducta de las personas que se vinculan

---

los cuatro humores básicos que componían el cuerpo humano: bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre” (Hernández-Paz, 2016, p. 90).

con estados de angustia, discapacidad funcional y riesgo de conducta autolesiva (OMS, 2022b).

La OMS reportó que en el año 2001 había 450 millones de personas en el mundo que padecían algún trastorno mental, cifra que se duplicó en el 2019, en el cual había 970 millones de personas con el mismo problema, los trastornos más comunes son la ansiedad y la depresión, sin distinción de género. Continuando con la comparación, en 2001 la depresión grave fue la principal causa de discapacidad y, en 2019, las principales causas de discapacidad en el mundo fueron la depresión, la ansiedad y la enfermedad del Alzheimer (OMS, 2001; OMS, 2022a; Organización Panamericana de la Salud, [OPS] 2019).

Actualmente los avances científicos confirman que, en los trastornos mentales intervienen factores genéticos, biológicos, sociales y ambientales. No se debe excluir ni discriminar a las personas que presentan algún padecimiento ni someterlos a tratamientos que dañen su integridad, ya que en la medida de sus posibilidades deben vivir en libertad ejerciendo todos sus derechos humanos (OMS, 2001). A pesar de los esfuerzos internacionales traducidos en políticas públicas y sociales, los trastornos mentales continúan impactando la vida de las personas; así, la Confederación Salud Mental España (2023) estima que:

- Una de cada cuatro personas presentará un trastorno mental en algún momento de su vida.
- La presencia de trastornos mentales es superior a las enfermedades de cáncer y los problemas cardiovasculares.
- Entre el 35% y 50% de las personas que padecen algún trastorno mental no reciben atención médica o reciben atención inadecuada.
- Más de 300 millones de personas en el mundo viven con depresión; este trastorno aumentó un 18.4% entre 2005 y 2015.
- El 50% de los problemas de salud mental en adultos comienzan antes de los 14 años y el 75% antes de los 18.
- Anualmente cerca de 800 000 personas se suicidan, lo cual coloca este acto como la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años.

Los principales desórdenes mentales en el mundo son: el trastorno de ansiedad, la depresión, la bipolaridad, el trastorno de estrés postraumático, la esquizofrenia, los trastornos del comportamiento alimentario, trastornos de comportamiento disruptivo y antisocial, y los trastornos del neurodesarrollo (OMS, 2022a).

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014a), los **trastornos de ansiedad** se identifican porque la persona que los padece siente miedo, preocupación exagerada y comportamientos inadecuados relacionados. Define miedo como “una respuesta emocional a una amenaza inminente” (p. 189) y la ansiedad como “una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” (p. 189). Los diversos trastornos de ansiedad se subclasifican en: *a*) trastornos de ansiedad por separación (ante personas con las que se ha establecido un apego), *b*) mutismo selectivo (dificultad para hablar en determinadas situaciones sociales), *c*) fobias específicas (temores a cosas o situaciones precisas), *d*) fobia social, también llamado trastorno de ansiedad social (miedo o ansiedad a relacionarse socialmente), *e*) trastorno de pánico (crisis de pánico recurrentes e inesperadas), *f*) agorafobia (temor o ansiedad ante espacios públicos y/o concurridos), *g*) trastorno de ansiedad generalizada (ansiedad y preocupación excesiva difíciles de controlar), *h*) trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos diversos e *i*) aquellos inducidos como consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

Los **trastornos depresivos** se caracterizan por: tristeza, irritabilidad, pérdida del sentido de vida y de interés por las actividades cotidianas, por horas, días o inclusive meses. Hay dificultad para concentrarse, disminución de la autoestima y la motivación, así como disminución del apetito y por consiguiente del peso corporal; la persona puede sentirse cansada y débil, entre otros síntomas. Estos trastornos se subdividen en: *a*) trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (accesos de cólera intensos y continuos); *b*) trastorno de depresión mayor (estado de ánimo deprimido o pérdida de motivación o placer por lo menos durante dos semanas); *c*) distimia (trastorno depresivo persistente durante un mínimo de un año en niños y adolescentes y dos años en adultos); *d*) trastorno disfórico premenstrual (síntomas que se presentan alrededor de la mayoría de los ciclos menstruales); *e*) trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento; *f*) el trastorno depresivo debido a otra afección médica; *g*) otro trastorno

depresivo especificado, y *h*) otro trastorno depresivo no especificado (APA, 2014a).

El **trastorno bipolar** y otros relacionados, se caracterizan por la presencia de etapas de depresión y de estados alterados o maníacos. Se clasifican en: *a*) trastorno bipolar I; *b*) trastorno bipolar II (se diferencian en si hay presencia o no de algún episodio de depresión mayor y otros síntomas); *c*) trastorno ciclotímico (períodos maníacos y depresivos con duración de uno o dos años de acuerdo a la edad); *d*) trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos; *e*) trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra afección médica; *f*) otro trastorno bipolar (que no reúna ninguno de los criterios anteriores); *g*) otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, y *h*) trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado (APA, 2014a).

El **trastorno de estrés postraumático** (TEPT) es un subtipo de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (APA, 2014a). El TEPT se presenta de manera posterior a que una persona ha sido expuesta a un factor traumático o estresante grave, en particular en el cual haya estado expuesta a morir, a algún tipo de violencia sexual y/o a lesiones graves, de forma real o como amenaza.

La esquizofrenia forma parte del conjunto mayor de los **trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** (APA, 2014a). Además de *a*) la esquizofrenia, aquí son catalogados: *b*) el trastorno esquizotípico de la personalidad y *c*) otros trastornos psicóticos (trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, trastorno psicótico debido a otra afección médica, catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía), trastorno catatónico debido a otra afección médica, catatonía no especificada, otros trastornos del espectro de la esquizofrenia especificados y no especificados y otros trastornos psicóticos. Independientemente de las diferencias sintomáticas que pueda haber entre todas estas categorías, es importante mencionar los cinco puntos comunes y clave de todo trastorno psicótico (incluida la esquizofrenia): 1) delirios, 2) alucinaciones, 3) pensamiento (discurso) desorganizado, 4) comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y 5) síntomas negativos (aquellos en los cuales hay disminución

de características importantes como poca o nula motivación, falta de interés y disfrute de actividades que comúnmente lo son, aislamiento y dificultad para mostrar emociones).

Los **trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos** se caracterizan por una perturbación continua y constante en el proceso y en el consumo de los alimentos, que lleva a una dificultad persistente y significativa en la salud y en la funcionalidad del paciente en su vida diaria (APA, 2014a). Aunque hay diversos trastornos alimenticios (pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y el trastorno de atracones), la anorexia y la bulimia nerviosas, en las cuales principalmente se da una alteración o inhibición de la alimentación, son los que más prevalecen en nuestra sociedad, sobre todo en población juvenil y adolescente (OMS, 2022a).

Los **trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta** son dificultades que se presentan para autocontrolar las emociones, con presencia de comportamientos que llevan a transgredir derechos de otras personas (violentarlas, robarlas, etc.). También estas personas tienden a oponer resistencia o presentar conductas violentas ante figuras de autoridad o hacia leyes sociales establecidas. Estos trastornos pueden subdividirse en: *a*) trastorno negativista desafiante (enfados, discusiones, actitud desafiante); *b*) trastorno explosivo intermitente (arrebatos frecuentes de agresividad sin poderlos controlar); *c*) trastorno de conducta (falta de respeto a los demás, transgresión de reglas o normas sociales de forma repetida y constante); *d*) trastorno de la personalidad antisocial (patrón dominante de desprecio y vulneración de los derechos de los demás que se inicia antes de los 15 años; *e*) la piromanía (gusto por provocar incendios en más de una ocasión); *f*) la cleptomanía (no controlar el impulso de robar objetos no necesarios o que el paciente tiene la capacidad monetaria de adquirir), y *g*) otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado y no especificado (APA, 2014a).

Los **trastornos del neurodesarrollo** son dificultades que inician a edades muy tempranas, desde etapas iniciales del desarrollo humano, mayormente antes de los seis años. Algunos de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes (OMS, 2022d) son: *a*) discapacidad intelectual, también llamado trastorno del desarrollo intelectual (dificultades para el razonamiento, la

resolución de problemas, planificación, por mencionar algunos); *b*) trastorno del lenguaje (dificultades en la adquisición y uso del lenguaje; *c*) trastorno del espectro autista (dificultad significativa en la comunicación e interacción social); *d*) trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) (comportamiento de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad), y *e*) trastorno específico del aprendizaje (dificultades para tareas académicas como: lectura, escritura, comprensión de lectura, expresión escrita, etc.) (APA, 2014a).

## Determinantes de la salud mental

Hay factores protectores y de riesgo individuales, familiares, escolares y sociales que permiten el bienestar o el malestar mental de las personas (Fernández, 2021) (véanse tablas 1 y 2). Algunos de ellos están presentes desde el nacimiento y otros se van manifestando a lo largo de la vida, por lo que la trayectoria de la salud mental no es un proceso lineal, por el contrario, ésta puede tener múltiples puntos de inflexión que modifican el bienestar. La incidencia de estos cambios a lo largo de la vida dependerá, entre otros, de la valoración psicosocial que la persona le da a los diferentes eventos que se presentan en el curso de su vida, por lo que un individuo puede tener desde “un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional” (OMS, 2022a, p. 2).

La salud mental es un proceso complejo, su estudio a lo largo del tiempo ha permitido predecir algunos factores de riesgo o protectores y comprobar que, aunque no son determinantes, se sabe que tiene incidencia en el bienestar o malestar de las personas (OMS, 2022c). Un factor protector es una cualidad, un rasgo o condición que salvaguarda a la persona cuando ésta se encuentra en un estado de riesgo (Márquez-Caraveo y Pérez-Barrón, 2019); por el contrario, un factor de riesgo es un rasgo o evento identificable que aumenta las posibilidades de experimentar determinado suceso o de padecer alguna enfermedad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023b).

**Tabla 1. Factores protectores asociados a la salud mental**

Individuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a la educación.</li> <li>• Alimentación adecuada.</li> <li>• Atributos sociales.</li> <li>• Creencias morales y valores.</li> <li>• Habilidades emocionales.</li> <li>• Habilidades sociales.</li> <li>• Logros escolares</li> <li>• Optimismo.</li> <li>• Percepción positiva de sí mismo.</li> <li>• Vínculo familiar.</li> </ul>	Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres y/o madres que proveen cuidado y ayuda.</li> <li>• Armonía familiar, familia segura y estable.</li> <li>• Cercanía y apego a la familia.</li> <li>• Relaciones de apoyo.</li> <li>• Comunicación afectiva.</li> <li>• Expresión emocional.</li> </ul>
Escolares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clima escolar positivo.</li> <li>• Sentimientos de pertenencia.</li> <li>• Grupo de pares prosocial.</li> <li>• Colaboración y apoyo educativo.</li> <li>• Oportunidades de éxito escolar.</li> <li>• Reconocimiento de logros.</li> <li>• Educación de calidad.</li> <li>• Educación inclusiva y respetuosa.</li> <li>• Seguridad escolar (no violencia, no acoso).</li> </ul>	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones significativas.</li> <li>• Diversas oportunidades en momentos críticos.</li> <li>• Seguridad ante cambios importantes.</li> <li>• Seguridad económica.</li> <li>• Salud física.</li> <li>• Acceso al mercado laboral.</li> <li>• Vivienda digna.</li> <li>• Cohesión social.</li> <li>• Relaciones sociales positivas.</li> <li>• Comunidad segura.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCYTU, 2018) y la OMS (2022a, 2022b).

**Tabla 2. Factores de riesgo asociados a la salud mental**

Individuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento.</li> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Componentes genéticos.</li> <li>• Daño cerebral prenatal.</li> <li>• Discapacidad física e intelectual.</li> <li>• Enfermedades crónicas.</li> <li>• Escasos o nulos vínculos afectivos.</li> <li>• Habilidades sociales deficientes.</li> <li>• Impulsividad.</li> <li>• Problemas en el nacimiento.</li> <li>• Salud deficiente en los primeros años del desarrollo.</li> </ul>	Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divorcio o separación.</li> <li>• Experiencias de rechazo.</li> <li>• Familia disfuncional.</li> <li>• Familia numerosa.</li> <li>• Madre adolescente.</li> <li>• Modelos con rol antisocial.</li> <li>• Negligencia con el cuidado en la infancia.</li> <li>• Padre o madre solteros.</li> <li>• Padres con abuso de sustancias y/o con problemas mentales.</li> <li>• Padres en situación de desempleo prolongado.</li> <li>• Violencia familiar.</li> </ul>
Escolares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios de escuela.</li> <li>• Carencia de vínculos afectivos en la escuela (amigos y maestros).</li> <li>• Expectativas falsas.</li> <li>• Falta de expectativas.</li> <li>• Fracaso o deserción escolar.</li> <li>• Manejo inadecuado de la conducta.</li> <li>• Peleas/riñas.</li> </ul>	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desventaja socioeconómica.</li> <li>• Discriminación social y cultural.</li> <li>• Violencia y criminalidad.</li> <li>• Condiciones inadecuadas de la vivienda.</li> <li>• Falta de servicios públicos.</li> <li>• Falta de lugares de esparcimiento.</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Relaciones insatisfactorias.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la INCYTU (2018) y la OMS (2022a, 2022b).



Actualmente se identifican cuatro ámbitos (individual, familiar, escolar y social) en los que se producen los eventos<sup>2</sup> que impactan la salud mental de las personas. Conocerlos permite situar a la persona en el entorno, ya que es éste el que determina la inhibición o expresión de la emoción, las reacciones y el modo en que se llevan a cabo. Así, Lazarus (2000) explica que el estrés y las emociones emanan de un proceso de valoración en el cual la persona identifica que el evento (problema) es más grande que sus recursos de afrontamiento, por lo que se genera un desbalance en su salud mental. Por lo anterior, se considera importante recalcar que una situación determinada no repercute de la misma manera en todas las personas, incluso ni en la misma persona durante su curso de vida, ya que el grado de afectación dependerá de los recursos personales y ambientales con los que cuente en ese momento.

---

<sup>2</sup> La OMS (2022a) menciona que algunos de estos eventos pueden ser: el abuso físico, sexual y emocional, muerte de un familiar, enfermedad, desempleo, falta de hogar, encarcelamiento, pobreza, accidentes de trabajo, responsabilidad en el cuidado de un enfermo o discapacitado, guerra, violencia o desastres naturales.



# 1. La salud mental de los adolescentes

Durante el confinamiento por la pandemia del covid-19, los temas relacionados con la salud física y mental de la población tomaron relevancia. Analizar los múltiples efectos fue una prioridad para los organismos internacionales, las instituciones educativas y los académicos de diferentes disciplinas. En materia de salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022a) expresó que durante los primeros meses del confinamiento los trastornos mentales, específicamente la depresión y la ansiedad aumentaron 27.6% y 25.6% respectivamente. En comparación con los hombres, las mujeres fueron las más afectadas; con respecto a la población más joven se evidenció un aumento del riesgo suicida y los comportamientos autolesivos.

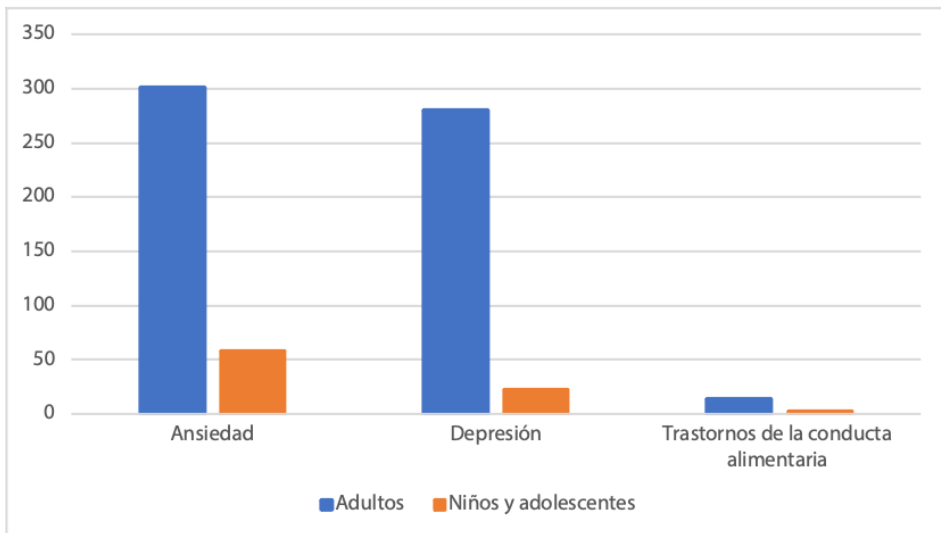
Un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) durante el confinamiento por el covid-19, reportó que 27% de los adolescentes y jóvenes entre 12 y 29 años padecían ansiedad y 15% depresión, esto era relevante ya que la cuarta razón de muerte de este grupo es el suicidio (OMS, 2022a). Debido a esto, las instituciones de salud a nivel mundial, regional, nacional y estatal crearon alternativas de atención para las personas que estaban viviendo episodios de depresión y/o ansiedad provocados por el aislamiento social y la incertidumbre educativa, económica, laboral y social.

No obstante, un año antes de la pandemia, en 2019, ya existían en el mundo 970 millones de personas que sufrían algún trastorno mental. De este grupo, 886 millones eran adultos y 84 millones, niños y adolescentes; además, el 69% de los niños y adolescentes sufría ansiedad, 27.4% depresión

y 3.6% padecían trastornos alimenticios (OMS, 2022a). Conjuntamente, en ese mismo año, la UNICEF (2019) reportó que más del 20% de los adolescentes padecían algún trastorno mental, cerca del 15% de los jóvenes entre 12 y 19 años tuvieron ideaciones suicidas y el suicidio fue el segundo motivo de defunción de los adolescentes entre 15 y 19 años. En 2018 la depresión fue la tercera causa de morbilidad en los adolescentes y el consumo de sustancias —alcohol y drogas ilícitas— generó conductas de riesgo en múltiples países (Pan-American Health Organization [PAHO], 2018) y en 2015, el suicidio y las muertes accidentales por autolesiones fueron el tercer motivo de muerte en los adolescentes (OMS, 2017).

Los trastornos que afectan en mayor medida a la población de niños y adolescentes son la ansiedad, la depresión y los trastornos alimenticios (véase gráfica 1).

**Gráfica 1.** Principales trastornos mentales, en millones de personas



Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de la OMS (2022b).

La adolescencia es una etapa reconocida socialmente por las transformaciones fisiológicas, educativas y sociales, así como por la sensibilidad que tiene el cerebro a la dopamina y por el desbalance de la serotonina, las cuales provocan alteraciones en el apetito, el sueño y en la sensibilidad al

dolor (UNICEF, 2021). Los cambios que se experimentan en esta etapa contribuyen a la maduración, la autorregulación y el control emocional, sin embargo, también generan alteraciones significativas en su conducta.

Las cifras permiten comprender que las y los adolescentes, en etapas anteriores a la pandemia, ya eran considerados un grupo vulnerable a experimentar depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, trastornos de personalidad, conductas autolesivas e ideaciones suicidas. Como se mencionó en párrafos anteriores, los primeros síntomas de los trastornos mentales inician, en el 50% de los casos, antes de los 14 años y en el 75%, antes de los 18 años. Este grupo poblacional forma parte de la sexta parte de la población mundial que no cuenta con un diagnóstico ni tratamientos adecuados para sus afectaciones (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2018).

Sin duda, la pandemia fue un punto de inflexión en la vida de la humanidad y, en el caso particular de esta investigación, en la de los adolescentes. En esos momentos el temor al contagio o al fallecimiento de un ser querido, la incertidumbre ante un contexto desconocido, la preocupación por el distanciamiento físico, el estrés que para algunos generaba la educación virtual, la precariedad laboral y la disminución de los ingresos familiares, provocaron un aumento de los trastornos mentales temporales como la ansiedad generalizada, los trastornos de pánico, las fobias sociales y la depresión (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2021).

Estos padecimientos, con el retorno a la nueva normalidad y a las actividades presenciales, en algunos adolescentes han ido desapareciendo, pero en otros han prevalecido ya que, de acuerdo con el estudio en que se basa el presente libro, los jóvenes participantes reportaron que su condición de malestar había estado presente desde antes de la pandemia del covid-19. Aunque hay datos cuantitativos, no fue posible encontrar información obtenida a través de un enfoque cualitativo sobre la trayectoria de salud mental de los adolescentes, por lo que se decidió realizar una investigación de corte cualitativo desde el ámbito social para conocer sobre ella.

La teoría cognitiva de las emociones de Lazarus (2000) permitió analizar el impacto de los eventos estresantes (estímulos) sobre los adolescentes (organismo) y las diferentes emociones que emanaron de estos (reacción), a partir de la valoración del evento. Esta postura teórica permite plantear la primera pregunta de investigación: ¿cuáles fueron los primeros eventos y

las emociones derivadas de éstos que fragilizaron la salud mental de los adolescentes?

Esta teoría da la oportunidad de estudiar el manejo que los adolescentes le dieron a las emociones generadas por dichos eventos. Lazarus (2000) aborda dos funciones del manejo de las emociones: 1) la centrada en el problema, cuando se tiene información para cambiar la situación y 2) la centrada en la emoción, en la cual la realidad no puede ser alterada, por lo que la persona busca la manera de poder regular sus emociones. De esta premisa emana la segunda pregunta de investigación: ¿cuáles fueron las conductas que siguieron los adolescentes para regular las emociones provocadas por los eventos estresantes?

Lazarus (2000) explica que el manejo adecuado de las emociones y de los eventos estresores se presenta cuando las personas cuentan con un apoyo social, el cual es reconocido como un factor protector. Para Lazarus, esta es una estrategia de afrontamiento que está presente en la vida de las personas, siempre y cuando se cuente con la capacidad de cultivar relaciones sociales y pedir ayuda en caso de experimentar eventos estresantes. El apoyo social se puede encontrar en cualquier espacio de la comunidad (familia, iglesia, escuela, instituciones gubernamentales y/o de salud). Dada la importancia de las estrategias de afrontamiento en la salud mental de los adolescentes, se originó la tercera pregunta de investigación: ¿cuáles fueron las principales estrategias de afrontamiento que permitieron a los adolescentes proteger su salud mental?

Igualmente, de todo esto se planteó el objetivo general y los específicos que guiaron el presente estudio:

## Objetivo general

- Analizar la trayectoria de salud mental de un grupo de adolescentes residentes en el Área Metropolitana de Monterrey, N. L.

## Objetivos específicos

- Estudiar los eventos, el momento y las emociones que propiciaron la fragilización de la trayectoria de salud mental de los adolescentes.
- Analizar las conductas que utilizaron los adolescentes para regular las emociones provocadas por los eventos estresantes.
- Investigar las principales estrategias de afrontamiento que contribuyeron a salvaguardar la salud mental de los adolescentes.





## 2. El método científico

### **La investigación cualitativa como vía de acceso a la realidad social**

Actualmente se ha dimensionado la salud mental y en diferentes espacios se reconocen y abordan temas relacionados con los trastornos mentales, las conductas de riesgo y los intentos de suicidio. Sin embargo, todavía existe en nuestra sociedad mexicana cierto estigma, miedo e incapacidad que impide a las personas que los padecen compartir su experiencia. Por lo anterior, y de acuerdo con los objetivos de esta investigación, se consideró que las características de la metodología cualitativa permitirían:

- Generar un espacio de confianza con los participantes que les diera la oportunidad de compartir sus experiencias más profundas.
- Acompañar a los adolescentes en este proceso retrospectivo.
- Observar y analizar el lenguaje no verbal que acompaña al proceso.

La metodología cualitativa es más que una serie de pasos para acceder al conocimiento, ofrece la posibilidad de un acercamiento que permite entender, describir y explicar las diferentes problemáticas sociales desde las experiencias individuales, sin olvidar el contexto (Flick, 2014). En esta metodología, la visión de los actores sobre el significado que le dan a su experiencia y relaciones sociales es trascendental, así como el contexto en el que se desarrolla (Vela, 2008). Además, la metodología cualitativa da la posibilidad de un análisis profundo de la experiencia, las emociones y los sentimientos que emanan detrás de las palabras (Schettini y Cortazzo, 2015). La revisión de la literatura (Deslauriers, 1991; McCracken, 1991; Taylor y Bogdan, 1996;

Vasilachis de Gialdino, 2006) confirma que la metodología cualitativa brinda la oportunidad de:

- Indagar en las dimensiones de interés abiertamente, logrando abordar el problema desde múltiples enfoques.
- Comprender la trayectoria de salud mental que viven las y los adolescentes desde los aspectos teóricos hasta un plano más subjetivo, el cual deriva de sus propias vivencias y de las condiciones que les han permitido vivir y afrontar estos padecimientos.
- Entender la realidad de las y los adolescentes que viven emociones displacenteras y/o conductas de riesgo mediante la descripción, comprensión y explicación que se derive del trabajo de campo.
- Ampliar el conocimiento sobre los elementos que influyen en la aparición temprana de las afectaciones de la salud mental.

Para el abordaje de la metodología cualitativa se utilizó el enfoque metodológico de curso de vida acompañado del método biográfico, ya que el interés del presente estudio fue analizar la trayectoria de salud mental de un grupo de adolescentes, por lo cual el método implementado debía permitir obtener información retrospectiva que diera la oportunidad de identificar momentos importantes de sus vidas como las transiciones y los puntos de inflexión. Se concluyó que la combinación del enfoque de curso de vida y del método biográfico era la adecuada porque, al realizar las narrativas, la persona puede volver a experimentar, mediante los recuerdos, situaciones de vida que le provocaron diversas emociones. Por tanto, este enfoque permite reflexionar y generar una conciencia sobre lo vivido, pues al narrar desde el método biográfico, la persona cuenta y ofrece información para la ciencia (Landín y Sánchez, 2019).

Además, ambos métodos permiten un análisis retrospectivo longitudinal, el cual es considerado importante por Lazarus (2000) puesto que, a través de ellos, se consideran los patrones evolutivos en las trayectorias de vida.

## La entrevista cualitativa como herramienta de acopio y construcción del conocimiento

La entrevista cualitativa es una conversación entre dos personas en la cual se transmite información utilizada por diferentes áreas de las ciencias sociales; se considera una técnica para analizar la realidad social desde distintos abordajes (Vela, 2008). Las entrevistas se dividen en estructuradas, semi estructuradas y no estructuradas o en profundidad. La técnica que se consideró para el levantamiento de los datos de esta investigación fue la entrevista no estructurada o en profundidad, porque es una herramienta que tiene la intención de adentrarse en la vida del otro, ir hasta lo más profundo de manera sutil, sin invadir ni lastimar con cuestionamientos incómodos. La entrevista en profundidad se da a través de conversaciones presenciales en las que el investigador analiza y comprende minuciosamente la experiencia del otro (Robles, 2011).

Algunas ventajas de la entrevista en profundidad en esta investigación fueron que, debido al proceso de *rapport* (elementos que generan confianza para que se dé la interrelación) y a su flexibilidad, se logró generar un diálogo abierto e íntimo con los adolescentes. Las narrativas permitieron observar que los participantes se sintieron seguros y cómodos al narrar su experiencia de vida. La falta de claridad en algunas respuestas se pudo resolver de forma inmediata.

La entrevista en profundidad se hizo utilizando los lineamientos de la historia de vida, ya que ésta corresponde al método biográfico y se conforma por relatos que tienen como objetivo recuperar experiencias desde los actores que las vivieron, por lo cual las historias de vida se reviven y reconstruyen para lograr la comprensión y el análisis de la realidad social (Santamarina, 2007). Así, el enfoque de curso de vida, sumado al método biográfico, permitió ver al participante de forma multifacética, deconstruyéndose y construyéndose de acuerdo con el tiempo, proceso y contexto por el cual se va transitando, por lo que se evita una visión fragmentada de la problemática de interés (Reséndiz, 2008).

Cada historia de vida o trayectoria inicia en un momento diferente y cada suceso es determinado por situaciones disímiles, por lo que es el participante quien marca cómo ha evolucionado su vida, los instantes y las

situaciones que impactaron su trayectoria de vida, sus eventos importantes, su desarrollo, continuidades y discontinuidades. Esto faculta para poder crear modelos de acción y reacción concurrentes o divergentes que sirven como referencia para la fundamentación de proyectos sociales, políticas sociales o futuras investigaciones (Bolívar *et al.*, 2001).

El siguiente paso del proceso de investigación fue el diseño de la guía de entrevista en profundidad, integrada por cuatro dimensiones que permitieron dar respuesta a los objetivos generales y específicos planteados (véase tabla 3).

**Tabla 3. Dimensiones y categorías**

Dimensión	Conceptualización	Categorías	Indicadores descriptivos
Perfil sociodemográfico.	Datos generales de los adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad.</li> <li>• Escolaridad .</li> <li>• Género.</li> <li>• Municipio de residencia.</li> <li>• Ocupación.</li> <li>• Composición familiar.</li> </ul>	<p>¿Cuántos años tienes?</p> <p>¿Con qué género te identificas?</p> <p>Actualmente ¿dónde vives?</p> <p>¿A qué te dedicas?</p> <p>¿Cuál fue tu último grado de estudios?</p> <p>¿Cómo está integrada tu familia?</p> <p>O ¿Con quién vives?</p>
Transición de la trayectoria de salud mental.	Eventos que modificaron el estado actual de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evento.</li> <li>• Valoración.</li> <li>• Emociones.</li> <li>• Manejo.</li> </ul>	<p>¿Cuándo fue la primera vez que sentiste que tus emociones empezaron a cambiar? ¿Cuántos años tenías?</p> <p>¿Qué fue lo que paso?</p> <p>¿Qué sensaciones físicas y emocionales experimentaste? ¿Cómo lo afrontaste?</p>
Conductas de regulación emocional.	Acciones autodestructivas que la persona realiza para controlar o manejar su emoción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autolesiones.</li> <li>• Conductas de riesgo.</li> <li>• Confrontamiento.</li> <li>• Consumo de sustancias.</li> <li>• Distanciamiento.</li> <li>• Escape-evitación.</li> </ul>	<p>¿Qué hacías cuando te sentías así... triste, enojado, solo, menospreciado?</p> <p>¿Cómo te sentías al realizar esas acciones?</p> <p>¿Consideras qué podías hacer algo diferente?</p>
Estrategias de afrontamiento.	Recursos personales que permiten modificar el manejo de forma positiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación de la responsabilidad.</li> <li>• Autocontrol.</li> <li>• Búsqueda de apoyo social.</li> <li>• Resolución planificada de problemas.</li> <li>• Revalorización positiva.</li> </ul>	<p>¿A quién recurrías cuando no te sentías bien?</p> <p>¿Cómo te apoyaba?</p> <p>¿Cómo te sentías al hablarlo con otras personas?</p> <p>¿Quiénes fueron tus redes de apoyo?</p> <p>¿Qué hacías para hacerte sentir mejor?</p>

## Criterios de inclusión

- Tener entre 17 y 21 años.
- Habitar en el Área Metropolitana de Monterrey, N. L.
- Ser soltero.
- No tener hijos.
- Haber experimentado en el último año, de forma ininterrumpida, emociones displacenteras como el miedo, la tristeza, la soledad, el enojo o el estrés.

## Criterios de exclusión

- Adolescentes en etapa temprana o media.
- Personas mayores de 22 años.
- Personas que no habitan en el Área Conurbada de Monterrey, N. L.
- Personas casadas o viviendo en unión libre.
- Personas con hijos.
- Personas que no experimentaron constantemente emociones displacenteras.

## Viabilidad en el acceso al campo

Puesto que dos de las autoras/investigadoras de este estudio forman parte de la planta docente en nivel licenciatura de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó ayuda del alumnado para llegar a algunos adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión. Pero también, adicionalmente se diseñó un poster digital en el que se hizo alusión a las características de los participantes de manera respetuosa y sutil; dicho instrumento se divulgó en diferentes redes sociales.

Paulatinamente se comenzó con el trabajo de campo, todas las entrevistas se efectuaron en Ciudad Universitaria. Es importante mencionar que no todos los participantes estudiaban en el campus, sin embargo, al momento

de acordar un punto de encuentro externaron que era más fácil para ellos el acceso a dicho lugar. Las entrevistas se concertaron entre los meses de agosto y noviembre de 2022 y tuvieron una duración promedio de 90 minutos. Todas fueron audio grabadas, previo consentimiento de los participantes. La muestra quedó conformada por cinco hombres y cinco mujeres, ya que con sus relatos se logró la saturación de las categorías (véanse tablas 4 y 5).

**Tabla 4.** *Perfil sociodemográfico de la población femenina*

Participante	Edad	Municipio de residencia	Ocupación	Escolaridad	Tipo de arreglo familiar
Luz	19	Monterrey	Estudiante	Quinto semestre de licenciatura	Monoparental femenina
Bárbara	18	Escobedo	Estudiante	Tercer semestre de licenciatura	Nuclear
Luisa	21	Escobedo	Estudiante	Quinto semestre de licenciatura	Nuclear
Mariana	21	Monterrey	Estudiante y trabaja	Segundo semestre de licenciatura	Nuclear
Constanza	20	Monterrey	Estudiante	Quinto semestre de licenciatura	Extensa (tres generaciones)

**Tabla 5.** *Perfil sociodemográfico de la población masculina*

Participante	Edad	Municipio de residencia	Ocupación	Escolaridad	Tipo de arreglo familiar
Álvaro	17	Guadalupe	Estudiante	Prepa terminada	Nuclear
Sergio	18	Salinas Victoria	Estudiante	Tercer semestre de licenciatura	Nuclear
Julián	21	Monterrey	Estudia y trabaja	Segundo semestre de licenciatura	Extensa (tres generaciones)
Antonio	19	Escobedo	Estudiante	Primer semestre de licenciatura	Monoparental femenina
Emilio	17	Monterrey	Estudiante	Tercer semestre de licenciatura	Monoparental femenina

## Consideraciones éticas

La ética es un valor que acompañó todo el proceso de investigación. De forma general, el abordaje de las problemáticas sociales desde la metodología

cualitativa implica un proceso cuidadoso en el cual se busca analizar las experiencias de las personas y proteger su identidad e integridad. Por ello, garantizar la seguridad de los datos es una prioridad para los investigadores y, para lograrlo, se utilizó el consentimiento informado, un pilar que garantiza la ética en las investigaciones (Parra y Briceño, 2013).

En el documento de consentimiento informado se describe el objetivo del estudio, los investigadores participantes y se invita al informante a ser parte del proyecto de forma voluntaria. Se le explica en qué consiste su colaboración y que toda la información proporcionada será manejada con absoluta confidencialidad, es decir, que no se publicará ningún dato que pudiera identificarlo, además de que su participación no lleva implícito ningún riesgo ni beneficio directo. Se le hace hincapié en que toda su experiencia contribuirá a comprender la trayectoria de salud mental de los adolescentes. El documento concluye expresando que la persona es libre de participar y, por tanto, tiene el derecho de negarse o cancelar la entrevista, sin repercusiones, en cualquier momento. Por último, se refuerzan los compromisos de confidencialidad por parte de los investigadores, de protección y confidencialidad de los datos. Algunos adolescentes tuvieron ciertas dudas que fueron clarificadas en ese momento y, posteriormente, se llevaron a cabo las entrevistas.

## **Ventajas y limitaciones del estudio**

El estudio presenta una mirada a la salud mental desde el ámbito social, esto es el análisis desde diferentes ámbitos: individuales, familiares y sociales y, aunque los resultados son significativos, una limitante es que no permiten ser generalizados, por lo que se debe tomar en cuenta que los resultados corresponden a un grupo de diez adolescentes. Otra limitación consistió en no poder integrar a jóvenes mayores de 21 años interesados en contar su experiencia, y aunque se les explicaban las características del estudio, ellos se sentían excluidos y sugerían realizar otra en la que ellos pudieran contar sus vivencias.

Con relación a las ventajas, una de ellas fue la pronta respuesta de los adolescentes y los hallazgos identificados en sus narrativas. La otra ventaja

consistió en que, desde el principio de la investigación se buscó un equilibrio en el género de los participantes, lo cual se logró y, contrario a lo esperado, los primeros tres participantes fueron hombres y después mujeres y hombres hasta lograr la saturación teórica.

## **Criterios de validez**

### **Reflejo de la realidad**

Martínez (2006) explica que la validez en la investigación cualitativa se reconoce porque sus resultados son capaces de reflejar la realidad lo más clara, representativa y completa posible. En esta investigación, las narrativas utilizadas dejan evidencia de la experiencia de los adolescentes la cual ha sido analizada desde la teoría de las emociones de Richard Lazarus (2000) y desde la mirada de las investigadoras, quienes buscaron recopilar la mayor cantidad de elementos teóricos y empíricos que sustentaran esa realidad.

### **Observación desde múltiples matices**

En la investigación cualitativa la validez se valora cuando el investigador es capaz de observar la realidad ampliamente (Martínez, 2006). Para lograr esa mirada global, se revisó literatura que abordaba el tema de la salud mental desde diversos ámbitos, además, la formación de las autoras corresponde a disciplinas de economía, trabajo social y psicología, lo que permitió realizar un análisis holístico de la problemática en el cual hubo retroalimentación y reevaluación.

### **Triangulación**

Cuando se habla de validez en la investigación cualitativa, se alude a lo que ha sido verificado a través de varios procedimientos que permiten describir la realidad en profundidad y esto se garantiza con los aportes de los inves-



tigadores y de la triangulación de fuentes de información (Plaza *et al.*, 2017). En el caso de la presente investigación, la triangulación se realizó desde el enfoque teórico metodológico de curso de vida que permitió identificar la trayectoria de salud mental de los adolescentes, sus transiciones y puntos de inflexión, los cuales fueron analizados desde la teoría de las emociones de Richard Lazarus (2000), además del método biográfico y el enfoque de curso de vida.

## **Análisis de los datos**

La sistematización de la información es un proceso enriquecedor y complejo en el cual la problemática cobra vida, ya que la información recolectada nos brinda un abanico de posibilidades para el análisis. Una de las ventajas de la investigación cualitativa es que es un método inductivo que da la oportunidad de ir y venir a través de los pasos del método científico. Sin embargo, en el caso de este estudio, fue importante apegarse a los objetivos de investigación planteados al inicio del proyecto.

De esta manera, el análisis de los datos se inició con la transcripción de las entrevistas, lo que consiste en transmitir el lenguaje oral al escrito y, aunque parece sencillo, es un trabajo arduo que debe dar detalle de todo lo ocurrido durante la entrevista, por lo que se deben considerar los silencios, las entonaciones de voz —alta, baja—, las emociones —risas, llanto, gritos—, y las pausas de los participantes. Estos datos se validaron con la observación y las notas de campo elaboradas de forma paralela a la entrevista.

Una vez hechas las transcripciones, el procesamiento y análisis de la información se realizó mediante el programa MAXQDA (2020), en el cual se hizo la codificación, estructuración, contrastación y teorización de la información.



### 3. Fundamentación teórica

La infancia y la adolescencia son etapas determinantes en el bienestar mental, sin embargo, también son etapas de gran vulnerabilidad ya que, durante éstas, los menores están expuestos a múltiples problemas que interfieren en su desarrollo emocional y en su salud mental. Así, la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2018) reportó que la mitad de las enfermedades mentales de los adultos inicia antes de los catorce años.

Por lo anterior, surge el interés de analizar y comprender la convergencia de las emociones en el malestar mental de los niños y adolescentes. Propusimos este análisis desde la teoría cognitiva de las emociones planteada por Richard Lazarus porque, para él, “las emociones son producto de la razón, pues se derivan del modo en que valoramos lo que está sucediendo en nuestras vidas. Así, el modo en que evaluamos un suceso determina nuestra forma de reaccionar emocionalmente” (Lazarus, 2000, p. 98). La teoría de las emociones permite estudiarlas a partir de los procesos de valoración, el significado relacional y el manejo. En este último intervienen el apoyo social, los recursos personales y las creencias sobre sí mismo y el mundo.

El proceso de valoración de la emoción es subjetivo y está vinculado a condiciones personales —valores, objetivos, sistemas de creencias y recursos individuales— en los cuales influyen los acontecimientos ambientales. Lazarus (2000) explica que existen dos tipos de valoración, la primaria y la secundaria.

La valoración primaria incluye:

1. La relevancia del objetivo: ¿por qué el suceso es importante para la persona?
2. La congruencia o incongruencia del objetivo: ¿cómo el suceso afecta su bienestar de forma positiva o negativa?
3. La implicación del ego: ¿cómo el suceso repercute en la estima social y en la persona, en sus valores morales, significados e ideas, el bienestar de otras personas y en los objetivos vitales?

La valoración secundaria se integra por:

1. Culpa o crédito: ¿qué o quién es el responsable de la emoción?
2. Potencial de manejo: ¿qué puedo hacer para reducir o eliminar la emoción?
3. Expectativas: ¿la emoción puede cambiar? Las respuestas a estos elementos determinan la emoción de la persona.

Ahora bien, después de realizar la valoración del suceso, la persona le da un significado relacional: “la mente valora la amenaza [...] la persona y el medio interactúan, pero es la persona quien valora qué conlleva la implicación para el bienestar personal [...] y así es que cada persona responde de forma distinta a los mismos estímulos” (Lazarus, 2000, p. 26).

El manejo determina la reacción del sujeto ante el suceso, el manejo es la reacción emocional y “se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales” (Lazarus, 2000, p. 114). Para este mismo autor, en el manejo, al igual que en la valoración, intervienen los objetivos y su jerarquía además de las creencias sobre uno mismo, creencias sobre el mundo, el apoyo social y los recursos personales. Estas variables actúan de forma conjunta.

Las creencias sobre uno mismo y el mundo se relacionan con la forma en que la persona se piensa y el lugar que ocupa en el medio (familia, casa, escuela, trabajo). El mundo moldea las expectativas sobre el suceso, generando emociones previas sobre los posibles resultados. El apoyo social es indispensable en el bienestar emocional, sin embargo, también repercute en

el malestar cuando la persona no recibe la calidad o cantidad que espera de los demás. Este puede provenir de un profesional, un familiar o una amistad (Lazarus, 2000).

Para Lazarus (2000) las personas nacen, desarrollan y logran a lo largo de su vida recursos individuales como la inteligencia, el dinero, las habilidades sociales, la educación, las relaciones familiares y amistosas cooperadoras, el atractivo físico, la salud, la energía y el entusiasmo, que son factores protectores del bienestar y que influyen significativamente en la valoración y el manejo de las circunstancias o sucesos adversos donde las emociones juegan un papel inicial determinante.

En su teoría, Lazarus (2000) enlista quince emociones que divide en:

1. Emociones desagradables, en las que incluye a la ira, la envidia y los celos.
2. Emociones existenciales: en este rubro identifica la ansiedad-terror, la culpa y la vergüenza.
3. Emociones empáticas son la gratitud y la compasión.
4. Emociones provocadas por condiciones vitales desfavorables son: el alivio, la esperanza y la tristeza-depresión.
5. Emociones de las condiciones favorables: la felicidad-alegría, el orgullo y el amor.

Para el autor, estas emociones reflejan el modo en que se valora y maneja un suceso, por ejemplo:

La ira se refiere a ser degradado o despreciado. La culpa a un lapsus moral. La esperanza se vincula con una amenaza o promesa cuyo resultado es incierto, pero podría realizarse posiblemente. La felicidad se refiere al logro de una meta que uno ha estado buscando o en cuya dirección ha progresado. La compasión se vincula con el hecho de sentir empatía por el dolor de alguna otra persona, y así con las restantes emociones (Lazarus, 2000, p. 46).

Diversos estudios sobre las emociones en la infancia y la adolescencia se han enfocado en los estilos de manejo defensivos durante la infancia, y otros han estudiado los elementos que predisponen a la niñez a la vulnera-

bilidad, resistencia o protección contra el estrés (Lazarus, 2000). Algunos sucesos que valoran los adolescentes como amenazantes y que les ocasionan emociones displacenteras son:

Las discusiones con los profesores, los problemas con los progenitores, las dificultades con los compañeros (desacuerdos, dificultades de comunicación, sentimientos de abandono y sensación de ser ignorado), las malas notas, la humillación, la experiencia de sentirse enamorado, la soledad, la insatisfacción con el propio aspecto y conducta y los sucesos políticos relacionados con el futuro (Lazarus, 2000, p. 190).

En esta investigación se analizan las historias de vida de diez jóvenes, cinco hombres y cinco mujeres. Cada participante cuenta con una historia particular de la cual han emanado sus emociones por lo que conocer los eventos y las emociones que fluyeron de ellos, permitió una visión holística de su evolución y de cómo trascurrió la valoración, el significado relacional, el manejo, los recursos personales, el apoyo social y las creencias sobre sí mismo y el mundo, durante su infancia y su adolescencia.

El análisis de cada caso se realizó, en primer lugar, a partir de la emoción principal y el evento que la originó. Es importante recordar que las emociones no se presentan de forma aislada, sino que un mismo evento puede originar varias emociones y que, en la trayectoria de vida, existen diversos eventos que inciden en el bienestar mental de las personas.

El manejo que cada participante le dio a su emoción fue diferente, sin embargo, el objetivo de este libro es analizar la trayectoria de salud mental, es decir, cómo algunos adolescentes, cuando tienen una emoción reprimida o no reconocida, buscan externarla mediante conductas de riesgo, específicamente: consumo de tabaco, alcohol y drogas; otros a través de los trastornos alimenticios, algunos combinándolo con las autolesiones, otros solamente lastimándose para afrontar sus emociones, así como una proporción importante que ha pasado por episodios de depresión y/o ansiedad para quienes una opción fue el suicidio.

Las problemáticas que han aquejado a los participantes de este estudio en su infancia y adolescencia son únicas y han sido analizadas de forma particular con la intención de comprender y brindar un panorama lo más am-

plio posible de la situación para que cualquier persona interesada en conocer, estudiar y brindar apoyo desde el ámbito familiar y social de la salud mental de este grupo, tenga los elementos básicos para comprender su multicausalidad y buscar opciones de atención y acompañamiento.

A continuación, se presenta un breve esbozo de las temáticas que se encontraron en cada caso de estudio.

## Las emociones

Las emociones son expresiones biológicas adaptativas presentes en todas las etapas de la vida. Cuando las personas tienen una emoción, ésta viene influenciada por su química cerebral, la genética y el entorno cultural. Las emociones permiten al ser humano reaccionar ante determinada situación (Fernández, 2021). Las sensaciones como la sonrisa o el llanto son aspectos fisiológicos que acompañan a las emociones. Al igual que Lazarus (2000), Jiménez Moreno (2022) sostiene que las emociones son irracionales y que tienen una vinculación directa con los procesos valorativos en los que interviene la experiencia individual y social, las ideas, sucesos internos y externos.

Los niños y niñas menores de cuatro años no tienen un control de sus emociones, por lo que reaccionan intuitiva y explosivamente a ellas. Después de esa edad, es normal que los niños y las niñas experimenten diversas emociones que van a ir evolucionando de acuerdo con cada etapa de su desarrollo. Por ejemplo, los niños menores de seis años son capaces de reconocer y expresar alegría, tristeza, ira, miedo o vergüenza, consiguen frenar los impulsos que acompañan su emoción y han aprendido a identificar las emociones básicas en los demás. En etapas posteriores, entre los seis y los once años, los niños y las niñas son capaces de comprender sus emociones y las de las personas que los rodean (UNICEF, 2015).

La adolescencia es una etapa significativa en el desarrollo de las personas ya que, en un periodo relativamente corto, las personas presentan una gran cantidad de cambios físicos y sociales. Una característica de este periodo es el desborde emocional; este desajuste hace que las emociones cambien constantemente, por lo que los adolescentes experimentan emociones placenteras y displacenteras continua y constantemente (UNICEF, 2021).

La palabra emoción proviene del latín *emovere* en el que “e” significa hacia fuera y *movere* remover, sacar, retirar o sacudir; por lo que el término representa lo que las emociones generan en las personas: un movimiento físico y mental del interior de una persona hacia su exterior, que cambia el estado de ánimo, de forma placentera o displacentera (Ramírez, 2022). Las emociones son subjetivas, conscientes y duales, ya que generan placer/displacer, adaptación/desadaptación, relajación/tensión o calma/excitación (Wundt, 1896, como se cita en Ceberio *et al.*, 2020). La literatura filosófica las clasifica en disfrute y sufrimiento (Jiménez Moreno, 2022). Siguiendo esa dualidad, Lazarus (2000) las clasifica en: emociones desagradables, emociones existenciales, emociones empáticas, emociones provocadas por condiciones vitales desfavorables y las emociones de las condiciones favorables.

Para Lazarus (2000), las emociones existenciales se presentan cuando las personas sienten amenazada su identidad y hacen alusión a quién es la persona, qué cosas la representan y su destino en la vida; esto es subjetivo y depende de la valoración del suceso que acompaña a la emoción. Lazarus (2000) consideró como emociones existenciales la ansiedad, la culpa y la vergüenza, enfatizando que el terror y la esperanza también tienen elementos existenciales y su presencia alude al objeto que provoca que la persona se sienta insegura, en peligro o amenazada.

A continuación, se mencionan las principales emociones desagradables, existenciales y las provocadas por condiciones de vida desfavorables, que fueron abordadas en el análisis de los resultados de la presente investigación. Quedan excluidas las emociones de empatía, como la gratitud y la compasión y las que emanan de las condiciones de vida favorables, como la felicidad-alegría, el orgullo y el amor, dado que no fueron emociones expresadas por los participantes.

### **La culpa y la vergüenza**

La culpa es una emoción que genera malestar y dolor. Las personas que la sienten están convencidas de haber cometido una falta cultural, religiosa, educativa, social o familiar que daña a los demás. El sentimiento de culpa se vincula con la baja autoestima y la sensación de sentirse inferior (Direc-



ción General de Divulgación de las Humanidades [DGDH] Facultad de Psicología, 2022) y se le relaciona con la moral y el compromiso que la persona tiene para cumplir con los estándares impuestos socialmente. Cuando la persona no puede hacer lo que la sociedad espera, se presentan episodios morales que generan culpabilidad (Lazarus, 2000).

La vergüenza se presenta cuando la persona siente que no ha podido satisfacer sus ideales del ego. Tanto la culpa como la vergüenza son emociones sociales porque se dan cuando la persona considera la visión que la sociedad podría tener de ella. Esto puede ser cierto o no ya que se inicia con una desaprobación internalizada por lo que, cuando se presenta la culpa y la vergüenza, es porque la persona ya realizó una autocrítica severa. Es importante resaltar que esta autocrítica proviene de una desaprobación previa recibida y aprendida a través de los padres, del cuidador principal o de algún grupo o persona importante. Así, cuando se presenta un suceso similar se activa en la persona la emoción (culpa o vergüenza) porque la persona ya tiene internalizados valores, normas y expectativas sociales y reconoce que ha trasgredido alguno de ellos (Lazarus, 2000).

## **El miedo y la ansiedad**

Lazarus (2000) explica que el miedo y la ansiedad son emociones distintas originadas por un peligro o amenaza; la diferencia principal es que la persona que siente miedo vive un peligro real, mientras que la que siente ansiedad vive la posibilidad de un peligro o amenaza. Este autor explica que las personas sienten terror cuando se enfrentan a un suceso como la caída del avión en el que viajan, un desastre natural o un tiroteo; el terror es repentino, corto y termina cuando la persona se encuentra a salvo o pierde la vida en el acontecimiento inesperado. En cambio, la persona que vive ansiedad siente que puede estar en peligro o en amenaza su seguridad personal, su lugar en el mundo y cuestiones vinculadas a la vida y la muerte. Aunque no existan factores concretos que puedan atentar contra su bienestar, los individuos con ansiedad se encuentran hipervigilantes y en un estado de alerta constante, que provoca que la persona comience a experimentar “aprehensión, incomodidad, preocupación y un estado de incomodidad vago, difuso,

continuo y anticipador” (Lazarus, 2000, p. 241). El mismo autor señala que la incertidumbre ante eventos futuros genera sufrimiento, elemento distintivo de la ansiedad.

### **La ira**

Lazarus (2000) se refiere a las emociones desagradables, es decir, las que no generan ningún placer. De acuerdo con Ceberio *et al.* (2020), éstas se vinculan a los pensamientos restrictivos y rígidos que dificultan la solución de problemas y hasta cierto punto son desadaptativas. Entre ellas se destaca la ira, la envidia y los celos.

La ira ha sido una de las emociones más estudiadas, debido a que se considera una antesala hacia episodios de violencia. La persona experimenta ira cuando se siente dañada o culpable, por tanto, puede sentir ira consigo misma o hacia los demás (Lazarus, 2000). Asimismo, la ira es considerada la máxima expresión del enojo, y puede darse también porque la persona empieza a percibir conductas desagradables o frustrantes ante acontecimientos que no puede controlar y que afectan su autoestima (Sani Ceron, 2022).

### **La envidia**

Esta emoción se presenta cuando deseamos algo que otra persona tiene y es una emoción común y ampliamente conocida. Sin embargo, Lazarus (2000), cuando se adentra al estudio de esta emoción, la analiza como un sentimiento más profundo de “privación, de haber sido engañado, es una característica esencial de la agonía y patología de la envidia” (p. 236). Esta emoción se presenta cuando la persona se compara de forma descendente con los demás, es decir, sólo puede ver sus carencias.

La envidia, como otras emociones, puede ser transitoria o constante durante el curso de la vida y llevar implícitos sentimientos de menosprecio, inseguridad y baja autoestima. Los primeros indicios de la envidia se presentan en la infancia cuando se da una rivalidad entre los hermanos, por la atención y cuidados parentales. Se considera que las personas que viven con

esta emoción son infelices, resentidas y no logran aceptar y disfrutar sus cualidades (Lazarus, 2000).

### **La tristeza-depresión**

Lazarus (2000) explica que el alivio, la esperanza y la tristeza-depresión son emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables, esto desde la subjetividad de la persona que las vive. Sin embargo, los seres humanos están llenos de emociones y viven condiciones que hacen que éstas se combinen; así, algunos de las y los jóvenes que participaron pudieron expresar de forma clara una emoción que sintieron, pero su discurso podía expresar otra.

La tristeza es “un estado de ánimo que se caracteriza por un sentimiento de dolor o desilusión que incita al llanto” (Real Academia Española, 2023d). La tristeza es una emoción natural que generalmente se presenta cuando se tiene una pérdida irremediable. A partir de los cuatro años las personas son capaces de identificar sus emociones, esto significa que pueden expresarlas, pero no siempre la persona puede recordar lo que sintió con el paso del tiempo.

### **Conductas de riesgo**

Las conductas de riesgo son acciones conscientes o inconscientes que las personas realizan y que ponen en riesgo su integridad física, su desarrollo biológico, su bienestar emocional y sus relaciones sociales (Celis y Vargas, 2005; Sánchez, 2020). Estas acciones pueden presentarse en la niñez, pero generalmente inician en la etapa de la adolescencia, cuando no se es capaz de discernir las consecuencias de los actos en el corto y largo plazo, sino que se dejan llevar por la emoción y el efecto que la conducta genera en su estado de ánimo (Sánchez, 2020). En esta etapa, los adolescentes experimentan una “sensación de invulnerabilidad o mortalidad negada” (Rosabal *et al.*, 2015, p. 220). que se acompaña de la necesidad de validar su autonomía e identidad, por lo que se podría entender que realizar acciones “peligrosas” forma parte del proceso natural de maduración individual.

Sin embargo, cuando estas conductas vienen acompañadas de emociones desagradables, existenciales o provocadas por situaciones desfavorables, pueden poner en riesgo la vida de los adolescentes y de la sociedad en general, como es el caso de los participantes de este libro. La posibilidad de que los niños y adolescentes se encuentren en riesgo se vincula a elementos individuales y colectivos que les ayudan a fortalecer su autoestima, seguridad, autocontrol y su sentido de pertenencia familiar, escolar y social. La fragilidad de estos factores puede incitar a los adolescentes a tomar decisiones desfavorables (Sánchez, 2020); que atenten contra su salud y bienestar.

Hermosillo de la Torre *et al.* (2019) exponen que las conductas de riesgo que impactan a los adolescentes son:

- Actos disruptivos y desafiantes.
- Aislamiento social.
- Autolesiones.
- Consumo y abuso de sustancias ilegales.
- Incremento de interacciones virtuales a través de redes sociales.
- Pérdida de relaciones significativas.
- Tabaquismo.

### **Consumo de sustancias**

El tabaco, el alcohol y las drogas son las tres principales sustancias que se consumen en el mundo, consumo que en la mayoría de los casos inicia en la adolescencia (OMS, 2019). La adolescencia es una etapa compleja en la cual se presentan diversas emociones y pueden presentarse alteraciones en la salud mental como la ansiedad y la depresión; ambas pueden ser transitorias o permanentes, pero por lo regular, tienen sus primeras manifestaciones en esta periodo de la vida. La presencia de estas alteraciones está ligada, como ya se ha mencionado, a otros aspectos individuales, familiares y sociales; sin embargo, en ocasiones la ansiedad y la depresión no son evidentes, por lo que pueden pasar desapercibidas en el ámbito familiar y manifestarse a través del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas (Hernández-Cortazar

*et al.*, 2012). Además, la legalidad y accesibilidad del tabaco y del alcohol son factores que contribuyen al aumento de su consumo entre los adolescentes de 15 a 19 años (Barragán *et al.*, 2016; OMS, 2021a).

A nivel mundial, los hombres continúan siendo los principales consumidores de estas sustancias (OMS, 2021a), sin embargo y de forma particular, en Estados Unidos el Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y Alcohólico (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2023) reportó que las adolescentes mujeres son las principales consumidoras de alcohol. Este consumo trae múltiples efectos sociales, educativos y en su salud física y mental (véase tabla 6).

**Tabla 6.** *Efectos del consumo de sustancias en la niñez y adolescencia*

Físicos	Mentales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones.</li> <li>• Accidentes.</li> <li>• Problemas de salud crónicos.</li> <li>• Enfermedades cardiovasculares.</li> <li>• Enfermedades de transmisión sexual.</li> <li>• Enfermedades cancerígenas.</li> <li>• Conductas sexuales de riesgo.</li> <li>• Consumo intravenoso de sustancias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos traumáticos.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Trastorno por déficit de atención.</li> <li>• Hiperactividad.</li> <li>• Ideación y conducta suicida.</li> </ul>
Sociales	Educativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento.</li> <li>• Violencia familiar.</li> <li>• Conducta antisocial.</li> <li>• Violencia interpersonal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausentismo escolar.</li> <li>• Bajo rendimiento académico.</li> <li>• Disminución del rendimiento académico.</li> <li>• Deserción escolar.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en (OMS, 2021a; Tang, 2018; Tena-Suck *et al.*, 2018; UNESCO, 2018).

En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, reportó que la población adolescente de 12 a 17 años que consumía tabaco fue de 4.9%, de los cuales 33% eran mujeres y 67% hombres. Con relación al consumo del alcohol, el 8.3% mencionó haber tenido un consumo excesivo, mientras que el 5.3% de la población reportó ser consumidora de marihuana (Secretaría de Salud, 2017).

El consumo de sustancias llega a la vida de estos adolescentes después de vivir procesos emocionales complejos provenientes de diversos conflictos familiares. Esto refuerza el paradigma de que la familia, en cualquiera de sus formas, es un factor protector como centro del bienestar emocional de los menores o de riesgo a lo largo del curso de su vida.

La etapa de la adolescencia se inicia a los doce años. A esta edad, sus recursos de apoyo son sus familiares y sus amigos; todavía transitan entre la niñez y una inmadurez natural y esperada. No tienen todavía una pareja estable ni vínculos laborales que les permitan afrontar los conflictos familiares, por lo que su red más importante proviene del núcleo familiar y si este se ve fragilizado, ellos pueden buscar en el consumo de sustancias una solución a su malestar.

## Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de enfermedades relacionadas con el peso, la alimentación y la imagen corporal. Su presencia corresponde a múltiples factores genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales. Sus características principales son: la disminución de la cantidad de comida ingerida, los atracones, el vómito y el uso de laxantes (Arija *et al.*, 2022; Ayuzo-del Valle *et al.*, 2019; National Institute of Mental Health, 2021).

La bulimia y la anorexia son los principales trastornos de la conducta alimentaria y afectan a 3 millones de niños y adolescentes en el mundo (OMS, 2021b). Se estima que en México, el 25% de los adolescentes entre 15 y 19 años padece algún trastorno de la conducta alimentaria (Secretaría de Salud, 2023). Los síntomas de la anorexia son el rechazo a la comida derivado del miedo que les produce subir de peso, mientras que los síntomas de la bulimia son comer de forma compulsiva cualquier tipo de alimentos y, al terminar, emplear métodos para expulsar el alimento a través de estrategias como el vómito provocado y/o el uso de laxantes (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCYTU], 2018). Estas enfermedades se agudizan en la adolescencia pero pueden iniciar en la infancia y, contrario a lo que lo que la sociedad podría pensar, los niños y adolescentes que la padecen no la adquieren por voluntad (National Institute of Mental Health, 2021), por el contrario, como ya se ha mencionado, existen factores de riesgo que los hacen vulnerables a estos padecimientos.

Las consecuencias de no identificar algún trastorno alimenticio pueden ser fatales, pues los adolescentes tienen una tasa de riesgo 6 a 12 veces mayor

de muerte prematura en comparación con el resto de la población, siendo esta la enfermedad psiquiátrica con mayor índice de letalidad (Ayuzo-del Valle *et al.*, 2019). En México, cuatro de cada cinco personas fallecidas que padecían algún trastorno de la conducta alimentaria, mueren por las consecuencias de la anorexia y la bulimia. Algunas de estas consecuencias son las fallas múltiples en el organismo, pero también se sabe que una de cada cinco personas que padece alguno de estos trastornos alimentarios se quita la vida (González, 2022). Además, por lo regular estos trastornos se acompañan de otros trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y la ideaación suicida, puesto que las personas que los sufren tienen emociones desagradables que afectan su autoestima y la percepción sobre su cuerpo. Es importante resaltar que existen tratamientos para que las personas puedan recuperar la salud física y mental, afectadas por estas enfermedades.

## Autolesiones

Las autolesiones no suicidas (ALNS) son todas las acciones que lastiman de manera intencional la superficie del cuerpo sin el objetivo de provocarse la muerte. Entre las principales prácticas autolesivas se encuentra el cortarse, golpearse, arañarse y arrancarse el cabello (Fleta, 2017; Ospina *et al.*, 2019). En los últimos diez años se ha presentado un aumento progresivo de las autolesiones en los niños y adolescentes, esto derivado de la presencia de episodios de desborde emocional difíciles de controlar, que se relacionan muchas veces con experiencias de violencia intrafamiliar, negligencia y abuso físico y sexual en la infancia. En otros casos provienen de trastornos de pánico, padecimientos depresivos y ansiosos o por trastornos de la conducta alimentaria e ideaación suicida (Fleta, 2017; González Suárez *et al.*, 2016; Mayer, 2016; Ministerio de Sanidad, 2022).

En la mayoría de los casos, las ALNS son detectadas cuando los niños y adolescentes ya llevan tiempo lesionándose. Se ha reportado que un 5.1% de las personas que tuvieron una conducta autolesiva confirmaron que sus primeras autolesiones las realizaron antes de los 11 años. Las formas de autolesionarse son diferentes entre hombres y mujeres; los primeros lo hacen golpeando la pared o golpeándose, mientras que las mujeres se realizan

cortes en diferentes partes del cuerpo (Ferreiro *et al.*, 2023). En México, 17.1% de los adolescentes reportó conductas autolesivas, con una relación de un hombre por cada dos mujeres (Mayer, 2016). En el caso de este libro, las cinco mujeres participantes presentaron autolesiones y solamente dos de los cinco hombres participantes.

La falta de control emocional se da cuando los niños y adolescentes se encuentran sobrecargados y no son capaces de manejar la situación estresante sin destruirse (en este caso a través de autolesionarse); su capacidad de adaptación ha sido mermada (Lazarus, 2000) y no son capaces de continuar con el dolor emocional que sienten y buscan en las autolesiones un alivio ante dicho sufrimiento. Para Lazarus (2000) esta sobrecarga emocional proviene de un trauma; la persona siente que ha perdido todo, que no merece nada y que es incapaz de recuperar el control de su vida, puesto que los significados de amor, comprensión, ayuda, solidaridad, familia, amigos, escuela o trabajo, por mencionar algunos, han sido dañados o destruidos por los acontecimientos vividos.

La mayoría de las autolesiones se presentan en un momento de desregularización emocional, puesto que son un recurso que las personas, principalmente los niños y adolescentes, utilizan para mitigar el dolor emocional (Fleta, 2017; González *et al.*, 2016).

## Ideación suicida e intentos de suicidio

El abordaje de la ideación suicida y los intentos de suicidio es complejo, más cuando se analiza desde la perspectiva de los adolescentes. Esto es así por el imaginario social que existe de este grupo poblacional, al que se les idealiza como personas llenas de salud, sueños y con toda una vida por delante. Por ello, reconocer que algunos no quieren seguir viviendo genera una serie de cuestionamientos sobre las condiciones en las que han crecido, los problemas que han vivido y la falta de apoyo social y mental que los ha llevado a pensar y sentir que su única opción es no estar más aquí.

En el mundo, cada año aproximadamente 703 000 personas pierden la vida a través del suicidio (OMS, 2021b). En México, en el año 2021 fallecieron 8 351 personas por lesiones intencionales; de estos 6 785 fueron hom-



bres y 1 552 mujeres (INEGI, 2022). El grupo de mayor riesgo es el de 15 a 29 años, esto sin distinción de ingresos (INEGI, 2022; OMS, 2021b).

Previo a los fallecimientos por suicidio se presenta la ideación suicida, definida como los pensamientos recurrentes sobre el deseo de morir (Cañón y Carmona, 2018). Éstos se manifiestan cuando la persona expresa su intención de quitarse la vida, tiene un plan y busca los recursos para hacerlo o simplemente pueden plasmarse a través de episodios de depresión o aislamiento que dan cuenta de su insatisfacción por la vida, del cansancio de vivir en malestar o por la creencia de que no vale la pena seguir viviendo (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Después de la ideación se pueden presentar los intentos de suicidio, en los que la persona busca terminar con su vida haciéndose daño con métodos que pueden llegar a ser fatales (Ministerio de Salud de la Nación, 2021) y, por último, están los suicidios consumados. (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Diversas investigaciones consideran que el consumo de sustancias, las pérdidas, la violencia, así como los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad son factores de riesgo para la ideación suicida o los intentos de suicidio, mientras que la depresión severa, así como los intentos de suicidio previos se consideran predictores de un suicidio consumado (Cañón y Carmona, 2018).

## **Estrategias de afrontamiento**

Las estrategias de afrontamiento son todos los recursos personales —aceptación de la responsabilidad, autocontrol, búsqueda de apoyo social, resolución planificada de problemas y revalorización positiva— que la persona utiliza para enfrentar los eventos estresantes. Lazarus y Folkman (1986) explican que los recursos cognitivos y conductuales empleados por las personas para afrontar la adversidad fluctúan con el paso del tiempo. Esto hace que el afrontamiento se analice como un proceso y no como una conducta adaptativa automatizada que se utiliza para sobrellevar la situación estresante.

Los mismos autores explican que las acciones de los individuos, para ser consideradas de afrontamiento, deben contener los siguientes elementos:

1) la persona realiza una valoración del evento estresante que le permite pensar y hacer algo distinto a lo establecido; 2) existe un contexto específico, es decir, algo particular que se tiene que afrontar y 3) la persona evalúa el contexto y observa si puede resolver el problema o éste es parte del entorno y tiene que aprender a sobrellevarlo, mientras logra salir de él. La constante evaluación del evento estresante le permite al sujeto cambiar el ambiente o modificar el significado relacional que tiene con él.

Los niños y/o adolescentes realizan estrategias de afrontamiento que transitan de reacciones primitivas hasta procesos cognitivos complejos, por tanto, el afrontamiento varía con la edad y el proceso de maduración. Esto hace que en la adolescencia las principales estrategias de afrontamiento sean más reactivas y agresivas y, conforme pasa la etapa, se vuelvan controladas y pasivas.

## 4. La resistencia en la vida de Sergio

*Tengo que aguantar, tengo que aguantar...*

En la infancia los niños *sienten* las intenciones de los demás y en esta etapa puede ocurrir “el inicio de la asignación de culpabilidad”, rasgo importante de la ira, puesto que asignarle culpa a quien nos ofendió o humilló es fundamental en la valoración del evento que deriva esta emoción, cuando la persona se siente ofendida protege su autoestima sintiendo ira y deseo de venganza (Lazarus, 2000).

En la infancia y la niñez, la venganza de los niños consiste en reaccionar de manera instintiva a través de gestos como sacar la lengua o hacer muecas; otra forma es el lenguaje verbal en donde el menor insulta, ofende o humilla a la persona que le provocó la ira, y por último, están las acciones físicas como los empujones y golpes (Ortega-Andrade *et al.*, 2021). Por tanto, se puede decir que la ira va generalmente acompañada de una agresión simbólica, verbal o física, aunque también existen personas que no son capaces de reaccionar ante su ira o enojo.

Existen numerosas teorías sobre las consecuencias de inhibir o exhibir las emociones. Para Lazarus (2000), las repercusiones son sociales e inciden en la relación de la persona que se siente agredida y el agresor debido a que esta relación se puede ver seriamente afectada o beneficiada. La relación se ve beneficiada si el suceso se aborda a través de un diálogo asertivo; sin embargo, cuando no se habla del evento y de la emoción que causó, ocurre lo contrario: la ira genera resentimiento y graves consecuencias interpersonales.

La ira es una emoción que se ha relacionado con la falta de autocontrol emocional por lo que, culturalmente, se enseña a las personas a inhibirla para

preservar la armonía social ya que, cuando la ira se activa, su expresión puede ser perjudicial e impactar en la vida personal, educativa, laboral y social tanto de la persona que la expresa como de quien la recibe.

La abstención o no expresión de la ira no significa que la persona ha dejado de sentirla, por el contrario, la emoción permanece. Este proceso de supresión se puede dar mediante “un control insuficiente de la emoción, exceso de control y resistencia o control sano” (Block y Block, 1980, como se cita en Lazarus, 2000, p. 231). El exceso de control evita una reacción (física o verbal) contra el agresor o agresores y genera otras emociones en la persona que la inhibe.

## El acoso escolar

Sergio cursó la educación primaria y el primer año de secundaria en una misma escuela; por motivos relacionados al trabajo de su padre ingresó en segundo de secundaria a otra escuela. Nunca había estado expuesto a un ambiente distinto, tenía un apoyo social por parte de su familia y amigos que lo resguardaron en la niñez y le permitieron mantener relaciones sanas. Sin embargo, cuando ingresa a la nueva secundaria sufre acoso escolar y esto le genera un cúmulo de emociones que lo hacen sentir “inseguro, triste, enojado, este, porque las personas sí eran muy feas en segundo de secundaria”, así lo expresó Sergio.

Él sabía que el cambio de escuela no sería fácil, ya que siempre había estado protegido por el contexto, pero se sentía confiado, creía que podría integrarse. Sin embargo, cuando se da cuenta de que el acoso que vivía era más fuerte que su capacidad de afrontamiento, la valoración que le da al evento estresante es de enojo, primero con su papá porque por él estaba en esa situación y, en segundo lugar, con él mismo, ya que creía que tenía los recursos personales para enfrentar el cambio y contó: “simplemente fue como que conmigo, porque dije: ‘voy a tomarlo tranquilo, a la ligera’ y así, pero ya cuando iba entrando, las personas eran muy feas, la verdad”. Es decir, le hacían daño y no podía manejarlo.

Además, decidió inhibir su ira, quedarse callado como lo hacen las víctimas pasivas de acoso escolar, quienes sienten “ira de predominio interno,

es decir, tienden a dirigirla hacia sí mismos o suprimen su expresión” (Vane-ga-Romero, 2018, p. 52). El acoso escolar o *bullying* genera en las víctimas agobio, baja autoestima y ansiedad, lo que provoca que se aíslen y no puedan establecer relaciones de amistad con los demás compañeros (Cano-Echeverri y Vargas-González, 2018), colocándolas en una situación de doble vulnerabilidad emocional —reciben agresiones por parte de sus compañeros y se aíslan de otros grupos con quien podrían generar relaciones de solidaridad—, ya que en esta etapa las relaciones interpersonales son de gran importancia. Sergio mencionó: “me sentía inseguro de mí mismo, de que con quién hablo, no sabía con quién hablar en secundaria y pues fue en segundo, en segundo de secundaria fue cuando no sabía qué hacer, con quién hablaría y así”. La inseguridad que sintió Sergio es un rasgo común en los adolescentes que sufren acoso, ya que las agresiones destruyen la autoestima, generando inseguridad y desconfianza en sí mismos (Merayo, 2013).

Lamentablemente, las víctimas de acoso escolar llegan a naturalizar el maltrato que reciben a través de un código de silencio. García y Ascensio (2015) explican que los niños y adolescentes que han sufrido *bullying* pierden la capacidad de observarse en una situación distinta, lo que les ayuda a cambiar su frustración de injusticia a una frustración positiva de justicia, es decir, la persona de manera inconsciente minimiza la violencia o acepta que la merece y calla. Esta fue la creencia sobre sí mismo y el mundo que tuvo Sergio sobre el acoso que vivió:

Es que sí lo tenía pensado [quejarse] pero dije, para qué hacer más grande el asunto, creo en mi cabeza de que soy una persona de que, si me pasa algo o me hacen algo, ‘lo ignoro y ya, al rato se me va a pasar’ y así, por eso no quise.

Otras de las razones por las que los niños y adolescentes agredidos no hablan con sus maestros o padres son por miedo a que se repitan las agresiones o por vergüenza (Castro-Morales, 2011). Tal como describió Sergio: “nadie decía nada, no, pero las otras personas sí tenían miedo de que, es que no sé si hablar y así, porque me vayan a hacer algo afuera y esos eran sus temores”. Esto es más frecuente entre los 10 y 12 años; en esta etapa las víctimas prefieren sufrir en silencio las agresiones (Merayo, 2013).

Cada niño y adolescente que sufre acoso escolar tendrá su propio manejo (activo o pasivo) de acuerdo con sus recursos personales. En este sentido, el manejo que Sergio le dio a la ira provocada por el acoso fue pasivo y esto le permitió sobrellevar la situación, contó: “dije, no, pues nada más tengo que aguantar, tengo que aguantar estos dos años de secundaria que me quedaban y pues a ver qué pasaba, ya después era la prepa y así, pero nada más tuve que aguantar”.

La ira inhibida provocada por el acoso deja sin apoyo social a la víctima, ya que no hay nadie que pueda brindarle acompañamiento o contención emocional. La literatura revisada explica que el miedo, la culpa y la vergüenza son emociones que impiden hablar con otros sobre el acoso.

Nunca le quise decir porque no sé cómo, cómo vaya a reaccionar mi papá, porque él me había dicho: ‘no, si alguien te hace bullying en la escuela o algo, dime y lo arreglamos ahorita rápido’, o sea, pero con esa voz fuerte yo de que “no, no así, déjalo”.

Por lo tanto, Sergio minimiza lo que le está sucediendo, piensa que sus padres tienen que atender cosas más importantes y, además, intenta no provocar emociones displacenteras en su madre. Los padres tienen la responsabilidad de cuidar la salud física y mental de sus hijos, no al revés; un niño o adolescente no debería callar un acoso escolar por miedo a las emociones de sus padres.

Es que siento que, si le digo a mí, algo a mi mamá este, no sé cómo vaya a reaccionar, o sea, que se vaya a poner más triste o se vaya a preocupar más por mí, o sea, no quiero que tenga más preocupaciones, ni mi mamá, ni mi papá en ese aspecto.

Ahora bien, Sergio y otras víctimas de acoso escolar tratan de ocultarlo, pero su comportamiento cambia, lo que podría llevar a que los padres y madres perciban que algo está sucediendo en la vida del niño o adolescente, ya que éstos se vuelven retraídos, apáticos, temerosos, enfermizos, por mencionar algunos cambios. Conforme pasa el tiempo, las víctimas cambian el

manejo del acoso escolar pasando de la ira a la soledad y la tristeza (Enríquez y Garzón, 2015). En ese sentido Sergio, explicó:

No era como que hablara mucho con mi mamá, si me preguntaba de cómo me había ido y así. Pero más que nada para no preocupar a mi mamá decía: “no, estoy bien, todo bien” y así. No, no se daba cuenta, o sea, si se daba cuenta de que a veces me quedaba más rato en la cama o a veces estaba viendo una película y estaba triste y era de acción, entonces sí me notaba algo muy triste, la verdad.

Sergio tenía recursos personales que le permitieron integrarse con otros compañeros “conforme iba socializando con más amigos, ya como que se me iba bajando ese pensamiento de estar este, estar triste, no socializar y así”. Estos recursos personales permiten establecer estrategias de afrontamiento, es decir, modifican el manejo. Para Lazarus y Folkman (1984, como se cita en Rivadeneira *et al.*, 2019) las estrategias de afrontamiento son acciones conductuales y cognitivas que la persona asume para salir de una situación determinada. Éstas pueden enfocarse en la solución del problema desde la percepción del sujeto o en modificar o regular la emoción desagradable o displacentera que surge del evento, concentrando la atención en los recursos personales. Ambas son eficaces cuando reducen el malestar y brindan bienestar fisiológico, psicológico y social. En ese sentido, Sergio utilizó su recurso personal e implementó una estrategia de afrontamiento que le permitió integrarse con otras personas y disminuir el malestar que le provocaba asistir a la secundaria, al respecto él mencionó:

Yo sé bailar, me gusta bailar *break dance*, entonces ya ahí fue cuando conocí mis primeros amigos de que sabían bailar *break dance*. Entonces organizamos un baile en la kermés para bailar *¿En dónde están las rubias?* Bueno, hicimos el baile y ya fue como que ya me dejaron de hacer como que el *bullying* y ya fue como que empecé a socializar un poco más y así.

Otra de las estrategias de afrontamiento está vinculada al apoyo social entre pares, por lo que, igual que Sergio, otros niños y adolescentes buscan pertenecer a un grupo o hacer amigos, ya que esto les permite reducir las

tensiones y sentirse acompañados. Generalmente las víctimas establecen amistad con otros niños y adolescentes agredidos porque se sienten comprendidos. Así Sergio narró: “platicábamos entre nosotros y así, como que era, como que ahí uno se desahogaba con otra persona, entre nosotros mismos”.

## La violencia doméstica

La salud mental de los niños y adolescentes está influida por el bienestar personal, social y familiar por lo que, cuando cualquiera de estos se ve afectado, se genera un malestar que es soportado por las otras dos estructuras restantes. Sin embargo, cuando dos o más estructuras se ven afectadas por emociones desagradables o displacenteras, es más difícil sobreponerse al malestar. Tal como pasó con Sergio, quien tuvo problemas sociales (acoso escolar) que afectaron su bienestar personal, pero no tenía problemas familiares inicialmente. Posterior al *bullying* Sergio sufrió una desilusión que le provocó tristeza, cuando su madre no lo dejó integrarse a una academia deportiva. Esto lo colocó en un estado de vulnerabilidad que le dificultó afrontar la ira, la tristeza y la ansiedad y que le provocó un evento de violencia familiar.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2007), explica que la violencia familiar es toda acción u omisión deliberada que tiene como objetivo ejercer coerción hacia las mujeres dentro o fuera del hogar, por parte de una persona que tenga o haya tenido alguna relación de parentesco (consanguíneo, afinidad, matrimonio, concubinato u otros). Aunque la Ley expone sólo la violencia dirigida directamente hacia las mujeres, diferentes investigaciones han demostrado que esta violencia tiene repercusiones personales, educativas y sociales en los niños y adolescentes que la observan. La personalidad de estos niños tiende a ser agresiva, presentan dificultad para aprender y para relacionarse con los demás pues consideran que el mundo, igual que su hogar, es un lugar inseguro (Fresco *et al.*, 2018). Sergio platicó:

En tercero de secundaria [...] hubo un día en que mis papás salieron, normal, y pues mi mamá regresó llorando y pues dije: “¿qué está pasando?” y vi que mi papá la estaba golpeando. Entonces él me obligó a ver, o sea yo la neta quedé



traumado, entonces lo de la secundaria, lo del fútbol y con lo de mis papás, no sabía qué hacer [...]

Cuando se presentó el primer episodio de violencia doméstica, Sergio tuvo un significado relacional de ira inhibida, pues su manejo fue no reaccionar, pero cuando ocurrió por segunda ocasión, su ira fue justa o correcta. Lazarus (2000) explica que esta ira es justificada, ya que alguien realizó acciones ofensivas que horrorizan a la persona que las recibe. La ira correcta justifica la intensidad del manejo ya que la persona siente que fue su derecho defenderse. Tal como sucedió con Sergio [...] “en prepa volvió a pasar, pero esta vez no me quedé mirando, esta vez sí defendí a mi mamá, entonces ahí como que hubo golpes con mi papá [...]

Después del episodio, la madre de Sergio mostró una preocupación normal hacia el estado emocional de su hijo, pero él no le dio la oportunidad de darle un apoyo social porque no quería preocuparla, y contó: “mi mamá me ve enojado, me dice: ‘¿estás enojado?’ Le digo que no, de que a veces alzo la voz; y le digo: ‘perdón no, no estoy enojado’, pero en realidad sí, pero no con ella”. Las emociones no se presentan de forma aislada, las personas pueden sentir varias emociones de forma simultánea, como fue el caso de Sergio.

A partir de ese episodio, la valoración o el significado relacional de Sergio fue sentir miedo, ya que sabía que podría volver a ocurrir un episodio de violencia física contra su madre. Contó: [...] “cuando está mi papá en la casa me siento estresado, tenso de que vaya a hacer algo y yo no esté en la casa. Cuando no está mi papá salgo bien relajado, la verdad”. El miedo es una emoción de supervivencia que permite a la persona estar alerta ante el peligro. Después del altercado Sergio sintió tristeza, porque moralmente perdió la imagen que tenía de su padre y tuvo una reacción que no esperaba, comentó:

Me sentí horrible, porque dije: mi papá es mi figura, mi ejemplo a seguir, de que me decía: “pues a mí me han provocado varias veces” y así. Yo nunca he reaccionado mal de que yo quiero seguir el ejemplo de mi papá, de que decía que, si me llega a pasar algo o así, no voy a reaccionar con otras personas, y ya me sentía muy triste por eso.

Desafortunadamente se ha documentado que, la exposición temprana a la violencia es reproducida por la generación que la observa, puesto que los hijos de padres violentos tienen diez veces más probabilidades de reaccionar de forma violenta en la adultez (Fresco *et al.*, 2018). Sin embargo, Sergio tuvo muy claras sus creencias sobre sí mismo y el mundo, y expresó:

El que mi papá sea así, no significa que yo voy a hacer así de grande, entonces no, nada que ver. Yo digo que ya es mucho el pensamiento de la persona de que, si yo veo que esto está mal, no significa que yo, porque ya lo pasé, lo tengo que hacer con la otra persona para que sepa lo que es sufrir. No, yo soy de las personas de que si pasa esto no tengo que hacerlo yo, para que vuelva a pasar, para repetirlo. Entonces me repito varias veces que yo no pienso, ya, no ser ya como mi papá; pienso, no sé, este, ayudar a las personas, ayudar a mi mamá. cosas así, por eso me metí a Derecho.

La narrativa de Sergio deja ver que él es un adolescente con recursos personales que, durante su curso de vida, le han permitido afrontar la adversidad. Sin embargo, la violencia intrafamiliar que vivió no es algo fácil de superar, por lo que en su mente siempre estuvo presente el miedo/ansiedad de volver a vivir esa experiencia.

## La preocupación excesiva

La violencia intrafamiliar es considerada como una experiencia traumática que genera repercusiones físicas y emocionales en las víctimas, quienes tienen miedo y, por ende, altas posibilidades de desarrollar ansiedad, depresión o estrés postraumático (Cervera *et al.*, 2020) En el hogar, las personas deberían de encontrar un espacio en el cual sentirse protegidos y seguros, sin embargo, éste es considerado como uno de los espacios en donde se ejerce más violencia (Jiménez, 2020). Por ello, la violencia intrafamiliar rompe el marco de seguridad que los niños y adolescentes deberían tener sobre la familia y el hogar (Cervera *et al.*, 2020), ya que reciben violencia física, psicológica o emocional de quienes deberían protegerlos. Esta inseguridad

los mantiene en un estado de alerta, hiperactivación o hipervigilancia, característico de la ansiedad.

La ansiedad se puede manifestar de diferentes maneras, pero inicia con pensamientos recurrentes sobre determinada situación, considerada desde la subjetividad de la persona como “peligrosa”. Desafortunadamente, la mente no es capaz de distinguir entre un peligro real o imaginario; activa su sistema de alerta mandando diferentes señales al cuerpo de la persona. En el caso de Sergio se manifestó como una dificultad para dormir y tener que estar atento para reaccionar; él contó:

Un día estuve como 24 horas sin dormir pensando, pensando, pensando en que mi mamá qué va a hacer, mi papá cómo va a llegar a la casa. Era lo que más me tenía pensando, de cómo vaya a reaccionar y no sé qué vaya a hacer esta vez, y así, ese era mi pensamiento.

Lo mismo pasa con el sistema digestivo. Para la mente, en un momento de peligro, la prioridad es mantenerse a salvo, por lo que deja de lado la necesidad básica de alimentarse, así le pasó a Sergio, quien explicó: “también con la comida, no me daba hambre igual, 24 horas sin comer y así desde que ¡uy, ya quiero comer!, pero no tengo hambre, de mis mismos pensamientos de que no me dejaban tranquilo”.

Sin duda los desajustes en la alimentación y el sueño tienen efectos negativos en la salud física y mental de las personas, los que se suman a los problemas ya existentes. La ansiedad también se caracteriza por un pensamiento recurrente o una preocupación excesiva que se calma cuando la persona vuelve a sentirse segura, en el caso de Sergio éste comenta:

A veces estoy acostado normal, pero yo estoy preocupado cómo estoy; estoy preocupado de cómo va a llegar mi papá, de que me quedo despierto hasta que llegue, ya cuando llega veo que anda bien, ya me duermo y así nada más esa tensión con mi papá de qué vaya a hacer.

Sergio siempre buscó darle un manejo a su emoción que no inquietara a su madre, es decir, tratar de aparentar que está bien, aunque no lo estuviera. En este caso se observa la forma en que él tiene la capacidad de afrontar

solo su malestar para no preocupar a su madre, igual como lo hizo cuando sufrió acoso escolar en la secundaria. El tipo de manejo que Sergio le dio a la situación fue de autocontrol, en el cual la persona se esfuerza por mantener sus sentimientos ocultos evitando que otros sepan lo difícil de la situación, tratando de no actuar de manera impulsiva ni precipitada (Lazarus, 2000). En relación con esto, Sergio contó:

Por una parte, me sentía tranquilo, porque dije, para que mi mamá no esté más preocupada de lo normal, decía, no, que no se dé cuenta, que bien, la verdad, que bien, que no se dé cuenta que estaba estresado, intranquilo o cosas así. Le decía, “no, no te preocupes, yo estoy bien” y ya nada más le decía eso, en realidad no, sí estaba, tenía todo el mundo encima, pero para tranquilizar a mi mamá le decía que no.

## Los golpes a la pared como manejo del estrés

Las autolesiones en los adolescentes han ido en aumento, porque son un recurso que les permite cambiar el dolor emocional por uno físico, ya que es más fácil controlarlo; así, en muchos casos, las autolesiones se presentan durante cuadros de mucho estrés que llevan a los adolescentes al descontrol emocional. En esos episodios, la destrucción se da mediante cualquier forma que produzca dolor y así liberar sentimientos de ira, tristeza, miedo o soledad, por mencionar algunos (Fleta, 2017).

Entre el 70% y 97% de los adolescentes que se lesionan, lo hacen a través de cortes en diferentes partes del cuerpo; entre 21% y 44% se golpean y entre 15% y 35% se hacen quemaduras. Las autolesiones tienen un componente claro de género, ya que el método más común que utilizan las mujeres para autolesionarse son los cortes y los hombres, los golpes (Ferreiro *et al.*, 2023). Así fue el caso de Sergio, quien contó: “le pegaba a la pared del estrés, no sabía con qué desquitarme, entonces lo que agarraba era la pared”.

La frecuencia de las autolesiones va a depender de la exposición que la persona tenga a los eventos estresantes: en algunos casos los adolescentes se lesionan de forma esporádica y en otros de manera constante (Ferreiro

*et al.*, 2023). La frecuencia es relativa y va a depender del tiempo que la persona lleve con estos comportamientos. Sergio mencionó que: “[...] pasó varias veces, como arriba de 50 veces [...], era con lo que me desquitaba, golpeaba la pared tenía que desquitarme con algo”.

La falta de control emocional es uno de los principales riesgos de las autolesiones, dado que, ante un desborde emocional, el adolescente puede ocasionarse lesiones graves. Por lo anterior, las autolesiones se consideran una conducta de riesgo; sin embargo, en ocasiones estas autolesiones no se logran identificar fácilmente y pasan desapercibidas tanto por el personal de salud como por la familia. En ese sentido estuvo la experiencia de Sergio quien describió:

Una vez sí me lastimé los dedos, de que me lastimé y dije: “oye, mamá me caí de la cama” y no, fue porque andaba golpeando la pared. Ya me llevó al doctor, me pusieron tablillas y así, porque cuando le pegué a la pared todo se fue para acá [...] ya cuando me lastimé de más, ya no lo volví a hacer.

La situación anterior hizo que Sergio fuera más consciente del daño y que dejara de realizar este tipo de conductas. Sin duda, el manejo a través del aislamiento y el autocontrol que Sergio siempre mantuvo dentro de su casa y especialmente con su madre, hizo que ella confiara en que su lesión era producto de una caída. Es probable que si su madre hubiera conocido todas las situaciones que Sergio había vivido en soledad, no hubiera creído que se lastimó la mano porque se cayó.

## **El deporte y las películas como estrategias de afrontamiento**

Las personas utilizan diversos recursos para afrontar la adversidad que se deriva de las situaciones de estrés (Reyes *et al.*, 2017). Sergio logró enfrentar la ansiedad generada por la violencia intrafamiliar a través del deporte. Está comprobado que esta actividad ofrece múltiples beneficios a la salud física y mental, en virtud de que el cuerpo libera endorfinas, serotonina, dopami-

na y oxitocina; este cuarteto combate el dolor, regula el sueño, la saciedad, los niveles de depresión y brindan placer (Morán, 2022).

Estudios realizados con adolescentes en tratamiento para la ansiedad y la depresión han demostrado que existe un efecto favorable mayor entre el ejercicio y los tratamientos farmacológicos y psicológicos (Guerra *et al.*, 2017). Es importante mencionar que no es lo mismo realizar actividad física, ejercicio o practicar algún deporte, esto porque cada uno tiene un tiempo, intensidad y beneficios diferentes (Fernández-Barradas y Herrera-Meza, 2022). Sergio practicaba deporte, es decir, tenía entrenamientos establecidos, horarios y competencias que beneficiaron su salud mental; él platicó: “bueno, yo siento que uno saca su estrés dependiendo de lo que más le guste, hay personas que les gusta leer, hay personas que les gusta ver películas. Yo lo sacaba en el fútbol y viendo películas”.

El arte cinematográfico es una herramienta que permite el abordaje de diversas situaciones documentales, testimoniales, históricas, simbólicas e imaginarias que comunican de forma artística, creativa y humanística. Por lo anterior, el cine es un arte de masas que difunde actitudes, normas y valores de forma colectiva, mediante las películas que se transmiten por televisión abierta y, actualmente, por las diferentes plataformas de *streaming*. Todas estas posibilidades dan al público la oportunidad de seleccionar el contenido de su interés y adquirir posturas críticas y activas frente a los contenidos y las problemáticas que ahí se presentan (Mercader, 2012). El análisis sobre lo que se observa y vive es personal y cada uno de los espectadores podrá realizar sus propios aportes. De esa manera ocurrió con Sergio, quien tomó como referencia las películas del Hombre Araña, las cuales consideró un ejemplo y llenas de enseñanza:

Tomaba de ejemplo al hombre araña, porque él nunca... se ve que en las películas pelea, pero él en los diálogos decía: “yo nunca quiero llegar a los golpes, no quiero sobrepasar de eso”. Entonces yo lo tomaba como ejemplo de que, de que en el acoso escolar yo sabía que podía reaccionar, pero no lo hacía porque no era lo correcto, no era lo correcto. Igual en la prepa no sufrí eso, en la Facultad tampoco, pero de que afuera en el fútbol, de que uno dice “no, es que es el calor del momento”, o sea, no es el calor del momento, uno sabe cuándo controlarse si me han empujado, de patadas y todo. De que me

han querido provocar y no, o sea ya cada uno su pensamiento, o sea, yo nunca he llegado a los golpes, así nunca me he peleado, ni nunca voy a llegar tan sólo que sea estrictamente necesario, como cuando fue lo de mi papá. No era necesario, bueno yo sentí que no era necesario, pero tenía que hacer algo, no podía volver a verlo hacer eso.

Sergio explica y entiende su deber ser; sus creencias sobre sí mismo y el mundo son claras, están establecidas. Él ha hecho uso de todos sus recursos personales, puesto que no tiene apoyo social para sobrellevar lo vivido. Actualmente sigue estudiando, sus padres se separaron y en su familia no se ha repetido ningún episodio de violencia, por lo que su ansiedad ha disminuido.





## 5. El vacío en la vida de Luz

*Siento este vacío constante en mí [...] puedo ir a la escuela, al trabajo, ver a mis amigas, pero regreso y siempre está [...] no lo puedo llenar con nada, muchas veces lo llenaba con comida, otras cortándome...*

Sentirse vacío hace referencia a la pérdida del sentido de la vida. Se puede presentar a lo largo del curso de vida y las razones pueden ser distintas, pero la mayoría de las veces se relaciona con la pérdida de algo o alguien significativo en una relación, ya sea por fallecimiento, separación física o emocional. Puesto que las personas se construyen con base en su relación con *el otro*, cuando ese vínculo desaparece, cambia la manera en la que la persona se significa, porque los seres humanos se piensan en función del vínculo que crean con los demás (Giraldo, 2014).

Esto fue lo que ocurrió en la vida de Luz. Su padre se va de su casa cuando ella cumple un año de edad, lo que le genera una serie de emociones conectadas como la culpa, la comparación con los demás y la baja autoestima. La comparación alude a la acción de observar las semejanzas y diferencias entre las personas, lugares o cosas (Real Academia Española, 2023a). Este comportamiento, de ser comparado, tiene un efecto negativo en la autoestima que se forja en la infancia y la niñez, aunque los adultos la utilizan para diferenciar cualidades o áreas de oportunidad en los niños. Cuando el niño o la niña son conscientes de estas diferencias comienzan a sentir culpa, como consecuencia de no poder cumplir con las demandas sociales. La culpa es una emoción aprendida y se vincula con el proceso moral construido en la infancia.

También, durante la infancia, la socialización y el medio en el que los niños crecen son cruciales para un adecuado desarrollo emocional, por lo que el papel de los adultos, principalmente del padre y de la madre, juegan

un papel determinante (Tarrés, 2021). Sin embargo, Hurtado *et al.* (2022), señalan que no todos los padres pueden o desean estar presentes física ni emocionalmente en la vida de los menores y algunos posibles efectos de estas ausencias son “las tendencias antisociales, los daños psicológicos, la incompatibilidad con la sociedad y los problemas en su desarrollo social, emocional y de personalidad dependiente” (p. 105).

La ausencia paterna y/o materna se puede dar por fallecimiento, migración, separación o divorcio, haber nacido fuera del matrimonio, la cohabitación, los matrimonios reconstituidos y el abandono, por mencionar algunos. Siguiendo una lógica tradicional, en donde la madre es la responsable del cuidado familiar, físico y emocional de los miembros, durante varias décadas un gran número de investigaciones en humanidades y ciencias estuvieron encaminadas a estudiar las repercusiones de la ausencia materna en la vida de los hijos, ya que al padre se le observaba como una figura proveedora, de autoridad y desvinculada del ámbito emocional (Rendón-Quintero y Rodríguez-Gómez, 2021). Sin embargo, actualmente, la UNICEF (2021) afirma que la presencia del padre responsable y afectuoso contribuye para una alta autoestima, al desarrollo de habilidades sociales y al bienestar psicológico de sus hijos. Así, la función del rol parental no se limita a brindar sustento económico, ellos aportan protección, seguridad, contención emocional y estimulación cognitiva (Rendón-Quintero y Rodríguez-Gómez, 2021).

Algunos autores afirman que las consecuencias de la ausencia paterna en la vida de los niños son considerables, no obstante, estas afectaciones dependerán de la valoración que el infante realice sobre la ausencia (Hurtado *et al.*, 2022; Tarrés, 2021). En edades muy tempranas, el niño o la niña no son capaces de distinguir las características de sus familias en comparación con otras familias. Por lo regular, éstas se presentan cuando inician su proceso de socialización en otros espacios como en la escuela, en donde los niños comienzan a observar y a evaluar las diferencias entre lo que ellos tienen, en comparación con lo que tienen los demás. Así fue el caso de Luz. Ella fue la participante que comenzó a sentir emociones existenciales en la primera infancia, es decir, antes de los cinco años. Su evento estresante fue el abandono de su padre, evento que identificó en el momento que entró al kínder. Ella contó:

Yo me comparaba mucho con mis compañeros, o sea, en el kínder, el Día del Padre. En ese entonces era más fácil decir que mi papá estaba muerto, en vez de decir que mi papá se fue [...] mi mamá nos intentaba proteger, mantenernos en esta burbuja de que, pues para que no los hagan sufrir de que su papá no está entonces, literal, todos los maestros era como que en el caso de Luz su papá se murió, entonces le puede hacer el regalo a su abuelito. Entonces era como que este impacto de: ¡oye, mi papá no está muerto!, ¡no se ha muerto!, pero sí es cierto, o sea, siempre estaban estas dudas, o sea, niños preguntaban ¿en qué trabaja tu papá? ¿tu papá, mmm, no está? y ¿por qué?

Como se mencionó en los primeros párrafos de este apartado, la culpa es una emoción aprendida de nuestros cuidadores principales. Son ellos quienes hacen notar al niño o la niña, con o sin dolo, que en su vida existe una carencia que le impide cumplir con lo establecido socialmente. De acuerdo con Lazarus (2000), en la valoración que la persona le da al evento intervienen varias cuestiones, entre ellas ¿quién es el responsable? Así, en el caso de Luz, ella no era la responsable de que su padre se fuera o del abandono de su padre, sin embargo, ella asume que sí y comienza a sentir culpa, explicó:

Yo sentía que era mi culpa porque no sé, siento que yo me comparaba mucho con mis compañeros [...] yo me culpaba, yo decía es mi culpa que mi papá se fuera porque justo se fue cuando cumplí un año [...] yo sentía que había coincidido que se fuera justo después de que naciera y todo eso, pues yo dije es que, es por mí, o sea, es porque yo no soy una buena hija, es que yo, yo fui la causa, o sea, yo me sentía así y yo creo que hasta la fecha yo sigo, una parte de mí dice: “tú lo ocasionaste”.

La ausencia paterna puede ocurrir a lo largo del curso de vida y la valoración que los niños o adolescentes hagan sobre el evento dependerá de distintos factores. La ausencia puede ser física como en el caso de Luz, pero también emocional, como en el caso de Constanza que se analiza más adelante. En la ausencia emocional, los padres están presentes, pero no escuchan las necesidades de sus hijos y priorizan su vida personal sobre la de los menores y, aunque no parezca relevante este tipo de ausencia, genera conse-

cuencias significativas en la vida de las personas, al afectar su desarrollo social y emocional. Produce miedo al rechazo, sensación de ser responsables de la situación, personalidad dependiente y la sensación de no ser merecedor del amor (Rendón-Quintero y Rodríguez-Gómez, 2021). El manejo que cada niño y/o adolescente le da a su emoción es distinto y, en el caso de Luz, se manifestó a través de los trastornos alimenticios.

## Los trastornos alimenticios

La anorexia y la bulimia se presentan, en mayor medida, en la adolescencia y se relacionan con los estereotipos de belleza y la imagen corporal, mientras que los trastornos por evitación, también conocidos como restricción de la ingesta o alimentación selectiva, son frecuentes en la niñez, cuando el niño o la niña son capaces de disminuir la cantidad de alimentos que ingieren (sin saltarse comidas o dejar de hacerlas, es decir, sin llegar a la anorexia) o seleccionan con cuáles se alimentarán (National Institute of Mental Health [NIH], 2021). Tal como sucedió con Luz: “desde muy chiquita yo ya hacía cosas, jugaba con la comida, yo ya escondía comida”.

Sin embargo, su restricción alimenticia estaba asociada a un trastorno alimenticio inscrito a la emoción de la culpa que sentía y manifestaba con diversos comportamientos. Así, ella contó: “me daba esto por castigarme, de yo no voy a comer hoy, hoy comí mucho comí mucho pan, o lo que sea, mañana no voy a comer, o así”. En la narrativa de Luz también se observó el impacto que tienen los comentarios familiares en la conducta alimentaria. En ese orden de ideas, Doncel *et al.* (2023) exponen que la familia en ocasiones puede ser un lugar de riesgo para los trastornos alimenticios, dado que en ésta se instauran los primeros hábitos y pensamientos sobre la comida y su relación con el peso y los estereotipos de belleza. Conjuntamente Luz platicó: “toda mi familia era como que tú eres la gordita de la familia”.

Este estereotipo llevó a Luz a experimentar los llamados atracones, en los cuales las personas ingieren, en un periodo corto, cantidades de alimentos que su estómago no es capaz de procesar, debido a que la persona no puede parar (Doncel *et al.*, 2023). El NIH (2021) explicó que, a diferencia de

la bulimia, el trastorno por atracón no viene acompañado de conductas compensatorias como el vómito o las purgas, por lo que la mayoría de las personas que lo padecen tienen sobrepeso. En México, la población más afectada por estos trastornos son los adolescentes de entre 14 y 19 años (Secretaría de Salud, 2023). Sin embargo, hay casos como el de Luz que se presentan en la niñez que, al no ser detectados, tampoco son reportados en las estadísticas. Ella contó: “desde muy chiquita, he tenido como problemas con la comida, desde muy chiquita ya había experimentado los ataques como de atracón, mi primera dieta fue a los 8 años [...] un primo, me, me invitó a hacer una dieta con él”.

Desde el ámbito familiar, a Luz se le reforzó la creencia sobre sí misma de que era “gorda” y, por tanto, recibió el apoyo de su familia para dejar de serlo. Evidentemente, estas creencias provienen de una serie de construcciones sociales y culturales que refuerzan estos pensamientos. Marfil *et al.* (2019) señalaron que, en los últimos años, se ha vuelto recurrente que los niños y adolescentes asistan a consultas nutricionales, influenciados por el contexto familiar y social que los induce a incorporarse a los estereotipos corporales y no a llevar un estilo de vida saludable. Además, Luz siempre sintió que, por la ausencia de su padre, ella no era igual a los demás, por lo que tenía que esforzarse más para poder ser como ellos. Ella contó:

Me comparaba mucho siempre en mi mente, así como que, tengo que ser más, más que mis tres primos, como que hay una, como una competencia. Aunque no estaba marcada, pero nos la hacían ver de alguna manera [...] los comentarios eran de mis primos mayores o incluso de mi abuelita.

Es común que la bulimia se acompañe de los trastornos de atracón porque, durante esta enfermedad, la persona siente hambre anormal, come compulsivamente, y después realiza conductas compensatorias para impedir el aumento de peso como el vómito inducido, el uso de laxantes, diuréticos y medicamentos (Arija *et al.*, 2022; Fuertes *et al.*, 2010). La bulimia es una enfermedad que viene acompañada de la culpa y la vergüenza, emociones reconocidas por Lazarus (2000) como existenciales y que hacen referencia a la forma en la que la sociedad nos percibe.

En ese sentido, Luz hace referencia a su imagen corporal de la siguiente manera: “yo estaba, y la verdad estaba muy subidita de peso, entonces los doctores me decían es que está gorda, obesa, entonces era como ¿qué hago? Y en quinto de primaria fue cuando empecé con bulimia”. Así, familiar y clínicamente, ella era reconocida como una persona con sobrepeso.

Fuertes *et al.* (2010) explican que una de las causas de este padecimiento es el rechazo o fracaso social. Este trastorno puede presentarse en cualquier momento del curso de vida y es inducido por eventos traumáticos o negativos que afectan la autoestima y la valoración que la persona tiene de sí misma. Conjuntamente, Doncel *et al.* (2023) agregan que la bulimia se relaciona con los trastornos de depresión y ansiedad, y en la niñez y adolescencia con duelos por la pérdida de un familiar, la separación o divorcio de los padres, la disfuncionalidad familiar, la violencia intrafamiliar y sexual, así como por la comorbilidad psiquiátrica. Así, las problemáticas familiares antes mencionadas vulneran a los niños y adolescentes, por lo que ellos pueden buscar en los amigos una red de apoyo.

La amistad en la adolescencia juega un papel relevante en el bienestar psicosocial y en la construcción de la identidad (Rodríguez, 2021). En esta etapa, la influencia de los amigos es crucial y, por lo regular, las actividades que realiza uno, las realizan todos, ya que el colectivo comparte actitudes, pensamientos y comportamientos (Fajardo *et al.*, 2005). Sin embargo, esta influencia puede tener efectos negativos en los niños y adolescentes como sucedió con Luz, quien contó: “me acuerdo de que yo tenía otra compañera que empezó también con la anorexia. Entonces como que yo le copiaba mucho lo que ella hacía. O sea, como que, yo creo que las amistades sí me estaban influyendo”. Actualmente Luz reconoce que sí había influencias en el medio que reforzaban sus malas prácticas alimentarias.

Como se mencionó en párrafos anteriores, los trastornos alimentarios están vinculados con los trastornos de ansiedad en los que las emociones intervienen de forma directa, debido a que emanan de problemas individuales, familiares y sociales que la persona no puede controlar y, por tanto, la comida, se vuelve un recurso que le brinda bienestar temporal. Luz explicó: “mi refugio era la comida, sí, o sea, yo decía que yo no tenía el control de muchas cosas. Entonces yo decía tengo que controlar lo que como”.

Carrasco (2021) señala que el trastorno por atracón se presenta después de que la persona experimenta un recuerdo o vivencia que le genera una emoción —enojo, miedo, tristeza, alegría. Al sentir la emoción o recordar el evento, ocurre un descontrol en su organismo y, como no cuenta con la capacidad de reconocerla y afrontarla, se recurre a los atracones como una alternativa. Así pasaba con Luz:

A veces como que estos impulsos, como que me llegaban y yo me daba los atracones o ese ¡sí, no me importa! y comía, pero del punto de no saciar, o sea que era como... sé que ya no tengo hambre, pero sentía ese vacío súper fuerte y la carga de que voy a llorar.

De acuerdo con Lazarus (2000), el manejo que Luz le dio a sus emociones fue de escape-avoidancia, es decir, en esos momentos, los recursos personales que tenía eran dañinos y sólo le permitían enfocar la emoción hacia otra parte de su cuerpo. Así, el cuerpo es un espacio donde se contienen, fluyen y expresan las emociones de diferentes formas, que van desde el llanto, la ansiedad, el consumo de sustancias, los trastornos alimentarios y las autolesiones.

Estas formas de hacer frente a las emociones pueden ir escalando hasta la ideación y los intentos de suicidio. Desafortunadamente, en el caso de Luz los trastornos alimenticios no son suficientes para controlar sus emociones y ella comienza con las autolesiones. Es importante mencionar que antes de iniciar con las conductas autolesivas, el padre de Luz regresó y eso le ocasionó episodios de ansiedad, pues siempre idealizó su vida con un padre y esta relación no llegó a ser lo que ella soñaba, y explicó:

Todo se detonó cuando mi papá regresó [...] estábamos muy emocionados de verdad, estamos como que, no manches, lo vamos a conocer, o sea, después de 11 años, no sé, de no saber nada de él [...] Entonces lo conocemos, o sea, literal nos saluda de ¡hola! ¿qué quieren cenar? Y nosotros esperando una explicación, me fui al baño a llorar con la desilusión, como que uno espera, como que está la idea de que el papá es lo mejor [...] yo no lo viví, o sea, yo nunca viví eso y yo sentía, yo me culpaba, yo decía, es mi culpa que mi papá se fuera.

## Las autolesiones, otra salida

Los comportamientos autodestructivos son más frecuentes en los niños y adolescentes debido a que no cuentan con las condiciones emocionales, familiares y sociales que les permitan afrontar la adversidad de manera adecuada (Jácobo *et al.*, 2022). La autolesión está asociada a varios elementos, pero justo en el caso de Luz se observa cómo se hacen presentes las emociones de la culpa y el vacío emocional por el abandono de su padre. A lo anterior, Fleta (2017) señala que algunos de los adolescentes utilizan las autolesiones para castigarse, dado que se sienten responsables de algún evento desafortunado o por emociones de vacío, por sentir que les falta algo. La autolesión genera dolor y esto hace que ellos se sientan vivos.

Como se ha observado a lo largo de su caso, los comportamientos de Luz estuvieron vinculados a la falta de autoestima, a la comparación con los demás, al rechazo sobre su cuerpo y a las conductas autolesivas. Estas últimas fueron influenciadas por una amiga quien le contó lo que hacía e hizo que Luz viera las autolesiones como una opción. Evidentemente, por sus circunstancias emocionales, ella percibe que, ante las creencias que tiene sobre sí misma y ante sus emociones, autolesionarse puede ser una opción. Enunció:

Todo fue de la mano, los problemas alimenticios y luego como, como esta otra puerta, esta otra ventana, una chava me dijo como que, sí, yo me corto, y yo: ¿cómo?, es una niña, o sea, yo decía ¿cómo?, ¿por qué? y ¿no te duele? O sea, como que para mí era como ¿qué onda?, ¿cómo te haces eso? y luego me empezaba a contar lo que sentía, y se te queda eso, o sea, tú te quedas con esa espinita de a lo mejor es lo que necesito [...] porque yo sentía mi vacío, siempre lo llegué... siempre lo he sentido, siempre está conmigo, este, no sé.

Cortarse es una de las autolesiones más comunes y conocidas. La intención de estas incisiones es generar un dolor físico que contrarreste el emocional. Durante muchos años se consideró que las personas que se autolesionaban padecían trastornos mentales severos —“esquizofrenia, síndrome de Gilles de la Tourette o formas graves de retraso mental o autismo” (Ferreiro *et al.*, 2023, p. 2). No obstante, se ha hecho evidente que los niños y adoles-



centes que experimentan desregulación emocional —estrés, ansiedad, depresión o soledad— también llevan a cabo estas prácticas (Jácomo *et al.*, 2022).

Se considera que la mayoría de las autolesiones inician en la adolescencia temprana, es decir, entre los 11 y 15 años. Los diferentes estudios han demostrado que éstas son más frecuentes en la población femenina y que este grupo se autolesiona a través de los cortes (Ferreiro *et al.*, 2023; Fleta, 2017; Ministerio de Sanidad, 2022; Ospina *et al.*, 2019). La mayoría de las autolesiones inician por conflictos emocionales, siendo estos últimos el eje de los estudios. Sin embargo, Sánchez-Sánchez (2018) expone que son un problema multifactorial en el que el grupo de referencia (amigos) tiene gran influencia. Los adolescentes tienden a la imitación y al aprendizaje social, por lo que observar las conductas autolesivas en personas cercanas (familiares o amigos) puede aumentar el riesgo en ellos (Ferreiro *et al.*, 2023). Asimismo, los resultados de una investigación realizada por Jácomo *et al.* (2020) demostraron que, al menos los adolescentes que participaron aprendieron de sus amigos a autolesionarse, como sucedió con Luz:

En sexto de primaria, ahí fue cuando empezó yo creo que lo peor, pues obviamente conocí mucha gente y había muchos, no sé si era la moda, porque estaba esto como el cortarse ¿no? Como en eso de cuarto, cuarto y sexto estaba muy muy de modita y yo siempre estaba rodeado de ese tipo de personas [...] entonces como que ahí seguía y todo el tiempo, todos los días me carcomía, me carcomía como ese sentimiento ¿lo haré?, ¿lo probaré? entonces, este, siempre tuve eso... hasta que lo hice, o sea, me empecé a cortar.

En el caso de Luz no había un suceso específico detonante para la autolesión, en general eran todas las condiciones de vida las que la llevaban a realizarse los cortes, entre ellas la situación con su padre y los conflictos con su madre. Los conflictos familiares provocan en los niños y adolescentes sentimientos de tristeza, frustración y enojo, elementos que vulneran a este grupo y los hace propicios para las autolesiones.

El Ministerio de Sanidad (2022) reportó que, gran parte de los adolescentes que se autolesionan, provienen de una familia disfuncional y/o sus padres tienen una mala relación entre ellos. Otro grupo de adolescentes externó que un factor familiar que los llevó a autolesionarse fue la separación

de sus padres, la violencia doméstica e intrafamiliar y la precaria situación económica (Fleta, 2017). En ese orden de ideas, Luz contó: “no había un detonante, creo que en cada situación variaba, o sea, a veces podía ser por mis papás, en ese momento yo me peleaba mucho con mi mamá. O sea, estábamos siempre bien peleadas”.

Existen factores individuales asociados a los recursos personales que influyen en las autolesiones, como la baja autoestima, el sentirse rechazado, diferente y en soledad (Fleta, 2017). Estas emociones hacen que la persona se sienta inferior, culpable y vacía, emociones que llevan a la persona a castigarse a través de la autolesión, como lo manifestó Luz: “otras veces normalmente era conmigo misma, era este odio conmigo misma, era ¡no me aguantó!, ¡no me soporto!, o sea, ¡ojalá no existiera! así...”

Las creencias sobre sí misma de odio y desprecio provienen de un rechazo y deseo de destrucción que se origina cuando la persona siente que ha sido humillada. La persona que lo siente está convencida de que todas sus emociones displacenteras provienen del suceso estresante. Despreciarse y dañarse le genera cierto alivio, pero no le permite afrontar la situación que originó la emoción, por lo que la persona vive cautiva en el pasado (Echeburúa y Amor, 2019).

Lazarus (2000) explica que en las emociones intervienen los estímulos ambientales que originan una respuesta conductual en la que, a su vez, intervienen la valoración, el manejo y las creencias sobre uno mismo. Para entender estas emociones, se deben conocer los procesos que la persona ha vivido, los sucesos importantes, sus recursos y capacidades.

Así, la narrativa de Luz es resultado de una serie de acontecimientos que no han sido abordados de forma correcta, pues hasta aquí no ha existido un apoyo social en su curso de vida que le permita fortalecer sus recursos personales y manejar la situación de una manera favorable. Con relación al apoyo social, el estudio de Meza de la Luna *et al.* (2019) encontró que los adolescentes que se autolesionaban habían experimentado relaciones familiares negligentes y con escaso apoyo social, que los hacía sentirse ignorados, no queridos y con escasas expresiones de afecto.

Por lo regular, cuando los padres se enteran de que sus hijos se están autolesionando sienten impotencia, culpa, enojo y que han perdido el control de sus hijos. El Ministerio de Sanidad (2022) recomienda a los padres que

han descubierto que sus hijos se autolesionan, que no ignoren ni minimicen el problema; que no realicen opiniones negativas o desagradables sobre la conducta; que no juzguen, regañen o castiguen, ni les pidan que les prometan que no lo volverán a hacer, ni se sientan ellos mismos culpables por la situación (Ministerio de Sanidad, 2022). Saber qué hacer permite a las personas afrontar de una manera adecuada el problema pero, sobre todo, acompañar y ayudar a sus hijos a darle un mejor manejo a sus emociones. La madre de Luz desafortunadamente tuvo una reacción de preocupación y culpa e hizo expresiones no recomendadas; Luz explicó:

Mi mamá se dio cuenta. Mi mamá me dijo que, por favor, prométeme que no lo vas a hacer y tal, y yo como que, bueno, sí te lo prometo. Pero no, para mí era como que yo lo necesitaba, estaba obsesionada, la verdad era algo que no podía parar [...] mi mamá se culpaba también, me decía como ¿qué hice mal? y yo creo que lo que menos, o sea, era tan agotador que me dijera eso, como qué hice. No, no es por ti, o sea, hay cosas alternas, pero mi mamá no entendía ¿no? Entonces mi mamá me decía, “no, vamos a hablar con alguien”, pero todo se quedaba en promesas ¿no?

A pesar de que su madre siempre estuvo presente en la vida de Luz y ella reconoce que después del abandono de su padre, su madre logró sacar a su familia adelante, no representaba una figura de apoyo social, seguridad y confianza, ya que no cumplía lo que le prometía aun estando preocupada por la situación.

Ahora bien, los adolescentes se realizan las autolesiones en espacios poco visibles, por lo regular en las piernas y el abdomen (Jácomo *et al.*, 2022). Luz contó que ella donde lo hacía “normalmente eran los brazos y como en las caderas”. Con el paso del tiempo los adolescentes que se autolesionan realizan ciertas conductas (como usar sudaderas en verano), que evidencian sus prácticas. El medio en el que los niños y adolescentes se desenvuelven en ocasiones puede ser prudente y solidario, pero en otras llega a ser hiriente. La experiencia de Luz en cuanto a esto fue la siguiente:

Llegó un punto en prepa en que mis compañeros me preguntaban ¿te cortas? y yo cómo, pues es una pregunta muy incómoda, o sea, no, no me enorgulle-

cía, no era como que sí véanme, ¿no?, o sea, me apenaban y yo creo que eran muchas de mis inseguridades. Yo no podía usar cosas de manga larga porque me daba mucha pena, pero pasó el tiempo, dije, pues ya, o sea, es algo que tengo, es algo que hice.

## La delgada línea entre la autolesión y la ideación suicida

La práctica recurrente de las autolesiones representa un riesgo elevado para que, en un futuro, se presente el intento de suicidio (Vázquez-Salas *et al.*, 2023). Tanto las autolesiones como la ideación suicida se presentan en la adolescencia y su combinación puede ser fatal. Aunque el objetivo de las primeras no es terminar con la vida, la constancia sí aumenta el riesgo debido a que la persona logra inhibir su dolor emocional de forma temporal y, aunque el objetivo no sea terminar con la vida, la autolesión puede salirse de control y consumarse un suicidio (Ferreiro *et al.*, 2023). De esta manera, las autolesiones se consideran como factor de riesgo para la conducta suicida (Belletich *et al.*, 2019). Luz contó: “seguía haciéndolo, y más y más y cada vez más profunda, entonces mis pensamientos ahora eran como de suicidio, tal cual”.

Aunado a las autolesiones se encuentra la tristeza profunda —depresión— y la ansiedad, emociones que influyen en la ideación suicida. Por ello, los niños y adolescentes inician con las autolesiones como un escape del dolor emocional, pero cuando el factor generador de ese dolor continúa en su vida, la autolesión no es suficiente y comienza la ideación suicida, entendida como el pensamiento recurrente de terminar con la propia vida y dejar de sentir el dolor emocional.

Estaba muy confundida y decía ya, ya no quiero esto, o sea, no soy feliz. Me duró mucho [...] seguía todavía esto en mí, como no estoy bien o, o era esto de que en plena clase me daba un ataque de ansiedad y me tenía que ir al baño, o sea, literal y llorar o lo que sea [...] siempre se me combinan como el llanto, el no poder respirar y ahorita al grado de no poder respirar, o sea una vez me desmayé...

Los episodios o ataques de ansiedad son una reacción que tiene el organismo cuando la mente siente que se encuentra en peligro, mientras que los cuadros depresivos se originan cuando la mente tiene el recuerdo de una pérdida y la expresa con tristeza y llanto. Algunas personas pueden padecer conjuntamente tristeza profunda —depresión— y ansiedad —miedo al futuro. (Basantes *et al.*, 2021). Lazarus (2000) reafirma que la tristeza se origina cuando la persona ha tenido una pérdida irreparable y durante el proceso de aceptación experimenta un duelo, mientras que la depresión expresa que el sujeto se siente incapaz e indefenso ante el evento estresante. En ese sentido Luz expresó:

Siento tristeza o un vacío [...] siento este vacío siempre constante en mí, o sea, puedo ser todo, puedo estar sonriendo y sí [...] puedo ir a la escuela, puedo ir al trabajo, puedo ver a mis amigas, pero regreso y siempre está este vacío en mí, ese vacío que no puedo llenar con nada, que muchas veces lo llenaba con comida, otras veces en vez de comida con cortadas y ahorita no sé, o sea, realmente estoy en un constante no lo hagas, no lo hagas, aunque para mí es lo más tentador, o sea, así súper feo.

Lazarus (2000) enfatizó que cuando la persona siente tristeza reconoce que se siente incapaz de hacer algo para recuperar lo perdido; es una combinación entre la negación y pensamientos recurrentes del evento. Luz lo deduce y, por tanto, no realiza ningún esfuerzo temporal para cambiar la situación; en cambio, ella realiza un manejo de aceptación de responsabilidad. En éste, la persona busca una solución, aunque no siempre sea la mejor; ella contó: “bueno, dejo de cortarme entonces, yo busqué como otra manera y, en ese entonces, yo fumaba mucho, entonces, unas por otras: dejé de cortarme, pero me seguía matando, fumando”.

El consumo de sustancias también puede darse con intención suicida y, aunque probablemente sólo puede ser una expresión, el contexto indica responsabilidad, insatisfacción y conciencia de querer terminar con su vida. Además, Luz llevaba a cabo otras prácticas de riesgo como el consumo del alcohol; así expresó: “tomaba demasiado, demasiado, demasiado, o sea, yo empezaba las fiestas desde los jueves hasta domingo, y a veces teníamos

doble fiesta, de que más tarde, y los sábados, viernes, sábado y domingo, o sea, todo el tiempo”.

El paso del tiempo le permite a Luz cambiar sus creencias sobre sí misma y realizar un manejo de revaloración positiva y, a través de una enfermedad, se hace consciente de que puede dejar ciertas conductas que la lastiman, y explicó:

Empecé a tener problemas de salud [...] tengo ovarios poliquísticos e hipotiroidismo subclínico, que me desató problemas con la, con la tiroides. Yo seguía tomando, entonces a mí me empezaron a dar taquicardias, y fue cuando dije ya, o sea, ya voy a dejar de tomar, o sea dije ya, ya, ya no me lo voy a hacer, o sea, no me tengo porque odiar tanto.

No obstante, la depresión y la ansiedad son problemas que pueden ser constantes en la vida de la persona que las padece, por lo que Luz continúa en esa lucha con sus emociones, expresa:

La ansiedad es una lucha, o sea, la verdad es muy, muy difícil, pero hay que entender que es una fase, yo lo veo así. Es mi otra yo queriendo apoderarse o queriendo tomar acto de presencia como la protagonista [...] sé que está bien compartirlo, que no, que no estamos solos y que podemos hablar con alguien, que de hecho, aunque no, no se vea, siempre hay personas que están a nuestro alrededor, que también pasan por lo mismo, que tienen los mismos problemas y que está bien ser vulnerable y enseñárselos a nuestros papás [...] yo creo que si yo no le hubiera enseñado a mi mamá lo que la ansiedad me hacía, no me hubiera tratado igual o no hubiéramos anhelado algo; y sí ayuda, te ayuda a encontrarte, te ayuda a sanar y te sientes como con un peso menos, y como que la carga ya no está sola en ti y hay más personas que te ayudan con eso, entonces, está bien hablarlo.

A pesar de lo anterior, Luz no ha llevado terapia de forma continua, su capacidad de afrontamiento le ha permitido tener altibajos con relación a su salud mental, actualmente está en los últimos semestres de su carrera, la cual combina con un empleo de medio tiempo que le ha dado la oportunidad de desarrollar otros recursos personales, económicos y sociales.

## 6. La tristeza en la vida de Álvaro

*Desde niño se puede decir... como a los seis años [...] por ahí fue el primer sentimiento así de ¡ah, me siento triste!*

Desde la teoría cognitiva de las emociones, de Lazarus (2000), la emoción proviene de la valoración que le damos al suceso y para él, la tristeza se siente cuando la persona no tiene ninguna esperanza de recobrar lo perdido. Algunas investigaciones que abordan el tema de la tristeza en los niños se enfocan principalmente en las pérdidas por el fallecimiento del padre o la madre. Sin embargo, Cuervo e Izzedin (2007) explican que los niños también pueden sentirse tristes por la separación real o imaginaria de los padres, cuidadores principales o personas significativas, ya que es algo que ellos perciben como pérdida. Tal fue el caso de Álvaro quien expresó: “en mi casa hubo unos problemas y... como soy muy sentimental en ese aspecto, fue eso... cuando me empecé a sentir bien triste”. De acuerdo con la narrativa se puede inferir que la tristeza de Álvaro estuvo vinculada al imaginario de que las peleas que observaba entre sus padres podrían significar una separación matrimonial.

Además, en su discurso Álvaro expresó la creencia sobre sí mismo de que “soy muy sentimental”, por lo que su valoración ante los problemas es secundaria y se responsabiliza o culpa por lo que siente. Él trata de minimizar el conflicto y repite:

—Te digo que soy muy sentimental, veía a mi mamá que estaba triste y pues, yo me ponía triste y así. ¿Por qué estaba triste?, pues no sé, siempre tuvo problemas con mi papá de las cosas de dinero o porque se enojaban, no sé, nun-

ca entendí por qué se enojaban, pues ahorita están bien, ¿verdad?, pero a veces había enojo entre ellos.

—¿Sientes que eso te afectó?

—Pues a lo mejor, pero siempre fui como de no decir nada.

El manejo que él le da a su tristeza se puede interpretar de dos maneras: la primera se relaciona con el imaginario social de la felicidad, de lo que se espera de nosotros y, en palabras de Lazarus (2000), sobre las creencias del mundo. Álvaro sostiene la creencia de que “los niños son todos felices” y a pesar de su corta edad, tenía claro que debía demostrar que estaba feliz aun sintiéndose triste y contó: “Yo acá siempre feliz, si, como que siempre me ha gustado... pues ocultar mis sentimientos, reprimirlos y poner otra cara para los otros, para que pues vean que estoy feliz [llora]”.

Estar feliz es subjetivo y significa que la persona está bien, que se encuentra en un estado de calma o bienestar (Lazarus, 2000). Para Jaramillo (2019), la felicidad es una sensación en la cual participa el cerebro produciendo dopamina, por lo que no es un estado constante, ya que las personas experimentan momentos de tristeza o infelicidad a lo largo de su vida. Sin embargo, culturalmente se aborda el tema de la felicidad como un objetivo vital, como una meta que todos deben alcanzar. Tan es así que la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2012) proclamó el “Día Internacional de la Felicidad”. Esto durante muchos años generó un clima en el que todos deberían tener actitudes acordes a la felicidad como sonreír, ser amables, empáticos y agradecidos y se inhibió la expresión de las emociones contrarias a la felicidad, generando que los niños como Álvaro creyeran que estaba mal sentirse tristes.

La otra forma de manejo que implementó Álvaro fue “manejo como proceso”. En éste, la persona se esfuerza de forma cognitiva y conductual para evitar la emoción desagradable, es decir, se centra en evitar la emoción. En el caso de Álvaro, él enunció que una forma de evitar su tristeza era: “me salía mucho a la calle [...] no me gustaba estar en la casa cuando estaba triste, o hacia otra cosa y estaba feliz y no se daban cuenta, aparte porque no quería”.

Realizar otras actividades es una estrategia de afrontamiento vinculada a los recursos personales; él busca alternativas para su bienestar. El aisla-



miento fue otra forma de manejo que Álvaro utilizó para evitar su tristeza, y describió: “a veces me encerraba”. Esto es algo común en los niños y adolescentes, significa poner distancia, marcar un límite o, de manera inconsciente, dar señales de que algo no está bien. No obstante, Álvaro continúa “pero pues... estaba solo casi siempre, nadie se daba cuenta, o mi hermano estaba con mi abuela o viceversa, pero nadie se daba cuenta y ni nada”. Es decir, esa expresión de aislamiento no era validada por nadie a su alrededor.

Adicionalmente a los conflictos entre sus padres, Álvaro mencionó de forma reiterada que su madre y padre casi nunca estaban en la casa, ya que ambos trabajaban. La valoración que él da a su ausencia se vincula a la creencia que tiene sobre el mundo. En este caso sobre el trabajo de sus padres, así lo mencionó: “yo entendía que trabajaban para darnos a nosotros todo” y vuelve a referirse al deseo de cumplir con las expectativas del mundo: “pero no sé, siempre quise ser feliz, demostrarles que podía ser feliz”. De nueva cuenta él tiene un manejo centrado en evitar la emoción, y sus recursos personales le permiten identificar que su soledad no es por falta de amor o abandono, sino porque sus padres quieren darle a él y a su hermano lo mejor, y continúa:

Yo dije, pues trabajan para darnos todo ¿verdad?, pues para mantenernos y pues, no sé, siempre entendía eso, nunca lo vi como que ‘no es que mis papás no me quieren, no están en la casa’ yo siempre lo entendí por eso, pero siempre estábamos yo y mi hermano.

En su discurso, Álvaro menciona la compañía de su hermano y, aunque se pueda inferir que es un apoyo social, el participante no lo valora como tal. Recuerda las actividades que realizaban juntos como: “yo y mi hermano pasamos a la secundaria y en la mañana íbamos y regresábamos y mi mamá estaba trabajando y mi papá siempre estaba trabajando y ya, casi siempre estaba con mi hermano, siempre”.

En esas últimas narrativas se puede identificar que Álvaro se sentía solo, la soledad que experimentó era física y temporal, pero al vincularla con el llanto que presentó durante la entrevista y con su trayectoria de vida, se puede identificar que también era afectiva y no tan temporal. Al cuestionarlo sobre eso, él relató:

Yo siempre he dicho que están trabajando, pues, para mantenernos, para darnos a nosotros lo que... las escuelas, las comidas, no sé qué haya sido. Pues resentí a lo mejor el verlos tristes ¿verdad?, o verlos inconformes con la vida [...] porque a veces pelean, a veces pasan cosas, o a veces también tienen problemas, tanto económicamente, también como mentalmente, también ellos, pero pues son padres, nunca nos van a decir lo que tienen.

Al respecto, la UNICEF (2023a) señala que a cualquier edad los conflictos familiares generan en los infantes, niños y/o adolescentes, miedo e inseguridad, independientemente de si ya cuentan con la capacidad de entender los motivos del conflicto. Los niños que ven pelear verbalmente a sus padres sienten dolor, estrés y preocupación extrema, debido a que los padres son su fuente de seguridad y ésta se ve amenazada por el conflicto. En el caso de Álvaro estos conflictos le hacían sentir tristeza y soledad y lo llevaron a buscar fuera del hogar un remedio para esas emociones, el cual encontró en las drogas.

## El consumo de drogas

El Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (INAD) argumenta que, por lo regular, las adicciones vienen acompañadas de uno o más problemas psicológicos que se derivan del consumo. Entre estos efectos destacan problemas como la ansiedad, depresión e ideación suicida (Aguirre-Guiza, *et al.*, 2017). Sin embargo, otros estudios revelan que, en lo referente a la salud mental, el malestar puede originar el consumo de estas sustancias. En los resultados plasmados en el presente libro, el proceso ha sido de esta última manera: primero se presenta el malestar emocional y después el consumo de sustancias.

Contreras *et al.* (2020) explican que existe una relación entre la depresión, la ansiedad y las conductas adictivas, ya que la persona que presenta algún malestar mental puede consumir algún tipo de sustancia para animarse o relajarse y así disminuir las emociones desagradables provocadas por la falta de atención y afecto, la escasa interacción entre padres e hijos, el castigo inconsistente, el divorcio o separación de los padres o la disciplina severa. De esta manera fue el caso de Álvaro, quien desde niño se ha sentido

triste y deprimido, como consecuencia de los conflictos entre sus padres. Entrando en la etapa de la adolescencia, Álvaro no logra continuar con el manejo centrado en la emoción y encuentra en las drogas una alternativa para sobrellevar la situación.

Eran más fuertes los problemas entre mis papás [...] así que, como a los 12, tuve ahí unos problemas de adicción [...] fumaba marihuana. No estaban mis papás, de la secundaria no me iba para mi casa, salía con mis amigos, y ya fueron otras drogas más.

La situación de Álvaro es común, ya que existe una relación entre los adolescentes con síntomas depresivos y la prevalencia del consumo de sustancias, en especial marihuana o cannabis, y la escasa o nula atención que reciben por parte de sus padres. Esta situación familiar es considerada por Tena-Suck *et al.* (2018) como factor predictor de la adicción. Además, Álvaro resalta “no estaban mis papás”, es decir, no había una figura de autoridad que pudiera identificar el riesgo o que lo motivara a volver a su casa después de la escuela.

Las personas, y en mayor medida los niños y adolescentes, piden ayuda de manera inconsciente a través de actos desesperados en los que demuestran sus necesidades de atención y afecto. Sin embargo, por diferentes razones los padres no logran identificar las demandas de los hijos, tal como sucedió con Álvaro. Él comienza a fumar en su casa, como descuido o para tener una reacción por parte de sus padres, su madre se entera “y pensó, como siempre hay una primera vez, que era la primera vez que lo hacía, pero ya llevaba tiempo [...] pues ya... hay que enojarse, me castigó, así quedó todo, en un castigo”.

El caso de Álvaro permite observar cómo desde niño daba señales para llamar la atención, que no fueron identificadas por sus padres, y que en la escuela también fueron minimizadas. Él narró: “nadie, no hacían algo en la escuela, trabajo social, no sé si se llame así... trabajo social... me decían: no, es que tu nada más ocupas atención y por eso no haces nada en la escuela”. Álvaro necesitaba lo más importante: atención. En la vida de las personas, es fundamental sentirse escuchado, protegido, importante y amado, ya que éstas son necesidades básicas a las que no se les debe restar importancia.

No obstante, la adicción ya estaba presente en su vida y continúa con el consumo. Pero ahora sí obtiene la atención de su madre: “empecé a fumar y mi mamá me decía: ‘ya te ves muy así’, y le digo: ‘yo estoy bien, no tienes por qué preocuparte por mí’, y empecé como a querer estar más en mi casa”. Sin embargo, la tristeza, la soledad y la adicción fueron más fuertes y continúa con el consumo. Álvaro encuentra un amigo que está en su misma situación y reconoce que la ausencia, no sólo de sus padres, era un factor que les facilitaba el consumo, y explica cómo va escalando en el uso de sustancias:

Pasaron como dos meses y empecé a fumar más [...] la pagábamos con el dinero del lonche, a veces no comíamos [...] Un amigo tenía la misma de que sus papás no estaban, trabajaban, pues íbamos a la casa de ese amigo y ahí hacíamos todo [...] después de la marihuana ya fue con el cristal, fue con el cristal [...] y ya al final de eso con pastillas también, y también con cocaína [...]

Álvaro inicia a los 12 años con el consumo de marihuana, en primero de secundaria. Pasaron tres años sin que nadie (padres, abuelos, maestros, vecinos) hiciera algo para evitar que siguiera consumiendo hasta que la adicción, combinada con la necesidad de atención, lo sobrepasaron. En su narrativa se ve cómo los adolescentes actúan en función de la oportunidad, sin dimensionar las consecuencias en el corto y largo plazo. Él refirió:

En prepa fue que empecé a consumir más, empecé a comprar más, fue más como por rebeldía [...] un día salimos de la prepa y se nos ocurrió, pues robarnos unas cervezas, verdad, se nos ocurrió verdad [...] y pues se nos ocurrió, pues rebotarlo con las pastillas y pues vimos un carro, y pues me dice [se refiere a su amigo] “vamos a tumbar el retrovisor, ¿va?” y se lo tumbamos y como que salieron unos señores y pues yo dije “ay, pues qué” ¿va?, pues uno piensa que es inmortal ¿verdad?, que nunca le va a pasar algo y corrimos, era de bajada. Me acuerdo de que iba corriendo, pero pues me caí y que llega el señor [...] y a mí me empiezan a golpear [...] y pues ya, dije, pues me tenía que tocar, o sea, siempre tuve mentalidad de que me va a tocar algún día y voy a tener que afrontar las cosas y ya le hablé a mi mamá de que, pues ya me tienen aquí detenido.

Sin lugar a dudas, el consumo de sustancias afecta la salud física y mental de las personas que las ingieren, pero cuando ocurren en la etapa de la adolescencia, el riesgo por lesiones, accidentes o conflictos es mayor debido a que los adolescentes no cuentan con la madurez necesaria y cometen actos ilícitos como el mencionado por Álvaro, que atentan contra su integridad física y moral. Uceda-Maza *et al.* (2016) explican que los delitos cometidos por los adolescentes consumidores de drogas se vinculan a su deseo de ser validados por el grupo al que pertenecen, lo cual les da seguridad, confianza y aliento para ejecutar acciones inadecuadas.

## La rehabilitación física, pero no emocional

Después del suceso, la familia de Álvaro lo llevó al Centro de Integración Juvenil (CIJ) donde recibe atención para su rehabilitación. Él recibe tratamiento sin ser institucionalizado, solamente va todos los días después de la preparatoria. Dentro del CIJ recibe terapia psicológica, la cual puede haber sido una oportunidad para que Álvaro hablara de su tristeza y los motivos que lo hacían sentir así; sin embargo, él no logró afrontarlo y platicó:

Me mandaron al Centro de Integración Juvenil [...] salía de la prepa y de la prepa me tenía que pasar para allá y ahí tenía las terapias del psicólogo, terapia familiar, que tenía que ir mi mamá [...] pero nada más hablábamos de lo que pasó, de la prepa para arriba, siempre escondía lo de abajo, siempre nada más hablaba de la prepa o de lo reciente y ya.

Nieto y López (2016) explican que cuando las personas experimentan un suceso traumático, es difícil que puedan hablarlo de forma consciente, por lo que sus efectos en el organismo pueden durar y repercutir en la persona hasta que el suceso sea hablado, superado o tratado. Además, Lazarus (2000) afirma que la esencia del trauma se da cuando un suceso quebranta los significados de las personas, es decir, el individuo se siente inmerecido, que no debe ser amado, cuidado o valorado y, por consiguiente, que ha perdido el control de su vida. Esto puede ser temporal o permanente y va a

depender de las capacidades y recursos de afrontamiento de la persona, de la valoración y las implicaciones futuras.

Las personas utilizan diversos recursos para afrontar los traumas. Uno de los principales es la psicoterapia, la cual tiene como objetivo agilizar el vínculo cognitivo y emocional del evento traumático para que la persona pueda controlar sus recuerdos y no sean sus experiencias pasadas las que lo controlen a él. Es importante destacar que los lineamientos específicos de la terapia son: “a) sustituir la reexperimentación por el recuerdo: no es lo mismo revivir que recordar, por desagradables que sean los recuerdos y b) diferenciar entre el suceso traumático y otros sucesos que son similares, pero que no son peligrosos” (Echeburúa y Amor, 2019, p. 75). Sin embargo, para que la terapia funcione, la persona que acude a ella debe tener la apertura emocional y la intención de querer abordar el suceso traumático. Esto no pasó con Álvaro, pues cuando tuvo la oportunidad de sanar su experiencia de la infancia, no logró abordarlo; él mencionó:

Siempre digo que quiero ir, pero no sé, como que no, no sé, al final del día me pongo más triste [...] Cuando iba al psicólogo, no sé, siempre hablábamos de mi día a día, nunca fue como del pasado, cómo iba con las drogas, como me sentía tal día, nunca fue como al fondo del problema, así.

Lazarus (2000) explica que cada persona cuenta con diversos recursos personales que le permiten sobreponerse a las situaciones estresantes. Álvaro contó que cada que tiene una recaída emocional, es decir, cuando llega a sentirse muy triste o decepcionado de sí mismo, simbólicamente, termina con su vida y vuelve a empezar otra vida; así lo externó:

Cuando me suspendieron de la prepa, pasó todo eso y como que ya quise empezar de nuevo a hacer otra nueva vida. Porque siempre cuando me pongo triste o me pasan cosas, así como que para mí es como cerrar una vida y empezar otra, o me pasa algo así, más, más y es como cerrar otra vez, voy a empezar otra [...] es para evitar lo triste y ya en la nueva, soy feliz ¿verdad? Como que hacer como que no estoy triste. Me pongo triste, salgo de eso y terminé esa vida y otra vez empiezo. Me doy cuenta de que nunca he estado triste y siempre es como que nunca he estado triste, pero, o sea, si estoy ¿verdad? Sí he te-

nido problemas, pero a lo mejor es algo así como para escudarme, no sé, ¿verdad?, pero fue una teoría aquí, que saqué yo mismo.

## Los efectos de la violencia emocional

La violencia emocional o psicológica en niños es una forma de maltrato en la que los cuidadores principales dañan la autoestima, seguridad y confianza de los menores, a través de gritos, palabras hirientes, humillaciones y diversas actitudes de menosprecio, como rechazar, ignorar, aislar o desmotivar (UNICEF, 2015). Saucedo y Maldonado (2016) agregan que estas acciones pueden ser verbales o simbólicas, pero siempre con la intención de lastimar al niño o adolescente e interferir en su bienestar mental. Este tipo de violencia, a diferencia de otras, puede no identificarse inmediatamente sino hasta que el niño o adolescente ya presentan consecuencias en su desarrollo emocional.

La tristeza que siente Álvaro proviene de la violencia emocional que vivió en la infancia. Él sintió que perdió cosas importantes en su vida como su seguridad, autoestima y creatividad al dibujar. En un primer momento de la entrevista, él se responsabilizó y expresó que dejó de dibujar por su adicción a las drogas y contó: “me gustaba mucho dibujar, dejé eso a un lado para estar comprando, a lo mejor si me hubiera ido por esto, a lo mejor ya estuviera no sé, pues tuviera un comic o algo haciendo ¿verdad?”.

La violencia emocional puede ser directa o sutil. En ocasiones, los padres no son capaces de dimensionar el daño que hacen al menospreciar las conductas de los niños y adolescentes. Para este grupo, la voz del padre o la madre representan verdad y sinceridad, por lo tanto, ellos creen todas las palabras que provienen de su boca y, aunque el maltrato físico y emocional no son iguales, los sentimientos de dolor, frustración e impotencia, sí (UNICEF, 2023a). En ese sentido, en otro momento de la entrevista Álvaro habló de la violencia emocional de la que fue víctima cuando su creatividad fue menospreciada y describió:

Me acuerdo de que siempre me gustaba dibujar de niño o jugar así con la plastilina, siempre me decían, es que tú eres bien acá... bien bueno, haciendo

figuras de plastilina y pues me gustaba ¿verdad? Pero por otras cosas que pasaron, mi mamá me decía: “no vas a vivir de eso” y, entonces, como que dejé de lado todo eso... dejé de dibujar y así, dije: “ya no soy bueno para dibujar”, o sea, no voy a vivir de esto, para que lo hago y pues sí.

La violencia emocional, aunada a la soledad que vivió Álvaro en la infancia, generó en él principalmente un trastorno de identidad, debido a que actualmente él, a su corta edad, se percibe como alguien desmotivado, derrotado, triste, con baja autoestima; es tímido y tiene dificultad para expresar lo que siente o necesita, él platicó:

No sé, siempre digo, voy a decirle a mi mamá, siempre voy con la mente de que le voy a decir esto, estoy dispuesto a hacerlo. A final de cuentas nunca digo nada, y pasa otro día sin decirle nada, así son todos los días. A veces estoy triste y al otro día, pues, esa misma noche digo, ya estoy dispuesto a hablar, ¿verdad?

Como se ha mencionado, la violencia en cualquiera de sus formas genera traumas, estrés y afectaciones en la salud mental de los niños y adolescentes violentados. Entre las consecuencias principales destacan la depresión, la ansiedad, los trastornos de estrés postraumático, los trastornos de límite de personalidad, el abuso de sustancias, los trastornos alimenticios y de sueño, así como la ideación suicida o los intentos de suicidio (ONU, 2020). Los efectos de la violencia emocional van a depender de la valoración que cada persona le dé al evento; las circunstancias de Álvaro lo llevaron al consumo de sustancias y a la depresión.

En este sentido, Lazarus (2000) explica que existe una relación estrecha entre la tristeza y la depresión debido a que la persona siente que ha perdido algo valioso y esa carencia la hace sentir indefensa. Es importante resaltar que la depresión es vivida de forma diferente entre los hombres y las mujeres, dado que cada uno aborda sus emociones y sentimientos de manera distinta. Esto hace que los hombres utilicen medios alternos como el consumo del alcohol o de sustancias para evadir o afrontar sus emociones (National Institute of Mental Health [NIMH], 2017) debido a que la socialización a la que son expuestos ambos grupos se da y se recibe de forma diferencial, es decir, mientras a los hombres se les educa para ejercer conductas de



fuerza y valentía en las que pueden expresar su enojo más no su tristeza, a las mujeres se les educa con delicadeza y protección para que puedan expresar su tristeza y no su enojo (González-Forteza *et al.*, 2015). Esta socialización diferenciada está fundamentada en las construcciones sociales y los estereotipos de género, cada vez menos arraigados en la sociedad actual, pero persistentes en las familias tradicionales, y aunque Álvaro durante su entrevista nunca mencionó que sus padres no le permitieran expresar sus emociones, él no lograba hacerlo. Así lo contó:

Cuando a veces hablo con mi mamá, ¿verdad? de que no me está regañando, o así de que voy a decirle algo, ¿verdad? De que es que me siento así, como que no me deja sacarlo ¿verdad? pero casi siempre me pasa, pues... es que así pasa, como que no puedo sacarlo y me imagino así en mi cabeza lo que voy a decir, y llega el momento y me quedo callado, no digo nada, entonces ahí va otra vez la frustración y la tristeza, que no lo puedo sacar, lo reprimo.

La cultura patriarcal considera la expresión emocional como un asunto de mujeres, mientras que la contención y la censura emocional como una característica de los varones. Esto hace que se vuelva tan difícil para muchos de ellos expresar lo que están sintiendo. Sin embargo, esa necesidad de hablar lleva a otras formas de expresión como la escrita. Álvaro contó:

A veces me pasa esto de que cuando estoy hablando, empiezo a sentir así bien feo en la garganta, se empieza a sentir, así como que frustrante no poder sacarlo, ¿verdad? Le quiero decir de que, pues sí, que me perdone por todo y que, pues no sé, pienso muchas cosas, pero... una vez le escribí [se le quiebra la voz] una carta y no le dio importancia, fue reciente y pues aprendí a reprimir más sentimientos ¿verdad? De nada sirve sacarlos, pues desde esa vez me di cuenta de que nada sirve sacarlo [se le quiebra la voz, llora] de nada sirvió la carta o escribir algo que aguanté por años [...]

En la narrativa anterior, se aprecia como la madre, de manera consciente o quizá inconsciente, al ignorar la expresión de Álvaro vuelve a ejercer violencia emocional sobre él al rechazar por completo sus emociones. Él de nueva cuenta se siente triste y deprimido, porque reafirma que, haga lo haga,

no podrá recuperar lo perdido; en este caso, el vínculo con su madre. Esto hace que Álvaro se sienta cada vez más triste y expresa que no está bien, pero que no se atrevería a realizar algo más porque no quiere que los demás se sientan tristes. Él expresa:

A veces no, no estoy muy bien aquí, pero intento estar, pues hay gente que, pues sí, no me gustaría que estuvieran tristes. Nunca me ha gustado, siempre me ha gustado que sean felices, hacerlos pasar un día, aunque sea un minuto, que se sientan felices, siempre me ha gustado eso, porque si es feo estar triste, pues sí, ¿verdad?

Álvaro reafirma el malestar que le ha generado su tristeza y retoma la soledad en la que ha vivido: “como yo que puedo tener a mi novia, puedo tener a mi familia y me siento solo [...] puedo decir que yo tengo todo, pero pues no sé, como que si me siento solo a veces”. La soledad es una emoción que viven las personas cuando se sienten solas aun estando rodeadas de otras personas, situación que les hace sentirse vacíos y tiende a acompañarse por la tristeza (Carvajal-Carrascal y Caro-Castillo, 2009) o, como en el caso de Álvaro, de episodios depresivos.

## **Estrategia de afrontamiento**

Dentro del Centro de Integración Juvenil, Álvaro retomó sus actividades de pintura, y contó: “en el centro un maestro me dijo, ¿no?, que si quería pintar en la pared, para hacer un mural y recuerdo que dije sí, a mí me gusta así, pintar en la pared”. Álvaro habló de esa experiencia con gusto. Incluso recordó que su padre lo llevó de niño a pintar en una pared y platicó: “de niño me llevó, porque también mi papá pues pintaba y me acuerdo, ¿no?, que a mí todos me querían y todo ese rollo, o sea, me llevó a una quintilla abandonada y como que de ahí me gustó”.

Otra frase que resalta los sentimientos de pérdida y tristeza de Álvaro es “a mí todos me querían”. Él siente que ya no, que ya no merece ese amor de los demás, y después resuena la expresión de su madre:

Mi mamá me dice, no vas a vivir de eso. Pues a lo mejor no voy a vivir, pero me siento feliz, me siento conforme hacerlo, y a lo mejor no está chido porque estás dañando propiedades [...] he ido a pedir permiso, pero como que no me llena, o sea, está mejor, como que se siente, como que te libera así la adrenalina, así como que, a lo mejor por las drogas, a lo mejor esto me genera así de que se siente chido, estar así correr o subirte, como que me gusta todo eso.

En esa narrativa, Álvaro aborda la expresión de su madre de una forma más positiva, le gusta hacerlo y eso lo hace feliz. Ahora bien, con relación a la adrenalina que le genera pintar, es una situación marcada por su corteza prefrontal, ya que todavía está en proceso de maduración. Cuando termine su desarrollo neurológico, él podrá tomar mejores decisiones, inhibir sus impulsos y autocontrolarse. Mientras eso sucede, la recompensa emocional seguirá siendo mayor que el riesgo o las consecuencias (UNICEF, 2020). Específicamente, en el caso de Álvaro, el tema del *grafiti* es menor que el de las adicciones.



## 7. La ira en la vida de Constanza

*Estaba enojada por el divorcio de mis padres y yo quería desquitarme con algo...*

La ira ha sido una de las emociones más estudiadas por la sociedad, debido a la necesidad de controlar la violencia física, emocional o verbal que esta emoción puede llegar a generar. De acuerdo con Lazarus (2000), la ira se origina cuando la persona se siente humillada o despreciada, por lo cual está ligada al reconocimiento social y a la preservación de la autoestima. La ira proviene de un ataque o agresión, es decir, cuando la persona considera que algo o alguien pone en riesgo su vida o integridad. La ira tiende a acompañarse de otras emociones, como el miedo o ansiedad.

Para los niños y adolescentes, el divorcio o la separación de sus padres es vivida como una situación estresante que puede generar emociones de ira, tristeza, miedo y/o ansiedad. Salvador y Boderó (2019) explican que los niños menores experimentan estos sentimientos porque creen que no volverán a ver a alguno de sus padres, sobre todo al que ya no vivirá en el propio hogar; mientras que los adolescentes perciben que han perdido su estructura familiar. Además, ambos grupos llegan a sentirse rechazados debido a que sienten que sus padres se divorcian o separan porque no los quieren o han dejado de amarlos.

Las separaciones o divorcios forman parte de las diversas transformaciones familiares con impacto colectivo e individual. Esta experiencia comprende múltiples matices en los cuales interviene el área legal, económica, familiar y, por supuesto, la emocional. Todas estas circunstancias tienen una repercusión tanto en los padres como en los hijos, en el corto y largo plazo, por lo cual esta separación tiene que ser llevada a cabo con cuidado para perjudicar lo menos posible a los menores (Nuñez *et al.*, 2017).

Por lo anterior, se entiende que el divorcio o la separación por sí mismas son sucesos estresantes que impactan la vida de las familias de los involucrados. Esta situación se agrava cuando el padre o la madre utilizan a los niños para afectar, económica o emocionalmente, a su expareja. Esta situación expone a los niños al estrés, al conflicto y a la incertidumbre y, aunque los menores tienen una gran capacidad de adaptación al cambio, los conflictos familiares repercuten en su bienestar por lo que, si los malestares derivados de este proceso no son atendidos pueden aumentar con la edad, sobre todo cuando el proceso se ha tornado violento (Roizblatt *et al.*, 2018). Constanza es hija de padres divorciados. Para ella, el divorcio fue un proceso complicado debido a que sucedió de forma repentina y hostil; ella explicó:

Ver a tus papás casi 11 años juntos y de la nada que un día te digan, sabes, que ya no vas a vivir con tu papá [...] lo peor es que fue como una batalla, porque se fueron a batallas legales. Entonces mis papás, no los juzgo, pero nos ponían mucho a mí, a mi hermana en medio, entonces éramos como el daño colateral de sus peleas, entonces, nos lastimaban a mí y a mi hermana.

El manejo emocional que una niña o niño le pueden dar a un proceso de divorcio es complicado, sobre todo cuando, a pesar de la separación, los padres continúan en conflicto. En el caso de Constanza, ella relató que se sentía herida por las acciones de sus padres. Lazarus (2000) expone que el daño emocional o las heridas están vinculadas con una autoestima vulnerable y que, por lo regular, las personas que se sienten lastimadas tienden a expresar su emoción a través de la ira.

Las emociones de los padres tienen un efecto directo en las de los hijos y, en ocasiones, los adultos están tan inmersos en su ira, miedo, tristeza o desesperación que sólo piensan en la forma de vengarse de su expareja, aunque sus hijos también se vean afectados (De la Torre, 2005). Constanza platicó que ella y su hermana fueron testigos de una gran cantidad de enfrentamientos, en donde ambos progenitores se expresaban mal uno del otro. Ella contó:

Mis papás tuvieron una relación súper explosiva, siempre se veían y se peleaban, se veían, se peleaban. Siempre, siempre, siempre y siempre era enfrente

de nosotras. Entonces, era como que mi mamá: ¡no tolero a tu papá! y mi papá: ¡no quiero ver a tu mamá ni en pintura!

Los padres realizan este tipo de expresiones con la intención de que los hijos rechacen a su padre o madre. Estas acciones han sido conceptualizadas como alienación parental, y el objetivo de esta actitud es que los hijos dejen de ver al padre o la madre. Esto se suele dar mediante expresiones que descalifican o distorsionan la imagen del otro progenitor y los menores vayan perdiendo el interés de estar con él o ella. Los chantajes, las amenazas y los castigos emocionales forman parte de las estrategias que los padres utilizan para conseguir la alienación parental (De la Torre, 2005). Constanza vivió alienación parental y explicó lo complejo de la situación:

Entonces era como que esa lucha de que... si yo iba a ver a mi papá, mi mamá me decía: ¡Ah, lo quieres más a él! y me hacía sentir esa culpabilidad de que entonces no puedo ir a verlo. Pero si no iba a ver a mi papá, mi papá me decía: ¡Ah! no me quieres ver porque tu mamá te está metiendo cosas en la cabeza. Era una lucha interminable y yo estaba bien harta, bien cansada ya.

La culpa que sentía Constanza era parte del proceso de divorcio, sin embargo, desafortunadamente era reforzada aún más por los comentarios de sus padres. Roizblatt *et al.* (2018) abordan que tanto la culpa y la falta de lealtad son emociones que experimentan los niños y adolescentes que viven un proceso de divorcio, sobre todo cuando los padres acordaron la custodia compartida. Ellos sienten culpa por dejar al padre o la madre, y desleales por querer pasar más tiempo con él o ella.

Constanza hace referencia a lo difícil que fue para ella vivir esas emociones y los reclamos y reproches de sus progenitores. De la Torre (2005) señala que esta situación, a largo plazo, puede resultar perjudicial en los vínculos afectivos entre padres e hijos, dado que la culpa, aunada a la alienación parental, puede hacer que los hijos tomen decisiones equivocadas, como dejar de ver a su padre o madre para evitar conflictos y disminuir el estrés que esta situación les provoca.

Pero además es frecuente que, cuando el padre busca rehacer su vida con otra persona, haya una separación de los hijos o hijas y su relación se vea

afectada, a diferencia de lo que sucede con la madre. Esta situación también forma parte de la alienación parental (Nuñez *et al.*, 2017), tal como pasó con Constanza:

Mi relación con mi papá a raíz del divorcio, pues sí, como que se fracturó. Entonces yo lo tenía en una percepción y cuando pasó el divorcio como que cambió todo eso, porque él empezó a hacer ciertas cosas que me lastimaban... este, él tuvo su pareja y empezó [...] como que tomó el divorcio como divorciarse de sus hijas, entonces ya no me veía, ya desaparecía.

A partir de este distanciamiento Constanza comienza a sentir tristeza, puesto que la pérdida por la ausencia de su padre comienza a ser evidente. Esta valoración viene acompañada de una serie de elementos que impactan su desarrollo emocional. Hurtado *et al.* (2022) explican que cuando un padre o madre se ausenta de la vida de los hijos, se genera en ellos una herida de abandono e inseguridad ya que, si la persona que culturalmente debería brindar un amor absoluto no es capaz de hacerlo, el niño o la niña sienten que nadie más lo hará. Esta ausencia tiende a formar personas inseguras y con baja autoestima, emociones experimentadas por Constanza, ella contó:

Entonces eso me hacía como que sentirme menos y decir, es que ¿por qué me siento rechazada? ¿por qué? ¿por qué no me ves como tu hija? o sea... Entonces, esas cosas me hacían sentir muy, muy mal, y eso me hacía sentir menos, y eso me causaba baja autoestima e inseguridad [...] tenía miedo de estar sola, entonces ya era como que siempre tenía ansiedad.

Lazarus (2000) enunció que la ansiedad es una emoción derivada de una situación estresante que la persona no puede controlar. Esta emoción afecta la autoestima debido a que quien la vive no tiene los elementos para decidir sobre determinada situación. Constanza siente ansiedad porque no puede y no le corresponde arreglar la situación de sus padres. Además, por su edad, su principal recurso de apoyo social son ellos, por lo que no cuenta con suficientes recursos personales para que su valoración sea diferente.



La ansiedad que sintió Constanza le generó que no pudiera dormir. Esto es efecto de que el cuerpo entra en un estado de alerta que impacta a nivel hormonal y neuronal, por lo cual el cuerpo comienza a liberar sustancias que lo preparan para huir del peligro imaginario y produce exceso de cortisol, lo que a su vez inhibe el sueño, para mantenerse alerta. Esta situación se genera porque la persona está sobrepensando, además trae consigo otros malestares, en ese sentido Constanza contó: “hasta la fecha no duermo, no duermo, no duermo. Siempre ando rondando en la cama y no puedo dormir, y pues al día siguiente estoy cansada y desganada y a veces me da, siento como que presión en el pecho o ganas de llorar”.

Al mismo tiempo, el divorcio de sus padres viene acompañado de otras afectaciones como el cambio de residencia, ya que su padre les pidió que se salieran de la casa y, por consiguiente, su madre tuvo que reorganizar aspectos importantes de su vida. Así, decide que debe asistir a una escuela que esté más cerca de su nueva casa y la inscribe en otra institución. Esta situación provoca que Constanza sienta ira, emoción que de acuerdo con Lazarus (2000), se presenta cuando la persona se siente ofendida o humillada y desea mantener su autoestima y la seguridad que el medio social le proporciona.

Hurtado *et al.* (2022) explican que la ira que proviene de la ausencia paterna desarrolla en los niños y adolescentes dos tipos de conductas: la protectora de víctima, o la de tirano. En ese orden de ideas, Lazarus (2000) reafirma que el manejo de la ira puede aflorar a través del daño, la culpabilidad o la venganza. Constanza recurre al daño o ataque y afronta la situación adoptando una actitud rebelde. Ella explicó: “me acuerdo de que... mi yo de esa época decía: ‘voy a reprobar todo, voy a reprobar todo porque mi mamá me cambió de escuela’”.

La afirmación anterior permite observar la manera en la que Constanza valora la situación: ella sólo reaccionaba ante las circunstancias y expresa que estaba enojada porque su madre la cambió de escuela, cuando el motivo del cambio fue que su padre les pidió que se fueran de la casa; sin embargo, ella identifica que una forma de afectar a su madre es teniendo malas calificaciones y toma la decisión de reprobar materias. De manera inconsciente, ella repite el patrón que sus padres utilizaron durante el divorcio: perjudicar a alguien a través del otro y sin importar ser ella la afectada.

La madre percibe que la actitud de Constanza es inadecuada y decide llevarla con un especialista. Ella contó “mamá me dijo, es que ¿qué te está pasando? Y ahí fue cuando ella intentó por primera vez llevarme al psicólogo. Fuimos como 2 o 3 sesiones y ya no fui [...] entonces yo empecé a desquitarme con mis compañeros”. La ira de Constanza toma un giro y ahora su intención es afectar a las personas que están a su alrededor.

### **El acoso escolar provocado por el enojo**

El acoso escolar es una conducta violenta realizada por una o más personas en contra de otra u otras dentro de una institución educativa. Esta conducta surge porque él o los agresores necesitan el reconocimiento o admiración de los demás, el cual se logra a través de humillar y dañar física, verbal o emocionalmente a otra persona (Cano-Echeverri, 2018). Los estudios sobre el acoso escolar abordan que los agresores o victimarios son niños o adolescentes que han tenido problemas familiares, mala comunicación con sus padres y violencia intrafamiliar, condiciones que los hacen sentirse inseguros, frustrados y carentes de afecto (Ramos *et al.*, 2017).

Algunos estudios como el de Cano-Echeverri y Vargas-González (2018) han identificado que, tanto a los agresores como a los agredidos, les cuesta trabajo adaptarse a los nuevos grupos, tal como sucedió con Constanza, quien contó: “batalle mucho para integrarme, yo no hablaba con nadie, yo estaba siempre callada, yo en esa época era súper introvertida y pues nadie me hablaba porque pues ya tenían sus grupitos y eso me hacía sentirme como super rechazada”. El rechazo social en la etapa de la adolescencia tiene un efecto directo en la autoestima, las habilidades adaptativas y, por consiguiente, generan una valoración negativa de sí mismo (Rodríguez y Caño, 2012). Con el paso del tiempo, Constanza logra integrarse con un grupo de adolescentes; eso la hace sentir mejor, pero no deja de estar enojada y de buscar la manera de liberar esa emoción. Ella narró: “[...] de la nada me empezó a hablar una niña por los equipos y ya me empecé a integrar, pero eso no me quitó mi rebeldía”.

Es importante resaltar que la literatura que aborda el tema del acoso escolar hace referencia del perfil tanto de los agresores como de los agredidos y, al realizar la revisión de éstos, llama la atención que las características de Constanza corresponden a una persona que podría ser mayormente víctima de acoso y no victimaria. Sin embargo, en la etapa de la pubertad, los adolescentes hacen casi cualquier cosa por establecer un vínculo con los demás, por ser aceptados y satisfacer su necesidad de pertenecer, puesto que de esto depende su bienestar emocional. Por ello, en ocasiones los adolescentes admiten las conductas de sus compañeros sin cuestionarlas, o las imitan para agilizar su integración (Rodríguez y Caño, 2012).

El acoso escolar es un problema en el cual, tanto la víctima como el victimario, comparten emociones displacenteras como la tristeza, el miedo y la ansiedad, situaciones que hacen que ambos pueden presentar, en el corto y largo plazo, malestar emocional (Vanega-Romero *et al.*, 2018). En la mayoría de los casos, los hombres son los principales involucrados, ya sea como víctimas o como agresores. El acoso que ejercen los varones tiende a ser más físico, mientras que el que llevan a cabo las mujeres se da de manera sutil, aislando e intimidando a la víctima, siendo una de las prácticas más comunes la difamación (Enríquez y Garzón, 2015). En relación con su propia personalidad, Constanza le da un manejo de tirana o agresora y comienza a realizar acoso escolar a sus compañeras de clase. Ella contó:

Considero una parte mala de mí porque yo los molestaba mucho [...] yo llegaba, yo tenía un grupito de amigas y siempre, pues había una que mandaba ahí decía: ay, me cae mal ésta y todo eso, a todas nos cae mal [...] y pues sí, llegábamos a inventar chismes y esas cosas que... pues no.

Los agresores acosan de manera conjunta protegiendo, aprobando y celebrando sus conductas y, por tanto, empoderándose entre ellos (Cano-Echeverri, 2018; Ramos *et al.*, 2017). Enríquez y Garzón (2015) señalan que los agresores, por lo regular, han sido criados sin límites, con poco control parental y en familias en las cuales no existen reglas claras, justo como sucedió con Constanza, debido a que después del divorcio sus padres se involucran en sus propias actividades y ella comienza a pasar mucho tiempo en soledad. Ella contó:

Mi mamá y mi hermana nunca estaban en la casa, como que era su manera de afrontar el divorcio. Mi mamá se la vivía en el trabajo 24/7 o ella salía socialmente con sus amigas, así, y mi hermana vivía con el novio... para mi mamá su salida era irse y no llegar, o sea, ella se quedaba a dormir con sus amigas, así me dejaban sola. Yo me la vivía sola, sola, sola, sola y mi mamá me decía: ¡Ah!, pues háblale a tu papá, pero mi papá era que ¡ay!, estoy en una fiesta porque, como siendo bebedor, se la vivía de fiesta en fiesta, tomando.

Como se mencionó en párrafos anteriores, existen factores de riesgo que incentivan las conductas de acoso. Cano-Echeverri *et al.* (2018) y Ramos *et al.* (2017), afirman que existe una probabilidad elevada de que el agresor, en el espacio escolar, esté buscando demostrar que es fuerte, agresivo y superior porque en el espacio familiar no puede serlo. En ese sentido Constanza contó que, durante ese proceso, ella sufría violencia intrafamiliar, y externó:

Vivíamos con mi tía y mi abuela, y mi tía me empezó a maltratar mucho, este, me hablaba feo, me ordenaba. Cuando mi mamá no estaba, mi tía me maltrataba y, pues yo no, yo no me defendía. Me sentía como súper vulnerable, era una niña que estaba sola y mi abuela, pues ni se daba cuenta porque mi abuela ni escucha, o sea andaba en lo suyo y así. Mejor me encerraba en mi cuarto, no salía y pues estaba sola, sola.

Constanza recibió violencia verbal por parte de su tía y violencia verbal y emocional por parte de su padre, y ella ejercía violencia escolar sobre sus compañeras de secundaria. Ella explicó: “no estoy orgullosa de mí, pero pues en esa época, pues yo no sabía qué estaba bien, que estaba mal. Me valía, yo estaba enojada, y yo, pues sí, hacía acoso escolar”. Enríquez y Garzón (2015) describen que los adolescentes que son acosadores, es porque han recibido algún tipo de violencia por parte de sus padres, tensiones familiares (separación o divorcio) y serios problemas económicos.

Además de lo anterior, Constanza vivió rechazo parental por parte de su padre, situación que le provocaba ira, ya que no lograba entender por qué su padre tenía comportamientos hostiles hacia ella. En ese sentido, Gracia *et al.* (2005) explican que el rechazo parental es una forma de violen-

cia emocional que se caracteriza por la desaprobación del padre o madre hacia las conductas de sus hijos. Los padres que rechazan a sus hijos lo expresan física y verbalmente, con malos tratos y palabras hirientes, es decir, son hostiles, agresivos e indiferentes. La falta de amor paternal tiene un impacto significativo en la salud emocional, las relaciones sociales positivas, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. Constanza contó:

Mi papá ya no me veía y cuando lo veía recibía puros comentarios negativos de su parte [...] siempre me hacía sentir menos, siempre hacia comentarios sobre mi peso o mi cuerpo, siempre [...] me hacía comentarios de que: hoy salí con Cristina y su hija, y hoy fuimos aquí... Y yo ¿por qué conmigo no?, o sea, yo también soy tu hija, ¿verdad?, y haces cosas con ellas... y conmigo no puedes, siempre es conmigo un no, no, no, no, pero con ella sí, ¿eh?, con ella, sí, sí, sí.

Otro de los elementos importantes en la dinámica del acoso escolar es que los papeles pueden cambiar: las víctimas pueden convertirse en victimarios y los victimarios en víctimas dentro del espacio educativo (Gracia *et al.*, 2015). Esa experiencia fue la que vivió Constanza, ella fue agresora en la secundaria, pero todo cambió cuando entró a estudiar la educación media superior, así lo explicó:

Las chavas con las que me juntaba en la secundaria, pues estuvieron conmigo en la prepa y ahora ellas empezaron a *bulearme* a mí, como que se invirtieron los papeles y eso también me hizo deprimirme más porque, pues yo las veía como mi centro, mis amigas y sí me dieron la espalda. Por un muchacho, y pues empezaron a hablar muy mal de mí, que yo me metía con todos, inventaron muchos rumores, me enviaban amenazas, siempre que me veían era como un empujón o así, eran violentas, muy, muy violentas [...] sí llegó a darme mucha impotencia más por lo de mi papá... eso sí lo traía bien cargado.

El rechazo parental afecta la personalidad de los niños y adolescentes, quienes tienden a ser inseguros, desconfiados, presentar baja autoestima y, por lo general, se encuentran siempre a la defensiva, esto por el temor a ser rechazados y a que perciben su entorno como un espacio peligroso (Gracia

*et al.*, 2005). Con el tiempo, esto provoca que se repita el ciclo de la violencia en otros espacios, ya no sólo en el escolar, debido a que la ira generada por ese rechazo permanece y mientras no sea sanada, emana cada que siente que puede volver a reabrirse. Eso sucedió con Constanza quien explicó: “ahora me desquitaba con mi pareja, eran peleas, siempre era que me daban celos por nada. Ese miedo, esa inseguridad, de que no me deje, de que me está engañando. Siempre eran como que peleas, peleas, peleas, peleas, peleas”.

En la actualidad, las creencias de Constanza sobre el mundo y sobre sí misma han cambiado y le permitieron cambiar el significado que da a sus relaciones y observar que esas acciones no eran adecuadas. Estas creencias se modificaron porque también cambiaron sus recursos personales, esto con ayuda del tiempo, la terapia y su carrera profesional.

## El consumo de tabaco y alcohol

Desafortunadamente, las conductas de riesgo son recursos que los adolescentes utilizan para poder afrontar la adversidad, la escasez de apoyo, la falta de atención familiar e inclusive para sentir que pertenecen a un grupo, puesto que, con esas conductas, de forma temporal y perjudicial, logran un bienestar subjetivo. En ese sentido Constanza contó: “yo estaba súper enojada, este... enojada, yo creo que me quería desquitar con lo que sea y pues entre más, más se me acercaban los vicios y así”.

En el año 2020, 22.3% de la población mundial era consumidor de tabaco; de estos, el 36.7% eran hombres y el 7.8% mujeres (OMS, 2023). En 2018, cerca de 43 millones de adolescentes entre 13 a 15 años eran consumidores de tabaco; los hombres conformaban el 67% y las mujeres el 13% (OMS, 2019). El consumo del tabaco ha causado la muerte de alrededor de 8 millones de personas en el mundo, es decir, más de la mitad de las personas que lo consumen (OMS, 2023b). La nicotina que contiene es altamente adictiva, esta sustancia estimula circuitos cerebrales de placer e incrementa el estado de alerta, por lo que el consumo en la mayoría de los casos se prolonga a la adultez (Barrera-Núñez *et al.*, 2023; Secretaría de Salud, 2017).

De acuerdo con la UNESCO (2018) el tabaco es la primera sustancia psicoactiva que consumen los adolescentes menores de edad. En México, la

Secretaría de Salud (2017) reportó que cerca de 3 millones de adolescentes entre 12 y 19 eran consumidores de tabaco, siendo los 14 años la edad promedio en la que inician su consumo. Así, fue el caso de Constanza quien describió: “mi primer cigarro fue en la secundaria. En la secundaria vendían ilegalmente”.

Barragán *et al.* (2016) afirman que el consumo de sustancias, como el alcohol y tabaco, tiene una relación directa con los vínculos familiares, ya que, si en la casa los familiares consumen alguna sustancia, la probabilidad de que los menores lo hagan es mayor. Esto derivado de la “normalidad” con que pueden ver el consumo y por el alcance que tienen al tabaco, el alcohol o cualquier otra sustancia. Así fue el caso de Constanza, ella contó que tenía acceso a los cigarros por su abuela: “cuando vivía con mi abuela le robaba uno a mi abuela, no estoy orgullosa, pero le robaba uno que otro a mi abuela”.

Otro factor que interviene es la situación familiar, en un estudio realizado por Barragán *et al.* (2016) se evidenció que los adolescentes que tenían conflictos familiares, mala comunicación, bajo apoyo emocional y/o no recibían suficiente afecto, eran consumidores más frecuentes de tabaco, tal como sucedió con Constanza: “Yo andaba con las malas amistades, ah bueno, y así lo probé la primera vez y me gustó y dije, bueno [...] todo lo hice en la secundaria y si era una adicta en esa época [...] fue como que mi escape, el cigarro, en ese tiempo”.

El 12.4% de los adolescentes consumen tabaco y alcohol (UNESCO, 2018). Al igual que el tabaco, los adolescentes manifiestan haber consumido su primera bebida antes de los 14 años (OPS, 2022). Así fue el caso de Constanza, quien reflexionó: “en realidad, pues, yo creo que para mi edad sí tomé mi primera gota de alcohol a muy temprana edad, a los 15 se me hace muy temprana edad, fue mi primera vez, en una fiesta”.

El caso de Constanza permite observar cómo una conducta de riesgo facilita el acceso a otras. Por los motivos antes expuestos inicia con el consumo del tabaco, después con el alcohol y por último tiene acceso a la marihuana. Ella contó: “bueno, probé solo una vez la marihuana, pero no se puede considerar como que me drogo, porque fue sólo probar”.

## Las autolesiones, la salida temporal del hartazgo

Como ya se ha comentado en el caso de Luz, las autolesiones no suicidas son acciones intencionadas que las personas realizan para producirse un daño físico. Entre estas acciones destacan los cortes del tejido corporal y su intención es aliviar las emociones desagradables. Estudios afirman que el grupo poblacional que más se lesiona son las mujeres durante la adolescencia temprana y que, en su mayoría, inician estas prácticas por otras mujeres, amigas o compañeras de clase (Agüero *et al.*, 2018), tal como sucedió con Constanza, quien contó:

En la primaria, me acuerdo de que en esa época estaba de moda. Yo estaba en quinto de primaria y yo vi a una amiga que lo estaba haciendo y yo le dije ¿qué estás haciendo?, ¿por qué lo haces? Ella lo hacía con un vidrio y ahí supe que existía [...] y en sexto de primaria ya estaba como que más de moda.

La información en referencia a las autolesiones no suicidas enfatiza que éstas se realizan para cambiar el dolor emocional por el físico, entonces, los adolescentes que se sienten agobiados y desesperados acuden a ellas como un medio rápido para aliviar su malestar. No obstante, estas mismas investigaciones dejan claro que es un recurso temporal, no permanente, y por lo tanto, mientras la raíz de la emoción no sea resuelta, el malestar volverá. Los instrumentos con los que los adolescentes se lesionan son variados y de fácil acceso, por lo que generalmente están a su alcance ante cualquier episodio de desesperación, Constanza explicó:

Me metí a investigar a fondo y ya vi que era como una forma de escape y esas cosas y vi que, pues vi mi sacapuntas y dije, ah, y le quité la navajita, y ya hubo un punto de que me llevó a una crisis en la secundaria [...] ya estaba harta, exploté. Y lo hice.



El Ministerio de Sanidad (2022) explica que algunas de las razones por las que los adolescentes se lesionan son: para sentirse mejor, para sentir que tienen el control, como una forma de castigo o como respuesta a sentimientos de vacío o entumecimiento emocional. En su mayoría los adolescentes utilizan como medio de autolesión los cortes. De acuerdo con Sarmiento *et al.* (2019), las principales zonas en las que se realizan son las muñecas y los antebrazos; después los brazos, codos, muslos y rodillas. Evidentemente, cualquier parte del cuerpo puede ser lesionada. Se podría pensar que, al ser una conducta socialmente inaceptable, los adolescentes buscarían lesionarse en partes del cuerpo no visibles; sin embargo, como no hay una conciencia al momento de realizarlas, después tienen que ocultarlas con ropa de manga larga, medias, calcetas, pulseras, collares o pañuelos. Lo anterior hizo que Constanza dejará de autolesionarse, ella contó: “lo dejé de hacer porque era muy difícil ocultarlo, porque pues hacia calor y mamá, ¿porque traes suéter? y si yo siempre andaba de negro y con suéter, ¿porque siempre traes suéter? y yo... no, pues, nomás”.

Las autolesiones no suicidas y las marcas que llevan implícitas suelen ser estigmatizantes, debido a que se relacionan con atributos negativos. Al respecto Constanza contó: “es una parte de mi vida que no me, o sea, no lo hablo porque me siento a veces juzgada, pero sé que existe”. El estigma sólo es falta de información, por lo que se considera que el abordaje de las autolesiones no suicidas, así como de otros problemas que impactan el bienestar de los adolescentes, deben ser abordados en espacios familiares, educativos y sociales, con información adecuada y sin prejuicios ni culpas.

### **Los altibajos emocionales provocados por la tristeza-depresión**

Lazarus (2000) une la emoción de la tristeza con la depresión porque para él la primera da origen a la segunda, es decir, la persona no puede estar deprimida sin antes haber vivido un evento triste, generalmente ante una pérdida irrevocable que ubica a la persona en un estado de indefensión (depresión) que le impide restablecer sus condiciones de vida. Al respecto Silva *et al.* (2022) señalan que, en la etapa de la adolescencia, las pérdidas

están asociadas a los problemas con los padres, amigos o pareja, lo que les provoca tristeza, y no recuperar las relaciones tiende a generarles depresión. Esta última puede ser leve, moderada o severa y sus características principales son la tristeza constante, la apatía, los cambios en el sueño y alimentación, el cansancio y la disminución de la concentración (Vázquez-Salas *et al.*, 2023).

Los episodios depresivos o comúnmente llamados “bajones”, se caracterizan por esa falta de ánimo o energía para llevar a cabo actividades cotidianas. De acuerdo con Voltas y Canals (2018) estos episodios pueden iniciar en la adolescencia media o tardía y, si no son atendidos de forma correcta, existe la posibilidad de que se vuelvan crónicos. Por lo anterior, se considera importante identificar la frecuencia y manejo que los adolescentes le dan a estos episodios. En el caso de Constanza, los episodios depresivos continúan a pesar del crecimiento personal que ha tenido y del acompañamiento recibido; ella contó:

Hasta la fecha a veces me dan así... bajones, no me dan ganas de pararme de la cama y de hecho hace dos semanas tuve uno fuerte... no vine a la escuela, no me podía parar de la cama. Ese día hasta me preguntaron ahí en el salón qué me pasaba— que porque no estaba yendo. Y yo les digo, no, es que no me siento bien, o sea...

Las recaídas son un proceso que desanima a las personas, debido a que son percibidas como un retroceso en su bienestar (Cano y Moriana, 2018). No obstante, se debe hacer hincapié en que la salud no es un proceso lineal sino que, a lo largo de la vida, puede haber eventos estresantes que lleven a vivir emociones desagradables y llevar a la persona a un episodio temporal de profunda tristeza. Al respecto, Voltas y Canals (2018) señalan que, cuando estos episodios son recurrentes, se debe realizar una intervención o seguimiento de los eventos o problemas no resueltos que favorecen su aparición.

En el caso de Constanza, ella reconoce que su estrategia de afrontamiento ante la tristeza-depresión era mantenerse ocupada y con actividades que le generaran bienestar. Así lo contó: “tal vez estaba como que, de tanto estar ocupada con la escuela, sí, pues no pensé, entonces llegan las vacaciones y en vacaciones, no sé... lo viví...”; esto sucedió porque su ritmo disminuyó

y su mente tuvo la oportunidad de sobrepensar, recordar y, por consiguiente, revivir sucesos tristes del pasado que la llevaron al episodio depresivo, ella explica:

Me sentía muy mal, no sé qué pasó, que, hasta una amiga, me dijo, una amiga que conozco desde la prepa me dijo que me veía rara, me dijo: “¿qué pasó?, yo he visto toda tu transición, cómo has mejorado, o sea, ¿qué pasa, por qué te decaes?” y yo: “no sé, de la nada sentí, como que un golpe”. Y ya no me podía parar, sentía muy feo y era una sensación horrible porque... yo tengo varios fantasmas.

Los “fantasmas” a los que hace referencia Constanza se vinculan al manejo que le dio al significado relacional del divorcio de sus padres, al acoso escolar que ejerció, al consumo de sustancias y las autolesiones, acciones que actualmente ella considera fueron inadecuadas, sin embargo, en su momento ella actuó en función de sus recursos personales.

Ella enfatizó que su abuelo materno ha sido un gran recurso de apoyo social y que la relación con su madre mejoró de manera significativa, por lo que sus creencias sobre sí misma y el mundo se han fortalecido. Mencionó también que está enamorada de su carrera profesional y que, en la facultad donde actualmente estudia, recibe atención psicológica gratuita, por lo que su autoestima y confianza crecen día con día.



## 8. El duelo en la vida de Antonio

*Falleció mi abuelito y empecé a ir al psicólogo y mi mamá le dijo que: ¡ah no, él no es su papá! y no sé qué [...] ¡yo escuché!, o sea, yo no me enteré por boca de mi madre.*

El duelo es una respuesta emocional ante la pérdida de algo o alguien en el que intervienen varios elementos —como la edad, el parentesco y la relación entre la persona fallecida y la que vive el duelo— (Lazarus, 2000). La muerte, el principal motivo por lo que se genera un duelo, puede ser un evento traumático en cualquier etapa de la vida. En el caso de los niños y adolescentes, la pérdida de un ser querido: padre, madre o cuidador principal, representa una pérdida de la seguridad, puesto que se modifica su sistema familiar. La tristeza que el niño y/o adolescente sienten, depende de la valoración de la relación con la persona fallecida y el reconocimiento de que ha tenido una pérdida irremediable (Lazarus, 2000). El abuelo de Antonio falleció cuando él era niño y contó que tenían un fuerte vínculo:

Es que sí, o sea, mis abuelos maternos son como mis papás; pero yo ahorita con mi abuela materna mantengo una relación muy, muy cercana, muy muy cercana, o sea, literal, cualquier cosa que ocupe o normalmente hablo con ella todos los días por teléfono y cosas así. Este, tengo una relación muy cercana, entonces con mi abuelito también era así cada que iba a Mazatlán, pues él procuraba llevarnos a varios lados y todo ese rollo... este... tenía una relación muy cercana [...]

Ordoñez y Lacasta (2020) explican que entre los cinco y diez años, los niños comienzan a desarrollar su capacidad de comprender que la muerte es un acontecimiento definitivo, que la persona deja de tener sus funciones

básicas y sobre la universalidad del suceso. A pesar de este entendimiento, los niños en esta etapa sienten confusión y asombro ante la realidad de la muerte. Tal como pasó con Antonio, quien platicó:

Entonces fallece, eh... y pues sí, pues sí, o sea, sí, me caló mucho, sentí mucho. Entonces, pues ya fue, fue el funeral y todo, pero recuerdo mucho que yo como que en mi mente como que, o sea sí, me dolió, vaya, fui al funeral, pero como que yo... como que decía, ya me quiero ir, quiero jugar Xbox.

Después del fallecimiento de la persona, los niños van a vivir un proceso de duelo normal o anormal, esto dependerá de los recursos personales que cada niño haya desarrollado. Algunos niños pueden presentar síntomas depresivos dentro del primero año del fallecimiento, así como conductas excesivas en cuanto al aislamiento social o familiar, baja comunicación, inexpresividad emocional, preocupación, ansiedad, malhumor, agresividad, insomnio, apatía, falta de concentración, miedo, ansiedad por separación y somatizaciones (Artaraz *et al.*, 2017). Al respecto Antonio relató:

Pues ya falleció, yo creo que a los meses empiezan los terrores nocturnos [...] eh... eran pesadillas, me levantaba. Sí, sí, sí, recuerdo sí, vagamente, que me levantaba llorando, gritando y empecé a ir con el psicólogo, porque me hicieron, no me acuerdo cómo se llama, pero pusieron los chupones para ver si no tenía algo mal en la cabeza y no, o sea, todo salió bien y por eso empecé a ir con el psicólogo y ya de repente como que desaparecieron.

El duelo es un proceso de manejo emocional en el cual la persona utiliza todos sus recursos personales, creencias sobre el mundo y apoyo social para aceptar la pérdida y continuar (Lazarus, 2000). Antonio hace uso de esos medios para afrontar el fallecimiento de su abuelo pero, simultáneamente, experimenta otra pérdida, la de su padre, esto al enterarse de que él no es su padre biológico. Antonio describió:

Me enteré cuando tenía como doce años, porque cuando yo tenía once años más o menos empecé con terrores nocturnos porque falleció mi abuelito, y empecé a ir al psicólogo y en una sesión, el psicólogo estaba entrevistando a

mi mamá y le dijo que: ¡ah no, no es su papá! y no sé qué... y yo, como que yo escuché, sí, o sea, ¡yo escuché!, o sea, yo no me enteré por boca de mi madre.

En ese momento, Antonio comienza a vivir otro duelo en el que interviene una serie de cuestiones como el abandono de su padre biológico y la decepción porque su madre nunca se lo había comentado directamente. Mirabent (2014) explica que los niños que se enfrentan a estas situaciones se sienten perdidos, su entorno se desestabiliza y la percepción de sí mismos puede cambiar al cuestionarse “¿quién soy?” o “¿de dónde vengo?” Los niños en esta situación se enfrentan al dolor, al conflicto y a la soledad, emociones que, si no son canalizadas de forma adecuada en la adolescencia existe la posibilidad de que se presenten con mayor intensidad, haciendo que esta etapa se vuelva más compleja y conflictiva debido a que se agudiza el temor al abandono, la ansiedad y, por ende, pueden incrementarse las conductas de riesgo. Se infiere que estos duelos llevaron a Antonio al consumo de sustancias y a desarrollar emociones desagradables, como el miedo y la ansiedad.

## El consumo de marihuana

En la mayoría de los países, el consumo de marihuana —Cannabis— ha sido legalizado para consumo médico —tratamiento de dolor y trastornos motores— y uso científico (UNESCO, 2018). No obstante, la mayoría de las personas, incluyendo niños y adolescentes, lo utilizan con fines recreativos ya que su efecto psicológico y físico es sumamente placentero, y por ende, adictivo (Cortés *et al.*, 2019).

A nivel mundial, en 55 países, menos del 5% de la población entre 13 y 15 años consume Cannabis; en 9 países, entre el 5 y el 10% de este grupo poblacional lo consume y, en 2 países, más del 10% de este grupo de edad es consumidor; diversos factores familiares, sociales y culturales inciden en el consumo de sustancias, sin embargo, en la niñez y adolescencia las amistades juegan un papel determinante (UNESCO, 2018).

En la adolescencia los vínculos sociales se fortalecen; ser aceptado resulta importante y pertenecer a un grupo brinda a los adolescentes seguridad

y fortalece su autoestima (UNICEF, 2019). Sánchez-Xicoténcatl *et al.* (2013) explican que las amistades pueden ser un factor protector o de riesgo para el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas, debido a la presión y la influencia que los amigos son capaces de ejercer en esta edad. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2013) afirma también que la influencia social está ligada a esta etapa, en la que los adolescentes inician con el consumo de drogas. Es importante mencionar que los adolescentes, sean o no consumidores, se relacionarán con un grupo que sea semejante debido a que, a pesar de que están en un proceso de madurez, ya tienen la capacidad de discernir y tomar decisiones. En ese sentido, Antonio contó:

Este, en segundo de secundaria, no recuerdo cuántos años tenía, unos catorce más o menos, entonces sí... como que ahí traía unas malas amistades se podrá decir, entonces... sí sabía tal vez como el hecho de que estaba mal, pero hasta cierto grado [...]

Es importante mencionar que, por lo regular, los padres abordan en mayor medida las consecuencias del consumo de drogas legales como el tabaco y el alcohol, puesto que las consideran de mayor acceso. La situación anterior hace que los adolescentes vean disminuido el riesgo de consumir de forma esporádica otro tipo de sustancias como la marihuana, además de que, derivado de la etapa en la que se encuentran los adolescentes, pueden considerar más atractiva la ingesta de una droga ilegal (Morales-Alfaro *et al.*, 2014), tal como le pasó a Antonio, quien contó: “el problema es que, como que no dimensionaba tanto el hecho, o sea, sí sabía que estaba mal, pero como que no dimensionaba hasta qué punto, como que me satanizaron más el alcohol y el cigarro, que la marihuana”.

El consumo de la marihuana tiene efectos en la memoria, la atención y el aprendizaje. Estos efectos pueden permanecer en las personas por horas, días o semanas, por lo que el consumo continuo y prolongado reduce el desempeño individual, educativo, laboral y social de los consumidores, afectando así su capacidad de desarrollarse de forma emocional, familiar y económica (National Institute on Drug Abuse [NIH], 2019).



En relación con la población adolescente, el consumo de marihuana genera un efecto dominó que inicia con los cambios físicos inmediatos que produce, como la relajación inmediata o la euforia que alteran la conducta. Si el consumo continúa, el estudiante puede comenzar a ausentarse de sus clases, perder el interés por continuar sus estudios y disminuir su rendimiento académico hasta llegar al abandono escolar. Este proceso se reporta en diversas regiones del mundo (UNESCO, 2018).

Sin embargo, otro motivo por el cual los estudiantes ven truncados sus estudios son las políticas educativas de cero tolerancia en las que, cuando un alumno es encontrado portando o consumiendo alguna sustancia, es expulsado de la institución. Estas políticas excluyentes generan en los menores un rechazo social (UNESCO, 2018). Este fue el caso de Antonio:

Me cambié de secundaria porque me expulsaron... pues, por problemas con la marihuana... drogas... antes de la escuela pasábamos por un terreno que había [...] nos drogábamos y luego salimos de ahí, y bueno, un día íbamos saliendo y como seis policías [...] como traíamos el uniforme de la secundaria, pues ya nos llevaron a la secundaria y allí nos dejaron. Les hablaron a nuestros papás, pues nos expulsaron, eh... y ya [...] Nunca fumábamos ahí, fue pura casualidad, mala suerte.

Antonio logró incorporarse a otra secundaria y establecer nuevos vínculos de amistad con personas que no eran consumidoras y superar ese episodio; él contó: “el tercer año que tuve de secundaria, o sea fue, fue como que mi favorito, fue la etapa que más disfruté en secundaria”. Sin embargo, no todos los jóvenes que son expulsados logran generar estos recursos personales ni cuentan con el apoyo social para afrontar estos eventos, por lo que la UNESCO (2018) desarrolló una serie de recomendaciones sobre la importancia de buscar integrar, más que excluir, a los estudiantes que presentan alguna adicción.

## Los episodios de ansiedad

Lazarus (2000) define la ansiedad como una emoción que interfiere en el presente, pero derivado de la incertidumbre y el miedo a los sucesos futuros. Es decir, la persona que siente ansiedad experimenta miedo por algo que podría suceder y deja de realizar actividades cotidianas por temor. Derivado de lo anterior, se considera que la ansiedad es una emoción que puede llegar a ser incapacitante.

La mayoría de los trastornos de ansiedad que se presentan en la infancia llegan a ser continuos, constantes y permanentes, y pueden ser desencadenados por componentes internos —recuerdos, imágenes o pensamientos— y externos —sucesos estresantes—. Entre estos últimos se destaca la violencia doméstica, las experiencias traumáticas y las pérdidas o duelos (Pérez y Sánchez, 2022), tal como sucedió con Antonio cuando falleció su abuelo y se enteró de que su padre legal no era su padre biológico. Ante esta última pérdida, Antonio no recibió ninguna explicación y afrontó el duelo en solitario y dejando reprimida su emoción, la cual se manifestó en la adolescencia, cuando comenzó con un bajo rendimiento académico. Él explicó:

En primer semestre reprobé cuatro materias, dejo cuatro materias en segundas, creo que sólo paso una, no, paso dos creo y se me van dos a terceras. Entonces pues ya, y luego ya para segundo pues ya pasé, según las materias, en terceras, y ahí es cuando se empiezan a desarrollar mis ataques de ansiedad porque dejé seis materias en segundas, entonces rompí mi récord totalmente.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2014a), describe que existen diferentes tipos de ansiedad y que cada una de ellas lleva implícitas características particulares. Las variantes son: la ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social —fobia social—, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno de pánico. Este último se caracteriza por la presencia de ataques de pánico imprevistos y constantes, es decir, la persona puede estar tranquila o ansiosa, y comenzar a experimentar un miedo intenso de forma rápida, el cual debe venir acompañado, al menos, de cuatro de los siguientes síntomas, para ser diagnosticado como tal:

1) palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca; 2) sudoración; 3) temblor o sacudidas; 4) sensación de dificultad para respirar o de asfixia; 5) sensación de ahogo; 6) dolor o molestias en el tórax; 7) náuseas o malestar abdominal; 8) sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo; 9) escalofríos o sensación de calor; 10) parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo); 11) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo); 12) miedo a perder el control o de “volverse loco”; 13) miedo a morir (APA, 2014a, pp. 133-134).

Así, en un episodio de ansiedad, el niño o adolescente experimenta estrés excesivo que lo lleva a sentirse nervioso y perturbado. El origen puede ser interno o externo y la causa del miedo puede haber sucedido, estar sucediendo o podría suceder (Barnhill, 2023). En ese sentido, el motivo del primer ataque de ansiedad de Antonio —reprobar materias— ya había sucedido. Él relató cómo ocurrió:

Si, en la escuela, estaba acostado, como no había clases y como que, de repente, sentí como que no respiraba, como que me hiperventilaba. Entonces sí, recuerdo, entonces yo soy mucho de sudar de las manos, de hecho, en este momento estoy sudando, pero este, entonces, pues sí me daba el ataque de ansiedad y todo, eh... se lo comenté a mi mamá y pues ya me llevaron con un, con una psicóloga, eh... Y pues ya empecé con pura terapia, puro hablarle y ya, de repente fueron un poquito, gradualmente desapareciendo.

Es importante resaltar que el malestar mental no es un proceso lineal, implica ciclos irregulares e imprevisibles, que pueden prevalecer a lo largo del tiempo con episodios también de bienestar, los cuales dependerán de los recursos personales y del apoyo social recibido. Así se ha presentado la ansiedad en Antonio, él contó:

A partir de segundo, ya en tercero, ya no reprobé ninguna materia; en cuarto tampoco, o sea, ya después de reprobado las seis materias ya no reprobé ninguna materia. Aprendí de mis errores, me di cuenta de que tenía que hacer mis tareas, cosa que no hacía, a veces ya hasta el último día, pero de que las hacía, las hacía.

Al respecto, Sánchez y Cohen (2020) refieren que los miedos o la ansiedad por separación que presentan los niños en etapas tempranas de la vida tienden a desaparecer, y en la adolescencia pueden aparecer la fobia social y los ataques de pánico, los cuales también pueden disminuir conforme avanza la etapa. A pesar de lo anterior, existen casos en los que los trastornos, aún con tratamiento, persisten en la adolescencia o adultez. Evidentemente conforme avanza la edad cambia la sintomatología así, la ansiedad por separación puede convertirse en una ansiedad generalizada o sumarse otros trastornos como la depresión, los trastornos alimenticios y/o el consumo de sustancias. Tal como sucedió con Antonio quien desarrolló trastorno de ansiedad social. Él contó: “estoy en mi zona de confort, no salgo, no conozco a nadie, o sea, no salgo en otros ambientes [...] no hablo con nadie fuera de ellos, o sea, si no es con ellos, no salgo”.

La ansiedad social se caracteriza porque la persona tiene miedo o una ansiedad intensa a interactuar con personas desconocidas, ser observado o realizar expresiones verbales frente a los demás por miedo a ser criticado, humillado o rechazado. Por lo tanto, se resiste a la convivencia y se aísla, modificando sus relaciones sociales e impactando su vida educativa y laboral (APA, 2014a). La ansiedad social ha trastocado la calidad de vida de Antonio al limitar su relación con los demás. Conjuntamente su educación se ha visto afectada, ya que él no asiste a clases porque no conoce a nadie y tiene miedo de vincularse con los compañeros. Así explicó:

—Sí tengo clases, pero no voy.

—¿Por qué?

—No sé, es que, es que, no voy porque no sé, veo a la gente y es como de ¡ah, me da ansiedad! y digo: no conozco a nadie y ¿qué hago?, entonces yo lo que hago, digo, no sé, pienso mucho, veo mucha gente, digo: hay mucha gente. Dije, ¿qué voy a hacer? o sea, vengo pensando ¿cómo me veo? Mi aspecto como, o sea, pero pensando muchas cosas [...] el problema es que soy mi propio enemigo.

El enemigo de Antonio no es él exactamente, sino su mente y sus pensamientos recurrentes. Ante estos casos es relevante el acompañamiento terapéutico. El National Institute of Mental Health (2022) recomienda la

terapia cognitivo-conductual para tratar la ansiedad social, dado que en este enfoque se le enseña a la persona diversas maneras de pensar, actuar y reaccionar frente a los eventos estresantes que le generan preocupación y ansiedad. Asimismo, el especialista puede apoyar al paciente en la práctica y aprendizaje de nuevas habilidades sociales. El mismo instituto reconoce que existen otros tratamientos para la ansiedad y que, con un diagnóstico adecuado, el psicólogo puede identificar cuál es el indicado para el paciente.

## **Conflictos familiares y su incidencia en el malestar mental**

En la infancia y la adolescencia, la familia es el medio principal por el cual el niño y/o adolescente puede tener acceso al personal de salud, porque la familia, al conocer el comportamiento del menor, puede detectar cualquier anomalía en su conducta y canalizarlo con un especialista (Pérez y Sánchez, 2020), como sucedió con Antonio cuando presentó los terrores nocturnos y, de forma posterior, los ataques de ansiedad. Sin embargo, también dentro de la familia se presentan situaciones de conflicto generadoras de malestar emocional, ya que dentro de ésta se pueden generar relaciones ambivalentes, producto de las diferentes formas de ser y pensar de los integrantes. Esta diversidad permite a la familia realizar acuerdos y tomar decisiones, por lo que se considera que los conflictos entre padres e hijos y/o hermanos son necesarios en el proceso de maduración y transformación individual y colectiva. A pesar de lo anterior, la manera en la que la familia enfrenta los conflictos será fundamental para el crecimiento o el deterioro de la estabilidad emocional (Calderón y Vallejo, 2018), como sucedió con Antonio, quien contó:

Mi hermano grita mucho, mucho, más que mi mamá yo creo, entonces también es un estrés. Estar escuchando a mi hermana llorando, luego éste gritando, luego mamá también discutiendo con mi papá, eh... pues es un estrés [...] mi hermana llora mucho, pero demasiado, entonces me estresa, entonces sí fue mucho, mucho estrés.

El estrés es el manejo emocional ante estímulos de presión, dolor, angustia o amenaza, por mencionar algunos, que la persona le da a determinado evento (Lazarus, 2000). La narrativa de Antonio refleja el manejo que cada miembro de su familia le da al conflicto: su hermano grita, su hermana llora, sus padres discuten y él se estresa. Los conflictos familiares llevan a sus padres a observar la situación y deciden buscar apoyo a través de un psicólogo y reciben acompañamiento. Antonio contó:

Empezamos a ir con un psicólogo, bueno, ellos me preguntan, como de que: oye, ¿quieres ir? Porque ellos ya iban, entonces de que dije: ah, pues está bien. Pues todos iban, entonces ya, pues empecé a ir, este... y dejé de ir ahora como en marzo de este año, abril, porque ya pues, ya era el único que iba. Mis papás y mis hermanos, pues ya dejaron de ir y yo era el único que iba.

Independientemente de las causas, los conflictos parentales generan repercusiones negativas en distintas esferas de la vida de los hijos, teniendo mayor posibilidad de presentar trastornos de ansiedad, cambios en su rendimiento académico o alguna otra dificultad. Además, cuando las peleas son reiterativas, pueden modificar el concepto que los niños han construido en torno al amor y sobre los vínculos afectivos. Conjuntamente, los niños aprenden de sus padres las formas en las que manejan las diferencias (Roizblatt *et al.*, 2018). La ira es una emoción que puede aparecer en los desacuerdos y su expresión en ocasiones es irracional, sobre todo cuando la persona siente que otro es el culpable de su ira y, por tanto, siente la necesidad de atacar (Lazarus, 2000). Esto sucedió entre Antonio y su padre legal. Este último, al estar molesto, reacciona con ira y hace una serie de manifestaciones verbales completamente irracionales. Antonio contó:

Mi papá, él tiene como que arranques de ira muy, no sé cómo decirlo, muy así... está loco... Me acuerdo de que una vez estaba discutiendo con mi mamá y hablaron de mí, pues yo ni en cuenta y me enojé con él, entonces, entonces me acuerdo de que le dije: ¿qué tiene, está loco? ¿qué tiene éste? y discutiendo, mi papá se la cantó... En uno de sus enojos, pues me dijo: ¡ah no! y me dijo: no, yo no soy tu papá. Ya sabía, pero el problema fue que me lo dijo en un momento de enojo y yo ya sabía, entonces estuve varios años asimilándolo.

Lazarus (2000) advierte que la persona que siente ira puede cometer actos ofensivos con la intención de molestar o humillar ya que, teniendo la capacidad de controlarse, ejecuta la acción. La ira permite comprender como fluctúan las emociones en la persona que la vive, pero también entender la reacción de la persona que recibe la agresión y la forma en la que sus recursos personales actúan para inhibirla y protegerse. En ese sentido, Antonio afirmó:

Mis papás se divorcian, mi, mi papá se va de la casa. ¿A dónde?, pues no sé, no me importa la verdad, no tengo una relación muy cercana con él. Este es, que no sé, es muy, muy cerrado, o sea, no es que no es mi papá como tal, o sea, me, me ha criado toda la vida, pero pues si nos ponemos estrictos, es mi padrastro.

Antonio muestra un discurso de indiferencia, pero después del divorcio y confrontamiento desarrolla algo parecido a un trastorno de atracón; por tanto, él expresa una emoción; así lo contó:

Ya no volví a tener ataques de ansiedad, ahora mantengo una ansiedad por la comida chatarra, porque sigo consumiendo mucho. Entonces se dejó de manifestar la ansiedad en ataques, pero se sigue manifestando en la comida chatarra, no puedo dejar de comer, en especial con picante.

El trastorno de atracón es conocido porque la persona es capaz de ingerir una cantidad de alimento superior a lo habitual en corto tiempo. Durante estos momentos, la persona siente que no puede controlarse y parar la ingesta (APA, 2014a). Se considera que este trastorno tiene una relación directa con la ansiedad, dado que la persona busca calmar sus emociones con la comida, cuando su ansiedad comienza a elevarse (Cuadro y Baile, 2015).

Como que me empecé a sentir mal... triste, como que no... no sé... siento como que la inseguridad, como de que la personalidad y todo eso, lo físico, todo ese tipo de inseguridades también. Como dije, el hecho de haber tenido una ansiedad con la comida chatarra, también me provocó subir de

peso, entonces eso me está generando una inseguridad con el físico. Entonces, o sea, todas esas cositas se han ido sumando.

Al respecto, Hernández Rodríguez y Ledón (2018) explican que este trastorno genera en la persona que lo padece sentimientos de culpa, tristeza, baja autoestima y rechazo a sí mismo. A su vez, estas manifestaciones pueden desencadenar otros problemas como las autolesiones o la ideación suicida como una forma de autocastigo por la pérdida del control, pero también, como otras formas de atender las emociones desagradables que lleguen a surgir.

## La ideación suicida

La ideación suicida ha sido conceptualizada como los pensamientos recurrentes de una persona sobre ocasionar su propia muerte. Estos pensamientos pueden ser expresados abierta o a través de comentarios sutiles e indirectos; de cualquier manera, en algunos casos estas manifestaciones llegan a convertirse en realidad (Cañón y Carmona, 2018). La OMS (2023a) calculó que en el mundo, actualmente ocurren cerca de 700 000 suicidios al año. De acuerdo con el INEGI (2023a) en México, en el año 2022, los fallecimientos por esta causa aumentaron; tan sólo en 2022 se reportaron 8 123 muertes, es decir, 1 629 suicidios más que en 2017.

Las emociones juegan un papel importante en la prevalencia de este acto, sobre todo en la adolescencia, etapa en la que los jóvenes llegan a vivir estados de agotamiento emocional derivados del aumento de las exigencias educativas, familiares y sociales. Además, en este momento del curso de la vida, las emociones tienden a intensificarse y, con ellas, las alteraciones en el estado de ánimo (Galindo-Domínguez y Losada, 2023).

Siento que ellos [mis padres] me exigen demasiado y hay veces que simplemente no puedes, o sea, hay esas etapas, pues como que hay etapas en la vida en las que no puedes hacerlo. En ocasiones siento que la exigencia es mucha, aparte los padres, o como que piensan que no hay cosas que te afectan porque



eres un niño, o te toman como muy chiquito, como que tú no puedes saber, por ejemplo, el tema de mi papá.

Como se aprecia en la narrativa de Antonio, él tiene como evento estresante la forma en la que se enteró de que su padre legal no era su padre biológico, situación que le ha traído graves problemas de ansiedad y repercusiones educativas significativas que lo han llevado a tener ideación suicida. Él describió:

Si he pensado que me quiero morir... no quiero morir... no me quiero suicidar, no, pero este, no, yo no he pensado de esa manera, yo no, yo no pensaba así en esa manera. O sea, yo lo que pienso, lo que digo es: ya no me quiero sentir así, no, no, no, no, no, yo digo ¿en qué momento voy a volver a descansar?, ¿en qué momento me voy a sentir con la confianza necesaria para hablar, para hacer amistades normalmente?

El Ministerio de Sanidad español (2022) explica que, en ocasiones, la ideación suicida proviene de un malestar y que su motivación se deriva de sentirse mejor, de terminar con el sufrimiento. La persona no quiere morir, quiere estar bien debido a que, como menciona Lazarus (2000), las emociones que vive la persona después de un evento traumático generan un fuerte malestar que sólo podrán afrontar con recursos personales y la intervención del apoyo social. Sólo así la persona podrá restablecer su integridad.

Antonio requiere seguir trabajando con sus emociones y con el fortalecimiento de sus recursos personales, al mismo tiempo que va completando su madurez física. Esto es de la mayor importancia para disminuir las probabilidades de que esos breves pensamientos de no poder más con el sufrimiento puedan volcarse en una situación de daño a sí mismo y, por el contrario, logre emprender el largo camino de la construcción de una adultez sana y satisfactoria.



## 9. La baja autoestima en la vida de Bárbara

*Mi novio me engañó con otras niñas, entonces yo veía a esas niñas y decía: “si me engañó con ellas, es porque algo tienen y yo no tengo” [...] las veía bonitas, veía que las trataban muy bonito, y pues yo quería también...*

La autoestima es un recurso personal que se construye a lo largo de la vida. Este recurso, que puede manifestarse como una actitud (actitud hacia sí mismo), permite que las personas acepten aspectos físicos, emocionales y sociales que los caracterizan, aun cuando no sean agradables para sí mismos. La adolescencia es reconocida por ser un periodo de transformación corporal en la que cambia la autopercepción, y, por ende, puede cambiar la autoestima, ya que este grupo de la población se encuentra en un estado de vulnerabilidad emocional que lo hace ser más susceptible a la opinión social (Rojas y Pilco, 2023) y, por ello, a altibajos en su autoestima.

El análisis que ha acompañado este libro ha permitido observar que la infancia es una etapa crucial en el desarrollo emocional de las personas. En ésta se sientan las bases de la autoestima, sin embargo, esta forma de autovalorarnos puede fortalecerse o debilitarse en la adolescencia debido a que, durante este periodo, las personas hacen una valoración subjetiva de su personalidad, composición física y habilidades sociales (Díaz *et al.*, 2018). Bárbara confirma la importancia que tienen estas etapas en la autoestima de las niñas. Ella contó: “en el transcurso de lo que es primaria y secundaria, los cuerpos de las mujeres empiezan a desarrollarse totalmente, entonces yo recuerdo que veía mucho a mis compañeras que estaban más delgadas, o que ya se habían desarrollado más”.

En ese sentido, las mujeres en la etapa de la adolescencia son más propensas a perder autoestima, ya que los varones la fortalecen a partir de sus éxitos individuales, mientras que las mujeres la forjan mediante el recono-

cimiento colectivo (Rodríguez y Caño, 2012). Esto las lleva a observar las diferencias físicas entre ellas y, por consiguiente, a realizar comparaciones generando sentimientos de desvaloración y envidia.

La envidia es una emoción presente a lo largo de la historia de la humanidad y en las diversas culturas. Por lo regular viene acompañada de otras emociones como la tristeza, la hostilidad y la intolerancia, emociones ocasionadas por las carencias físicas, materiales, familiares y/o sociales que tiene una persona al compararse con los demás. Cuando el individuo siente envidia se autoobserva como fracasado, frustrado e insatisfecho; por lo que esta emoción se acompaña de la desvalorización y afecta la sana convivencia, así como las relaciones humanas (Hernández, 2020). González *et al.* (2011) agregan que la envidia es una emoción desagradable y estigmatizada, por lo tanto, la persona que la experimenta no siempre es capaz de expresarla.

Comúnmente, esta emoción se presenta en las etapas de la infancia y la adolescencia y disminuye en la adultez, cuando la corteza prefrontal alcanza su madurez y aumentan los recursos personales de los individuos para comprender que su éxito o fracaso no depende de lo que alguien más tenga sino de sus propias habilidades (Olguín, 2019). Lazarus (2000) explica que es frecuente que las personas deseen algo de los demás, por lo que ese sentimiento de privación puede generar agonía y otras emociones que perjudican las creencias que tiene la persona sobre sí misma, puesto que se visualiza de forma inferior frente a los demás. Es decir, la envidia interfiere con la autoestima de las personas, tal como sucedió con Bárbara, quien contó: “entonces me causaba conflicto que yo me veía a mí misma y no me terminaba de gustar cómo me miraba”. La insatisfacción corporal es común en la adolescencia, cuando las mujeres no aceptan su fisonomía, producto de una sociedad que promueve estereotipos de belleza en ocasiones inalcanzables, generando que las niñas y adolescentes se sientan inseguras (Berengüí *et al.*, 2016).

La autoestima se vincula hacia la opinión que la persona tiene de sí misma; es lo que cree, siente, piensa y expresa sobre su cuerpo y manera de ser. En esta apreciación intervienen tanto el ámbito cognitivo —en la valoración que el sujeto tiene sobre sí mismo—, como el emocional, que aborda el amor o desamor propio (Ochoa, 2009). Ahora bien, existen condiciones que afectan negativamente la autoestima de los adolescentes y perjudican

su bienestar, ya que una baja autoestima tiende a generar sentimientos de soledad, falta de apoyo e insatisfacción. La valoración negativa de sí mismos puede hacer que las personas se sumerjan en un estado de vulnerabilidad emocional, en el que tiendan a tomarse todo de forma personal (Peker *et al.*, 2017).

En la adolescencia inician las relaciones de noviazgo o de pareja que, por lo regular, tienen una duración limitada pero tienden a ser de gran trascendencia (Flores-Hernández *et al.*, 2021). Esto se da debido a que se producen vínculos afectivos en los que interviene la seguridad emocional, el apoyo social y la intimidad corporal, expresándose el vínculo entre la autoestima y las habilidades sociales que son un elemento importante en el desarrollo personal durante esta etapa (Llamazares y Urbano, 2020). Ya que los recursos personales son los que permiten un manejo adecuado de las situaciones adversas que pudieran presentarse en las relaciones, cuando Bárbara tuvo una experiencia desagradable, la insuficiencia de sus recursos personales le impidieron manejar adecuadamente la situación, haciendo que su autoestima se deteriorara y comenzara a compararse con los demás. Ella contó: “en la prepa, recuerdo que mi novio muchas veces me engañó con otras niñas, entonces yo veía a esas niñas y decía: si me engañó con ellas es porque algo tienen y yo no tengo”. Las formas de amor negativas afectan el funcionamiento interpersonal de las personas (Canals y Arija, 2022) y, por consiguiente, su autoestima.

Conjuntamente, Bárbara se sentía así porque, de acuerdo con Cruzat-Mandich *et al.* (2016), culturalmente, las niñas y adolescentes viven una presión social que las incita a cumplir con los estándares de belleza establecidos. Esto las lleva a comparar su cuerpo y sus habilidades con las de sus pares y a centrar su atención en lo que no han desarrollado, jugando así la aceptación social también, un papel importante en la autoestima en estos años. Igualmente, en esta etapa se da la admiración de diversas figuras representativas que intervienen en la construcción de la propia imagen.

Además, durante la adolescencia, etapa en la que Bárbara se encontraba, las personas tienden a vivir sus emociones y relaciones afectivas de manera impetuosa y buscando la validación de los demás (Díaz y Peñaranda, 2016). En ese sentido ella contó: “yo quería tener la aprobación de esa persona, lo que yo siempre buscaba era la aprobación de él y de unas niñas también,

porque yo las veía bonitas, las veía que las trataban muy bonito, y pues yo quería también”. Esta necesidad de aprobación y de ser como las otras niñas, llevó a Bárbara a sufrir otros trastornos.

## La anorexia

La anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por la disminución o la casi nula alimentación. La anorexia puede ser de tipo restrictiva o de atracón-purgativa. En la primera, la persona que la padece selecciona minuciosamente la cantidad y el tipo de alimento que va a ingerir, mientras que en la de tipo atracón-purgativa, la persona tiene episodios de comer de forma excesiva en poco tiempo, conocidos como atracones, para después provocarse el vómito y/o utilizando laxantes o diuréticos para desechiar los alimentos (National Institute of Mental Health, 2021). Bárbara tuvo una anorexia restrictiva que comenzó a temprana edad, y sin que ella tuviera una consciencia de la enfermedad:

Empecé a controlar desde tercer año lo que comía, lo que no comía, y empecé como con el problema de restringirme las comidas. Entonces era como que mi última comida era a las 9-10:30 de la noche y de ahí lo aplazaba hasta la 1 de la tarde del siguiente día, ahí ya volvía a comer [...] entonces solita ya lo hacía, sin darme cuenta, inconscientemente yo ya me restringía la comida.

Bárbara inició con este trastorno en la secundaria, lo cual coincide con lo reportado por Morales (2019), quien afirma que la edad promedio de inicio del trastorno son los 12 años, ya que en esta etapa se ve más afectada la percepción de la imagen corporal. Bárbara explicó: “sabía que tenía un problema porque a mí me preguntaban si yo estaba contenta con mi peso, y yo me seguía viendo muy gorda, me veía al espejo y de repente, aún tengo ese problema, o sea, yo me veo al espejo y me veo muy gorda, entonces fue cuando ya empecé a tener muchos problemas con eso”.

Además de lo anterior, existen factores genéticos que pueden desencadenar el trastorno, es decir, un elemento predisponente —genético— el cual, asociado a un elemento precipitante —social—, pueden desencadenar el

trastorno. Probablemente esto sucedió con Bárbara, ya que no hay datos que indiquen que sus padres, amigos o familiares hayan realizado expresiones sobre su cuerpo que pudieran haber influido en su autoestima en etapas tempranas de su vida. Asimismo, ella reconoció: “sé que primeramente el problema fue mío, porque antes de que lo conociera yo ya tenía el problema, pero definitivamente como que con este aspecto se intensificó muchísimo más”.

Como es sabido, una característica de esta enfermedad es que está acompañada de una pérdida significativa de peso, que genera en la persona satisfacción física y miedo a recuperar las tallas perdidas (Ayuzo-del Valle y Covarrubias-Esquer, 2019). Esto hace que en el trastorno intervenga el factor psicológico o emocional, puesto que la alteración de la imagen corporal, la baja autoestima, la falta de aceptación, la inseguridad y otras emociones desagradables, están presentes. Así, la anorexia puede ser el detonante o la expresión de una serie de recursos personales vinculados a la insatisfacción emocional, personal, familiar y social (Arija *et al.*, 2022). Bárbara contó:

A los 17 años yo tuve un novio, y pues a partir de eso yo empecé a tener problemas con ese novio, y me empecé a preocupar mucho por lo que era mi autoestima, que si estaba muy gorda, que si estaba muy delgada, si me veía bien, o no me veía bien [...] Entonces fue a raíz de eso que empecé a tener problemas alimenticios.

La alteración de la conducta alimentaria tiene efectos negativos en la salud física y emocional de las personas. Entre los principales destaca la desnutrición, el cansancio, la falta de energía, la pérdida del periodo menstrual, cambios de humor y alteraciones en el sueño, por mencionar algunos. Todos estos elementos modifican el funcionamiento físico y mental y, por consiguiente, pueden presentarse adicionalmente otros trastornos como la depresión, la ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo (Morales, 2019). Bárbara explicó: “empecé con lo de la comida, luego ya empezó a pasar a que me dieran ataques de ansiedad [...] hace un año que empecé a tener mucho estrés y ansiedad”.

El estrés es una condición que aparece cuando la persona no es capaz de adaptarse a determinada situación, por lo que se siente sobrecargada y

que está perdiendo el control sobre ella. Así, el estrés impide realizar una valoración objetiva del evento estresante y la persona reacciona conforme a sus recursos personales (Lazarus, 2000). En el caso de Bárbara, el evento estresante le hacía sentir ira, ella contó:

Me acuerdo de que había una chava con la que yo tenía mucho conflicto porque ella se veía mejor que yo, entonces yo decía, quiero estar como ella y me empecé a sentir mal, y entonces empecé a llorar como tranquilamente, y luego se me empezó a salir de control [...] como que se me cerró el mundo.

Lo que sucedió con Bárbara es explicado por Lazarus (2000), quien afirma que la ira viene acompañada de un sentimiento de ofensa; la persona se percibe humillada y, por consiguiente, ve afectada su autoestima y estima social. Ante esto se suma la emoción de la culpa; si la persona considera que fue su responsabilidad, la ira es hacia sí misma y suele acompañarse de miedo y/o ansiedad.

Ahora bien, en la ira también interviene un impulso de ataque o venganza, lo cual dependerá de la valoración y el manejo que la persona le dé al suceso. El manejo es la forma en que la persona aborda el suceso estresante por lo que, si el manejo es adecuado, disminuye la situación estresante, pero si es inadecuado el estrés aumenta (Lazarus, 2000). Eso sucedió con Bárbara quien, al no lograr canalizar su emoción, busca otras formas de manejo e inicia con las autolesiones como una forma de afrontamiento.

Es importante resaltar que los individuos que padecen algún trastorno de la conducta alimentaria también presentan otros factores de riesgo como el perfeccionismo, la autoexigencia, la intolerancia y la intolerancia a la frustración (Canals y Arija, 2022), lo que los lleva desarrollar otros comportamientos de riesgo, como las conductas autolesivas. Esto puede ocurrir debido a la insatisfacción corporal y, en respuesta, la persona lleva a cabo acciones que dañan su cuerpo, ya que lo considera insignificante o con poco valor. Otra de las similitudes entre los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas autolesivas son el perfeccionismo elevado, la baja autoestima y las conductas obsesivas (Rodríguez-López *et al.*, 2021).



## El autolesionarse como fin del desborde emocional

Las autolesiones no suicidas se presentan cuando los niños y/o adolescentes desean desahogar sus emociones desbordantes como la ira y la tristeza (Jácomo *et al.*, 2020) puesto que, en estas etapas, todavía no se es capaz de controlar las emociones y se tiende a reaccionar a los eventos estresantes con impulsividad. A su vez, estos procesos se deben a que la corteza prefrontal del cerebro no ha terminado de desarrollarse (Ferreiro *et al.*, 2023). Conjuntamente inciden en estas conductas: *a*) factores predictores como la edad, el sexo, el consumo de sustancias y la presencia de otros trastornos; *b*) los factores precipitantes como el acoso escolar, el embarazo no deseado, los problemas familiares y/o económicos, posibles situaciones de abuso físico y/o sexual, pérdidas familiares —por muerte o separación de los padres—, así como dificultad para relacionarse con sus pares y *c*) factores inherentes a los niños y adolescentes como la disminución de la autoestima, la distorsión de la imagen corporal, el rechazo hacia su propio cuerpo, el aislamiento, la personalidad introvertida y la presencia de otros trastornos (Fleta, 2017). De acuerdo con las narrativas de Bárbara, los factores inherentes fueron los que la llevaron a las autolesiones, ella explicó:

Me dio un ataque de ansiedad muy fuerte y se me salió mucho de las manos [...] recuerdo que estaba viendo Instagram y me topé con una de las chavas con las que me habían engañado antes. Entonces a mí me dio mucho bajón, entonces fue la primera vez que inicié con autolesiones, yo tenía una navajita de esas para sacarse la ceja, entonces yo estaba teniendo un ataque de ansiedad, entonces me empecé a cortar los brazos.

La principal autolesión que realizan los niños y adolescentes son los cortes superficiales en diferentes áreas del cuerpo —los antebrazos, la entrepierna y el abdomen—. Realizar los cortes en partes poco visibles disminuye la posibilidad de que sean descubiertos y puedan recibir atención adecuada (Meza de la Luna *et al.*, 2019). Los cortes son con cualquier objeto o incluso con el propio cuerpo, tal como lo hacía Bárbara: “me rasguño la cara, el cuello”. Aunque los cortes son las autolesiones más comunes, también

están presentes las quemaduras, los golpes, las raspaduras, las irritaciones en la piel —excoriación—, rascarse compulsivamente, arrancarse costras, morderse las uñas hasta sangrar, arrancarse la cutícula y el cabello. Esta última práctica es denominada tricotilomanía (Sánchez-Sánchez, 2018) y era realizada por Bárbara:

Me arranco el cabello (ahí sí me lo arranco yo) y la última vez que tuve un ataque, yo, yo no me di cuenta, hasta que vi que las personas podían estar hablando a mi alrededor y yo ya no las escuchaba, estaba en mi mundo.

Es importante mencionar que los recursos personales son un elemento clave para abordar los eventos estresantes y que no todos los niños y/o adolescentes cuentan con la misma capacidad de afrontamiento; por ello, no se debe minimizar el evento estresante que provoca las autolesiones. En el caso de Bárbara, ella logró identificar las cosas que no podía controlar y tomó la siguiente decisión: “me di cuenta de que era momento de dejar las redes sociales, porque a veces tienden a ser un poco toxicas”. Sin embargo, se recomienda que estas estrategias estén acompañadas de un tratamiento psicológico adecuado para que no vuelvan a repetirse. Ante esto, Fleta (2017) afirma que sólo el 10% de los adolescentes que se lesionan reciben tratamiento. González Suárez *et al.* (2016) señalan que el tratamiento debe ser diferencial y estar enfocado principalmente en la regulación emocional y en el fortalecimiento de las habilidades interpersonales. La relevancia de la atención psicológica es para identificar si la persona que está autolesionándose tiene riesgo suicida o solamente autolesiones no suicidas (Ministerio de Sanidad, 2022). Bárbara acudió a terapia y menciona:

Ya con la psicóloga recuerdo mucho que me dijo: “vamos a seguir con tu terapia, pero sí de plano veo que no tienes una mejoría en estas siguientes sesiones voy a tener que asignarte un psiquiatra, y la verdad no me gustaría asignártelo porque a veces los medicamentos que te dan te tumban y son muy duros”.

El Ministerio de Sanidad (2022) español explica que hay tratamientos para disminuir las conductas autolesivas. Los de primer uso consisten en

terapias cognitivo-conductuales, dialéctico-conductuales y de mentalización y, en caso de que a través de éstas no se obtengan los resultados esperados, se recomienda continuar con el tratamiento farmacológico, el cual ayudará si la persona presenta dos o más trastornos mentales. Bárbara padeció anorexia, ansiedad y conductas autolesivas, por lo cual la terapia no fue suficiente y sus autolesiones fueron persistentes. Ella platicó:

No hubo mejoría porque otra vez volví a rasguñarme y a sacarme sangre del cuello [...] prácticamente era lo mismo, siempre era lo mismo [...] Pues sí, proseguí con la terapia y otra vez tuve otro ataque de ansiedad. Volví a lastimarme los brazos, el cuello y me mandaron con el psiquiatra.

Fleta (2017) explica que, en ocasiones, se recomienda la toma de anti-depresivos ya que estos permiten regular las hormonas. En este caso fue la serotonina, la cual se vincula con los episodios impulsivos y agresivos que provocan las autolesiones. Al estar regulada, también lo está el estado de ánimo de los adolescentes y esto permitirá evitar los episodios de desborde emocional. Bárbara recibió su tratamiento, así lo platicó:

Con la psiquiatra, realmente, como tal, no platicamos nunca de la situación exactamente, pero ya sabía ya más o menos mi historial y me asignó diferentes medicamentos: Fluoxetina, Olanzapina, medicamentos que realmente me ayudaban más a dormir y a poder estar más tranquila alrededor del día.

Además de la anorexia y las autolesiones, Bárbara también presentó conductas obsesivo-compulsivas, ella contó:

Cuando empecé con lo de la ansiedad me volví muy controladora [...] no me gusta salir de mi zona de confort. Si yo tengo un video guardado es el mismo que yo voy a estar viendo porque siento que yo, los cambios bruscos, me pongo muy nerviosa.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tiene dos características: 1) la obsesión, que se presenta cuando la persona tiene pensamientos constantes sobre situaciones desagradables que la hacen perder su tranquilidad, y 2) la

compulsión, que son comportamientos impulsivos, repetitivos y ritualizados con la intención de aminorar la sensación desagradable (producto de la obsesión) y de prevenir alguna situación incómoda que pudiera alterar su estabilidad emocional (Fernández-Montes y García, 2018). Así, Bárbara utilizó la compulsión como una estrategia de protección y prevención. Ella contó:

Creo que se debe mucho a que antes, cuando yo confiaba mucho en mi novio, estaba confiando en él y él hacía algo. Entonces, como que yo siento que mi mecanismo de defensa es ahora tener todo controlado, tener todo muy controlado, por ejemplo, si yo me bajo del camión aquí abajo, aquí en la parada, yo cuento los pasos de ahí hasta llegar a la facultad y digo son 150, y al otro día los vuelvo a contar y digo son 150, no va a pasar nada, no va a pasar nada malo.

Lozano-Vargas (2017) expone que, en la Lista de Chequeo de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de la Escala de “Yale-Brown”, se identificaron cuatro ámbitos de atención para dicho trastorno: 1) simetría/orden, 2) contaminación/lavado, 3) acumulación y 4) sexual/religiosa/agresión. De acuerdo con lo expuesto por Bárbara, su TOC está relacionado con la simetría y el orden, ella explicó:

Me volví como que más controladora y cerrada en ese aspecto, siempre estoy a la defensiva: a ver si no me pasa algo, a ver si no me pasa algo, o así. Entonces por eso ahora es como que debo tener todo como que muy ordenado por colores, o contado, o si tengo un alhajero cuántas piezas tengo, son 15. Entonces tienen que ser 15 siempre, porque si no yo me pongo muy nerviosa, es como que algo viene y altera mi vida. Me pongo muy nerviosa porque siento que puede pasar algo malo.

En la narrativa anterior se observa cómo aparecen los dos componentes del trastorno obsesivo compulsivo, ya que Bárbara realiza ciertas actividades de forma repetitiva para tener el control, pero también tiene pensamientos recurrentes de que algo malo puede pasar, por lo que de una forma u otra busca “protegerse”.

## La familia: un recurso de apoyo social

En las afectaciones a la salud mental, las relaciones familiares tienden a ser ambivalentes; debido a esto, se consideran un factor de riesgo pero también un factor protector para el malestar mental. Sin embargo, desde la perspectiva de Lazarus (2000), “los sistemas sociales no necesariamente caracterizan los estados mentales de los individuos que viven en ellos” (p. 52). Es decir, no es la relación familiar o lo que el padre, la madre o el cuidador principal hicieron o dejaron de hacer por los hijos, sino la valoración que los mismos hijos le dan a lo que vivieron, lo que determina su bienestar o malestar mental. En ese sentido, el apoyo social recibido, si es valorado, puede generar en la persona amor, seguridad y reconocimiento (González *et al.*, 2016).

Sin embargo, es un hecho que en etapas tempranas de la vida, la familia juega un papel determinante en el desarrollo de los niños y adolescentes. Además, puesto que en la adolescencia se presentan situaciones de gran impacto en la autoestima, el efecto es mayor cuando no hay una red de apoyo que aliente los aspectos positivos del menor (Díaz *et al.*, 2018). Así, en la valoración que Bárbara le dio a su relación familiar, ella mencionó que: “con la psicóloga analizamos muchos de mis círculos sociales y no tenía ningún problema con ninguno, mis amigas no me trataban mal, mi familia no me trataba mal”, por el contrario, Bárbara expresó “mis papás sinceramente son muy buenos papás, son muy muy de estar conmigo, me levanto y mis papás ya tienen desayuno para mí. Son muy buenos padres, ellos siempre han dado su cien, siempre al máximo”. Esta cohesión familiar permitió que sus padres detectaran los problemas de anorexia que Bárbara estaba padeciendo; ella contó:

Mis papás se empezaron a dar cuenta que bajé de peso [...] mis papás trabajan todo el día, entonces yo compraba. Básicamente yo era responsable de lo que yo comía, y pues era más sencillo para mí porque yo podía controlar qué comía y qué no comía [...] después mi mamá ya me tenía como que, en vista, ya había visto que había bajado mucho de peso [...]. Entonces mi mamá se

empezó a dar cuenta de eso, entonces haga de cuenta que me empezó a checar que comiera, pero realmente cuando estaba mi mamá era la comida de medio día, entonces sí me veía comer. Las comidas que yo me evitaba mucho eran las de la mañana y las de la noche. Si comía en la mañana o en la noche era una botella de agua, porque era lo que, a mí..., era de tomar muchas botellas de agua para no sentir hambre, o el chicle, comía mucho chicle, y como engañaba al estómago de que estás consumiendo algo, entonces yo lo engañaba mucho así.

Respecto a este tema, Ayuzo-del Valle y Covarrubias-Esquer (2019) explican que la familia es considerada un elemento importante en el diagnóstico temprano, el tratamiento y la recuperación de las personas con algún trastorno alimenticio debido a que, como señala el Instituto Nacional de Salud Mental (2021) de Estados Unidos, la familia tiene la capacidad económica para solventar los gastos requeridos en los tratamientos así como las aptitudes para persuadir a los niños y adolescentes a que lo reciban. Sin embargo, también existen familias que no saben cómo manejar el trastorno, pues piensan que es temporal y que pasará. Por tanto, Sainos-López *et al.* (2015) señalan que el manejo familiar es lo que permitirá a los niños y adolescentes una rehabilitación exitosa a través de la comprensión de los padres o cuidadores, tal como sucedió con Bárbara, quien platicó:

Mis papás se dieron cuenta de que en verdad estaba pasando algo. Una vez que sentí que las cosas se me estaban saliendo de las manos le dije a mi mamá: ¿y si mejor paramos el siguiente semestre de mi facultad? Es que yo no me siento bien como para dar mi cien por ciento en la escuela ahorita. Y ya fue cuando mi mamá me preguntó, ya yo me solté en llanto. Ellos pensaban que sólo era la comida y estaban realmente ayudándome con eso, pero ya se dieron cuenta que realmente también había otras cosas, y ahí fue cuando me llevaron al psicólogo.

El apoyo social recibido le permitió a Bárbara dar un mejor manejo a su malestar emocional. Lazarus y Folkman (1984, como se cita en Rivadeneira *et al.*, 2019) explican que el manejo es un proceso en el cual intervienen los esfuerzos cognitivos y conductuales de las personas, y es a través de

éstos que el individuo solventa las situaciones de estrés. Lazarus (2000) explica que hay varios tipos de manejo, y el utilizado por Bárbara en esta segunda etapa fue el manejo mediante el apoyo social, ya que sus recursos personales no le permitían afrontar la situación de forma individual y, a partir de esta solidaridad familiar, ella encontró una mejoría. Narró:

A partir de que inicié el tratamiento la verdad sí mejoré mucho. Me dijeron las doctoras que era mejor empezar a hacer algún tipo de ejercicio. Ya me metieron al gimnasio y por hacer ejercicio empezó a abrirseme el hambre y así, y empecé a como que a empezar a comer un poquito más y ahorita, pues ya estoy aquí en lo que es porristas.

El apoyo institucional que Bárbara recibió siempre estuvo acompañado del apoyo familiar. Casanova-Rodas *et al.* (2014) explican que este apoyo es una herramienta que brinda cuidado, amor y protección, lo que permite afrontar con éxito los costos físicos y emocionales de la enfermedad. Así fue el sostén que Bárbara encontró en su familia, como ella lo platicó:

Mi papá me trató de incentivar mucho, me trataba de incentivar mucho, o sea, como de que, dándome muchos motivos, de que “acuérdate que estás estudiando tu carrera, tu carrera es muy bonita como para que estés así”. O sea, mi papá de que es muy sentimental, entonces me acuerdo de que fueron muchas pláticas muy emocionales, donde mi papá me daba muchos ánimos. Mis papás, la verdad que sí fueron muy comprensivos conmigo.

Después de la experiencia, se observa la manera en que Bárbara se reconstruyó y, con ella, sus recursos personales, que le permiten identificar las situaciones que la han ayudado a estar bien en la actualidad: “pienso en esta carrera y pienso: es mi salvavidas, puedo estar hablando con gente, conocer otras personas, ver otras perspectivas de cosas que yo no veo. Cada persona es uno”.





## 10. El miedo en la vida de Emilio

*Siempre pensaba ¿qué pasa si fallece mi mamá? [...] imagínate que a mi mamá le pase algo y me ponía a llorar de que ¡ay no!*

La Real Academia Española (2023c) define miedo como la “angustia por un riesgo o daño, real o imaginario”. Lazarus (2000) lo desagrega en terror (miedo real) y ansiedad (miedo imaginario). Esta emoción es indispensable para el instinto de supervivencia, presente en todos los seres vivos, dado que les permite reaccionar cuando se encuentran en una situación de peligro; por tanto, el miedo es una emoción natural que va cambiando con la edad y las circunstancias de vida. Esta emoción da también la oportunidad de enfrentar situaciones temidas (Pérez y Sánchez, 2022). Asimismo, Reyes *et al.* (2017) explican que el miedo tiene una función de “alarma” ante el peligro, pero que en ocasiones este sistema de alerta natural puede activarse de forma inapropiada y, en lugar de proteger, coloca a la persona que lo vive en una situación de vulnerabilidad, puesto que puede limitar su capacidad de afrontamiento.

Los miedos que se derivan de cosas o situaciones imaginarias se presentan en mayor medida en la infancia, cuando los niños expresan temor a la oscuridad, a los fantasmas, a quedarse solos o incluso a algunos animales como las arañas o las serpientes, entre otras cosas. Estos miedos son normales y fáciles de identificar. Al respecto Emilio describió: “desde chiquito siempre era como que me asustaban muchas cosas [...] sentía que tenía mucho miedo [...] me daba miedo la oscuridad, la oscuridad y quedarme solo”. Sin embargo, en su discurso Emilio hace alusión a un miedo excesivo: “mucho miedo, muchas cosas”. Ahora bien, algo que podría considerarse atípico es la reacción descontrolada ante esta emoción, y aunque ésta es

subjetiva y va a depender de los recursos personales de los niños y de las creencias que tienen sobre el mundo, es importante estar atentos a los diferentes signos de alerta ya que el miedo excesivo podría generar ansiedad en los menores.

Para Lazarus (2000), la ansiedad es una emoción que se experimenta cuando la persona se siente insegura en el entorno y se caracteriza por la aprehensión, la incomodidad y la preocupación. Este desasosiego se acompaña de pensamientos exagerados, recurrentes, irracionales y pesimistas que el niño o niña son incapaces de controlar (Gold, 2006).

La ansiedad es un fenómeno multicausal en el cual intervienen factores genéticos, los recursos personales del menor, los estilos de crianza parental, la historia de vida, las relaciones familiares y el entorno (Ochando y Peris, 2017). Para su estudio, diagnóstico y tratamiento, la ansiedad ha sido clasificada en varios subgrupos (APA, 2014a). La ansiedad por separación es el miedo que presenta el niño o adolescente cuando se aleja de sus padres, madres y/o cuidador principal. Esta emoción suele acompañarse de pensamientos catastróficos en los que a la persona ausente le sucede algo malo (fallecimiento, enfermedad, robo, secuestro). Como resultado de este sentimiento, el niño y el adolescente se niegan a salir de la residencia familiar y tiene miedo de quedarse solos o dormir solos, dado que pueden tener pesadillas (Ochando y Peris, 2017). Las características de la ansiedad por separación coinciden con la experiencia de Emilio, quien platicó:

Siempre pensaba ¿qué pasa si fallece mi mamá o si fallece mi hermana o de qué...? Cuando fue la época de la inseguridad me ponía a pensar... imagínate que a mi mamá le pasa algo y me ponía a llorar de que ¡ay no!, ¿qué pasaría si? [...] Desde la primaria pensaba ¿cómo está mi mamá? ¿qué le está pasando? [...] Yo todos los días la esperaba, ella salía hasta las 9 de la noche de trabajar y llegaba a las 10:30, o sea, yo la esperaba todos los días. ¿Cómo te fue? Y si se pasaba de que la hora, de volada le estaba marcando.

En la narrativa de Emilio se observa cómo él imaginaba eventos desafortunados y cómo sus miedos transitaron hacia la ansiedad a su corta edad. Es importante destacar que la ansiedad por separación provenía de la ausencia física de su madre y hermana, quienes por motivos laborales no estaban

en casa. Él narró: “mi mamá siempre se iba de mañana, mi mamá trabajaba [...] Mi hermana siempre, desde que yo estaba en primaria, ha trabajado”. Por lo anterior, nunca se dieron cuenta de que Emilio estaba pasando por momentos de miedo, angustia y ansiedad en soledad.

Cuando los niños pasan mucho tiempo solos crecen sin una “figura de referencia”. No tienen con quien compartir actividades básicas como comer, platicar o inclusive a quien imitar, situación que a largo plazo afecta su desarrollo emocional (Giménez y Pérez, 2018) ya que no existe ningún adulto que pueda regularlos emocionalmente ni percatarse de sus necesidades. Derivado de lo anterior, Emilio genera sus propias estrategias de afrontamiento y le da un manejo inadecuado a su ansiedad. A pesar de su corta edad, él busca la forma de cansarse para poder dormir y así poder evitar sus miedos pero, además, encuentra un manejo no adecuado en la bulimia.

## **La bulimia en la infancia**

La bulimia es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza porque la persona que la padece consume constantemente grandes cantidades de alimentos y después, realiza acciones compensatorias para expulsar la comida ingerida. La alternativa más conocida es el vómito, sin embargo, también se utilizan laxantes, diuréticos y otras prácticas, como el ayuno y el ejercicio extremo (APA, 2014a).

Los trastornos alimenticios se relacionan con la percepción de la imagen corporal y, aunque están acompañados de la pérdida del peso, su desarrollo es multifactorial, peligroso, común y en ocasiones difícil de percibir por los padres, madres y/o cuidadores principales, situación que puede retardar el diagnóstico y tratamiento y, por consiguiente, generar efectos adversos en la salud física y mental de quienes los padecen (Ruiz, 2022). La alteración en la alimentación lleva implícitas consecuencias multiorgánicas: en las mujeres la amenorrea y, en ambos sexos, el “hipogonadismo hipogonadotropo, hipotiroidismo, las alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicas, hematológicas, vómitos, disminución de la masa ósea y riesgo de fracturas óseas” (Muñoz y Argente, 2019, p. 295).

Las conductas compensatorias impiden al cuerpo obtener los nutrientes

necesarios para su desarrollo, por tanto, en la infancia las alteraciones físicas están asociadas al bajo peso y estatura (Muñoz y Argente, 2019), tal como sucedió con Emilio, quien contó: “de pequeño tenía muchos problemas con el peso, todo eso fue más que nada en primaria, tenía anemia [...] Siempre fui el primero de la fila, el más chiquitito [...] en la secundaria medía 1.48 y pesaba como 30 kilos, estaba muy flaco”.

Se considera que la prevalencia de los trastornos alimenticios está asociada a la autoestima y que, en su mayoría, las niñas y adolescentes —mujeres— que la padecen, lo hacen para obtener una pérdida de peso y, por tanto, para mejorar su autoestima corporal. Sin embargo, la bulimia nerviosa en la infancia se presenta sin diferencias de género cuando el niño o la niña no tienen la capacidad para regular sus emociones, es decir, sus recursos personales no están completamente desarrollados y pueden comenzar conductas dañinas, que les funcionan en el corto plazo, pero alteran su organismo físico, psíquico y mental (Doncel *et al.*, 2023). Emilio explicó los motivos por los que la bulimia fue un paliativo que le permitía dormir y dejar de pensar; él explicó: “vomitaba cuando comía y... lo hacía consciente, y creo ahora que era más que nada por lo mismo, para cansarme, o sea hacer eso cansa porque pues sueltas todo. Hacía eso y me cansaba, me bañaba y me dormía, era una rutina [...] si no hacía eso eran pastillas.

Emilio buscó diversas formas para afrontar sus emociones y lo que éstas le hacían sentir. Así, otra de las estrategias inadecuadas que utilizó fue la ingesta de medicamentos para poder dormir y, con esto, dejar de sentirse mal. Evidentemente, estos recursos son temporales y no solucionan el problema que causan estas emociones. En el mundo, la automedicación es una práctica común, pero inadecuada, que las personas utilizan cuando sienten dolor o malestar. Ingieren uno o varios medicamentos de venta libre para tratar los síntomas y/o alguna enfermedad autodiagnosticada. Es una práctica de los adultos hacia los niños o las personas de la tercera edad (Virú-Loza, 2017). Sin embargo, en el caso de Emilio, él desde niño comenzó con la automedicación, él describió: “también tomaba pastillas, a los 8 años, para dormir. Bueno, no para dormir, para no sentirme mal. Me sentía mal y quería dormir, o sea, no, no lo hacía con la intención de dormir, sino de no sentirme mal. Me sentía mal por mi estatura, por mi peso y por mi físico”.

La escuela es un espacio en el cual se generan múltiples comentarios con relación a las características físicas de los niños y adolescentes. Al respecto, Bautista-Díaz *et al.* (2019) explican que, en el espacio de la psicología social, estas prácticas son estigmatizantes y aluden al reconocimiento de rasgos que devalúan o degradan a la persona, generándole una imagen negativa y/o repercutiendo en su autoestima. En ese orden de ideas, Emilio reconoció que, en realidad, no se sentía mal por su peso y talla, sino porque había un reconocimiento social negativo de su persona y narró: “siempre había, ahorita sí lo veo, veo que era no tal cual un comentario destructivo, sino comparativo con otra persona, que decían como que: ay, estás muy flaquito”, expresiones que para él eran estresantes. Esto evidentemente repercutió en su autoestima y rendimiento académico; él contó: “siempre sentía como que me hacían para un lado por eso, porque era el más chaparrito [...] Era bueno para unas cosas, pero como que eso me orilló a no prestarle mucha atención a la escuela porque mi mamá siempre se iba de mañana, o sea ella, no se daba cuenta si iba o no”.

Como se ha podido observar, las emociones reconocidas por Lazarus (2000) como existenciales, entre las cuales se encuentra el miedo, pueden ir en aumento hasta llegar a la ansiedad y, al acompañarse de otros eventos estresantes, generar conductas de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria o situaciones que disminuyen los recursos personales como la baja autoestima y la falta de apoyo social. A estos elementos se suman las relaciones de pareja comunes en esta etapa que pueden fungir como un factor protector, pero también como uno estresante, tal como se analiza a continuación.

## **Las rupturas de pareja y su incidencia en las conductas de riesgo**

La adolescencia es una etapa en la cual las personas experimentan cambios internos y externos, vinculados con el crecimiento físico y emocional. Tienen a ser más independientes y comienzan a relacionarse más con sus pares. Esta convivencia puede generar que las y los adolescentes se sientan atraídos por otra persona con la cual comparten actividades educativas y/o de esparcimiento, e iniciar una relación de noviazgo que les permitirá continuar

conociéndose (Fonde de Población de las Naciones Unidas para la Infancia [UNFPA], 2013), tal como sucedió con Emilio, quien platicó:

En segundo había una persona que yo decía ¡ah, se me hace bonita! pero se me hacía como que era mucho para mí, o sea mucho para mí en el aspecto de que era inteligente, era cumplida, era, o sea, a mí se me hacía muy, como que muy especial [...] En tercero ella me empezó a hablar, salimos y me tardé mucho en preguntarle si quería estar conmigo, salimos tres meses o algo así, pero de que ya nos conocíamos desde segundo y luego anduvimos duramos un año y medio y terminamos.

Por lo regular, en la adolescencia las relaciones de pareja o noviazgo son temporales. Esto no significa que no exista el amor en esta etapa o que los procesos de separación no sean difíciles ni dolorosos, por el contrario, para la parte que no decide terminar la relación es un evento estresante. Barajas y Cruz (2017) explican que, después de la muerte de un ser querido, la ruptura amorosa es el segundo evento más estresante en la vida de las personas; dado que, además del estrés, la persona experimenta otras emociones que llegan a generar alteraciones en su salud física y mental. Evidentemente, el efecto y la duración de este malestar por la ruptura dependerá, al igual que todos los demás procesos emocionales, de los recursos personales, el apoyo social, el medio y la capacidad de afrontamiento del adolescente.

Horno (2018) explica que, además de lo anterior, el vínculo de afecto positivo que los adolescentes hayan construido en su relación, es otro elemento que incide en el proceso de duelo, debido a que cuando dos personas construyen este lazo a través del respeto, la reciprocidad, el compromiso, la apertura emocional y el tiempo, se genera una relación vincular, es decir, hay una disposición ambivalente de estar y compartir no solamente con la pareja sino también con su entorno —familia y amigos. Dentro de la relación esta convivencia es favorable porque permite una mayor apreciación de la persona pero, cuando se termina, el proceso de duelo puede ser más complejo, ya que la persona no solamente pierde a la pareja, sino también a la familia y en ocasiones a los amigos, situación que podría complicar el proceso de duelo. Lamentablemente esto sucedió con Emilio, quien explicó:

Me hice muy amigo de dos personas en la secundaria y era de que frecuentarlos diario, todos los días, Me hice muy dependiente de ellos en cuestión de que, así... como jugábamos videojuegos, si no jugaba con ellos o si no platicaba con ellos por mensajes no me sentía bien, no me sentía bien, sentía que tenía que hacer algo. Después, un amigo empezó a andar con una amiga de ella, de mí ahora exnovia. Se empezó a distanciar todo cuando terminamos, se fueron amistades porque me di cuenta que no eran amigos míos y, sino, que eran amigos de ella.

La historia de Emilio permite observar que desde pequeño tuvo un apego ansioso con su madre y hermana (Bowlby, 1986). Este autor afirma que el apego es un proceso natural e instintivo, dado que el niño está buscando a la persona con la cual se siente seguro y protegido, mientras ésta se encuentra ausente y “la respuesta natural e inevitable es la ansiedad por separación (p. 112). El primer apego que tiene el ser humano es con su madre, padre y/o cuidador principal, sin embargo, cuando la persona durante la infancia creció con un apego inseguro, conforme crece desarrolla nuevos apegos puesto que continúa buscando el afecto de la figura que ha perdido. Este apego se puede intensificar cuando el individuo se siente en riesgo. Emilio contó que él se hizo dependiente de sus amigos, ellos lo hacían sentir seguro y cuando por alguna razón no lograban comunicarse, Emilio empezaba a sentir ansiedad y, para calmarse, buscaba estar en contacto. Los vínculos y los apegos son importantes en la vida de las personas, sin embargo, cuando se dan a través de la necesidad se genera dependencia (Horno, 2018). Emilio describió: “creo que siempre fui de, de buscar como, no atención, sino como cariño, porque eso sí lo reconozco y ahorita lo estoy viendo con la psicóloga”. Sin embargo, en esa época Emilio no tenía los recursos personales para observarlo y afrontarlo, por lo que tuvo una tristeza profunda que lo llevó a una depresión.

## **La depresión y los trastornos del sueño**

La depresión se caracteriza por: *a)* síntomas afectivos: tristeza, enojo, culpa, inutilidad y pérdida del interés por realizar actividades cotidianas; *b)* físicos:

aumento o disminución del apetito, del sueño y de la energía; *c*) cognitivos: falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, ideación suicida e intentos de suicidio (Soutullo y Collins, 2022). Como se ha mencionado en capítulos previos, la depresión es una emoción proveniente de una pérdida, en ese sentido Emilio describió:

La depresión empezó a los 15 cuando entré a la prepa [...] empecé como que a dejar de dormir, a dejar de comer. Así como 8 o 7 meses y me sentía raro porque nunca había, o sea, terminamos en julio, no, en marzo, 13 de marzo, un jueves a las 6:00, no me acuerdo, 6:30. Llegó... terminamos y después de ahí me quedé medio solo porque nunca fui de hacer muchos amigos [...] Nunca me había pasado, siempre había sentido como que estar triste, pero nunca había pasado de que no me diera hambre o que dejara de dormir.

La inhibición del apetito —síntoma de Emilio— se presenta por una alteración en el sistema límbico —encargado de regular las emociones y el comportamiento— que afecta la sensación de saciedad. Conjuntamente, se presenta una disminución de la serotonina y, por ende, del apetito —ya que ésta se encarga de regularlo—, y los bajos niveles de esta hormona reducen la sensación de ansiedad, pero tiene graves efectos en la salud (Ayuzo-del valle, 2019). Emilio describió “empecé a dejar de dormir desde el primer día y dejar de comer, dejaba de comer tres días, cuatro días, comía pura agua, no me daba hambre”.

El sueño es un proceso biológico de máxima relevancia durante el cual, el organismo procesa funciones vitales como “la conservación de la energía, la regulación metabólica, la consolidación de la memoria, la eliminación de sustancias de desecho y activación del sistema inmunológico, por mencionar algunas” (p. 7). Por lo tanto, cuando una persona no logra conciliarlo, su organismo se deteriora y presenta cambios físicos y psíquicos (Carrillo-Mora *et al.*, 2018). El aumento o la disminución del sueño es un indicador de que el sistema nervioso central no está funcionando de manera armónica, y generalmente se relacionan con algún tipo de trastorno mental. Entre los principales trastornos del sueño se encuentra el insomnio, el despertar precoz, el sueño no reparador, las pesadillas o sueños angustiosos y la disminución del sueño (Seguel, 2013). Sobre esto, Emilio explicó: “empecé de que



con parálisis del sueño”. Él siempre intentó darle un manejo a sus eventos estresantes con los que recursos que tenía, y como podía los afrontó. En el caso de sus parálisis del sueño, él cree que puede manejarlos haciendo lo siguiente:

Una manera de evitarlo era trasnochar, o porque así dormía a ratos y no me daba oportunidad de dormir un gran tiempo, como para que pasara eso. Bueno, eso es lo que creía yo y empecé a trasnochar, y de que me dormía a las dos de la tarde y me levantaba a las 5 de la de la tarde y de ahí ya no dormía [...]

La parálisis del sueño consiste en que la persona no logra realizar ningún movimiento; se encuentra despierta, pero inmóvil. Estos episodios suelen durar segundos o minutos y presentarse de forma esporádica —una vez en la vida— o frecuente —varias veces al mes. Se considera que estos incidentes son estresantes, angustiantes y atemorizantes, y su prevalencia está relacionada con la disminución del sueño provocado por los horarios irregulares o por estrés (Carrillo-Mora *et al.*, 2018). Simultáneamente, Emilio presentaba pesadillas y, para evitarlas, se automedicaba. Así lo contó:

Encontré esa manera para evitar soñar tanto, porque era mucho también cuando quería dormir a mis horas tomar pastillas para dormir, o sea, no tal cual pastillas para dormir, pero si tomarme dos ketorolacos y un paracetamol porque si no, sentía como que no descansaba, sentía como que nada más dormía.

El manejo paliativo que Emilio le daba a sus eventos estresantes era temporal dado que, como se ha observado, cada vez la situación se tornaba más compleja. Había comenzado a los ocho años con la bulimia y a sus quince ya padecía depresión, anorexia y los trastornos del sueño. Tales malestares lo llevaron a buscar en las autolesiones una salida a su dolor emocional.

## Las autolesiones y el intento de terminar con la vida

Las autolesiones son conductas de riesgo que adoptan los individuos para disminuir la angustia, el estrés o alguna otra emoción que les genere malestar. Este recurso de afrontamiento es socialmente inadmisibile; se considera que las personas que se autolesionan tienen una baja tolerancia a los eventos estresantes y que no tienen una capacidad de afrontamiento que les permita controlar y/o regular sus emociones (Bautista *et al.*, 2022). Sin embargo, estas características no dan cuenta de todos los eventos previos a las autolesiones y de cómo la capacidad de afrontamiento de estas personas ha sido mermada por la falta de recursos personales, familiares y sociales que desaparecen cuando el niño y/o adolescente vive en soledad, un cúmulo de emociones y eventos estresantes se reúnen, tal y como se ha podido observar en el caso de los participantes y, particularmente, en el de Emilio, quien relató:

Quería saciar un dolor interno con otro externo, bueno, intercambiarlos, y porque me sentía muy triste, o sea, no muy triste. Sí no sentía, como que no dí lo que tenía que dar o como que hice algo mal. Lo saciaba con cortadas en lugares donde no se vieran. Empecé a hacer eso, nadie me vio, sólo dije: esto no está bien. Cuando, cuando ya fueron muchas veces, porque la primera, segunda vez, es como que el dolor cambia un sentimiento por otro.

Ulloa *et al.* (2013) mencionan que un porcentaje considerable de adolescentes se ha lesionado por largos periodos, sin que esta conducta haya sido percibida por la madre, padre y/o cuidadores principales. Esta situación pone en evidencia la falta de atención social y familiar que puede existir para este grupo, así como lo cuidadosos que ellos pueden ser para esconderlo, a pesar de su falta de regulación emocional. Después de que Emilio mencionó en su narrativa que las autolesiones eran una práctica recurrente, explicó:

Las cortadas al principio, sí eran diario. Después fue rutina de que, este día a la semana va a ser el peor, porque me ponía a sobrepensar las cosas. Pero yo ya

sabía que iba a pensar las cosas por... porque ese día no iba... no iba a poder como evitarlo, o sea, ese día tenía todo el día libre. No podía estar haciendo otra cosa, y sí era como que ¡ay, ya va a llegar!

La narrativa de Emilio también deja ver que estos pensamientos recurrentes son producto de la ansiedad, por lo que la depresión combinada con ésta propiciaba las autolesiones. Bautista *et al.* (2022) explican que la desregulación emocional sucede cuando la persona tiene pensamientos recurrentes sobre un evento estresante que no puede controlar y termina recurriendo a la autolesión. Además, diversos estudios muestran que las mujeres tienen más autolesiones leves y los hombres más autolesiones severas; por consiguiente, este grupo es el que busca apoyo ya que llega a ser consciente de que su vida está en riesgo. En la etapa de la adolescencia buscan apoyo social de sus amigos. Al respecto Emilio platicó: “Le pedí a un amigo que sabía de eso... le dije, ¡hey! ¿no sabes de un psicólogo o algo así? [...] Cuando dije: voy a ir al psicólogo, fue cuando las pastillas ya no me hacían, y cuando ya tenía como que conciencia de que lo que estaba haciendo con mi cuerpo”.

Actualmente se ha incrementado la oferta de los servicios de atención a la salud mental, sin embargo, para poder acceder a ellos hay que cumplir con ciertos requisitos. El primero es ser mayor de edad, estar inscrito en una escuela que dé el servicio de forma gratuita, tener prestaciones médicas (IMSS, ISSSTE, SEDENA) o ingresos suficientes para pagar un médico particular. De este modo, Emilio explicó: “busqué como que primero cómo pagarle a la persona (se refiere a la psicóloga), pero siempre era como que hay que tener consentimiento, tienes que mandar la foto de tu INE”, documento que no tenía porque no era mayor de edad. No obstante, durante la pandemia por covid-19 hubo un aumento en la atención a la salud mental. Esto coincidió con los eventos estresantes de Emilio y él aprovechó la oportunidad para acceder a una terapia, así lo describió:

Busqué unas terapias gratuitas que no pedían tanta información. También cuando lloraba mucho era mucho de hiperventilar y ahí me ayudó a razonar y a, más que nada, a dejar eso, eran por solamente por llamada y empecé a hacer eso. Después me daban como consejos, de que, si te pones la mano acá

y empiezas como a respirar así, puedes no evitar la hiperventilación, sino más o menos a controlarla, y así fui dos meses.

Sin embargo, antes de esto, Emilio tuvo un fuerte desborde emocional provocado por la ingesta de medicamentos, la depresión, la ansiedad y las autolesiones, situación que lo llevó a intentar terminar con su vida.

## **El intento de suicidio**

El suicidio es un fenómeno en el que la persona busca terminar con su vida. Podría decirse que forma parte de un proceso en el cual intervienen los pensamientos suicidas, la planificación, la ejecución y la consumación del acto (Dávila y Luna, 2019). Sin embargo, hay autores que afirman que un evento estresante puede hacer que la persona, sin haberlo planificado, llegue a la ejecución o por el contrario, alguien que lo ha planificado nunca llegue a ejecutarlo, por lo que el riesgo de suicidio siempre está presente. En el plano internacional, el suicidio ha estado entre las primeras causas de muerte de todos los grupos etarios, pero en mayor medida de los adolescentes. Existen factores de riesgo para las conductas suicidas como la presencia de uno o más trastornos mentales, el consumo de sustancias, la edad, el sexo y la falta de recursos personales (Dávila y Luna, 2019). En ese sentido, Emilio narró: “si lo llegué a pensar, en terminar con mi vida y solamente tuve un intento y ya [...] Fue de que ¡ay, me siento muy insuficiente! No estoy rindiendo ni en la escuela ni en mi casa, y aparte todavía tenía esa presión de que yo hice algo mal o por qué no pude cambiar”.

El suicidio en los adolescentes es un fenómeno presente en cualquier sector socioeconómico. No distingue entre un país desarrollado o no desarrollado, por el contrario, es un hecho que atraviesa a la sociedad en general: familiares, amigos, comunidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). Las formas en las que los adolescentes intentan quitarse la vida son variadas, sin embargo, cuando ya ha habido un intento, lo importante es entender qué pasó de forma previa, para poder identificar nuevas conductas de riesgo y así evitar que otros adolescentes intenten terminar con su vida. Emilio contó que había sido un día difícil como muchos otros, pero el detonante

fue la combinación de sustancias que lo llevaron a “desconectarse”, a perder el control de sí mismo y de la realidad. Así lo explicó:

Fue con un cincho y se rompió el cincho. Traté de ahorcarme, no estaba pensando, ese día tomé muchas pastillas, tomé un jarabe para la tos, combiné muchas cosas y alcohol. Ese día... todo el día lloré, todo el día y toda la noche, y pues no le veía mucho, mucho, no me veía mucho futuro porque no conocía más cosas. No sabía que había otras cosas. Ahorita de repente lo pienso, pero pues se me olvidó [...] no estaba pensando, estaba en automático, me desconecté...

Afortunadamente el intento de suicidio de Emilio fue fallido y actualmente él se encuentra bien, tiene recursos personales que le permitieron llegar a donde está ahora, afrontar su malestar y sobrevivir a una serie de eventos estresantes. Es importante mencionar que, durante la entrevista, se le preguntó sobre las razones por las cuales no habló con su madre de sus emociones y trastornos, y él respondió:

No estoy diciendo que no me ponga atención, pero sí es como que me sobrepregaba mucho en primaria. No me dejaba salir a la calle [...] pero había momentos donde mi mamá sí se daba cuenta de que estaba llorando y me decía: “oye, ¿qué pasa?” Y nunca le decía en realidad qué pasaba por pena, porque, siendo sincero, mi mamá siempre me ha apoyado.

En la actualidad, la dinámica familiar ha cambiado y la mayoría de las madres, padres y/o cuidadores principales se encuentran inmersos en el mundo laboral y con todo lo que éste lleva implícito —estrés y falta de tiempo—. Pero esta falta de cuidado hacia los grupos en vulnerabilidad, como niños y adolescentes puede traer graves consecuencias. No solamente la pérdida de la vida sino el desarrollo de enfermedades que perduran en la adultez y pueden generar malestar recurrente e inclusive algún tipo de discapacidad.



## 11. La soledad en la vida de Luisa

*No importa cuántas amigas yo tenga, no importa si son muchas o son pocas, yo me siento sola, me siento vacía e incluso teniendo gente a mi alrededor, yo me siento muy sola...*

La soledad es una emoción, en general, conocida y entendida por la sociedad, lo que ha hecho que sea poco conceptualizada y estudiada académica y empíricamente. Sin embargo, la Real Academia Española (2023e) la define como la “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” (párr. 1) y agrega que la persona, además de sentirse sola, siente pesar y melancolía debido a la ausencia de algo o alguien. A pesar de lo anterior, estar solo no solamente hace referencia a la presencia o ausencia física de cierta persona, sino que tiene una connotación llena de subjetividad, ya que la persona puede llegar a sentirse sola estando rodeada de amigos y/o familiares, por lo tanto, esta emoción proviene de una ausencia real o percibida. Desde cualquiera de las dos conceptualizaciones, la soledad es una emoción estigmatizante, esto hace que las personas no expresen abiertamente que están o se sienten solas porque esta emoción viene acompañada de sentimientos de vergüenza o estados de aislamiento (Carvajal-Carrascal y Caro-Castillo, 2009).

Los cambios en la estructura familiar, como el aumento de familiares monoparentales, de las parejas de doble ingreso, de la migración y de la disminución del número de hijos, aunados a las dinámicas laborales del padre, madre o cuidadores principales, han hecho que cada vez más niños y adolescentes crezcan con necesidades emocionales y sociales vinculadas a la soledad (Ayuntamiento de Barcelona, 2021). Esta emoción puede llevar a los adolescentes a involucrarse en relaciones interpersonales de riesgo, ya sea con amigos o parejas, y generar una dependencia emocional producto

de las demandas emocionales que no han sido cubiertas. Este tipo de vínculos, por lo regular están acompañados de otras emociones como el miedo al abandono, la ansiedad, tristeza y/o depresión (Urbiola *et al.*, 2019). Tal fue el caso de Luisa, quien contó: “tuve una relación a los 15 años, duró muy poco, nada más dos meses, pero como que sí me afectó demasiado, o sea, como que yo, o sea, bueno, es que la adolescencia, pues uno como que dice que está enamorado, pero no es cierto, pero siempre lo tomé muy a pecho”.

En la adolescencia, las emociones son intensas, por tanto, es común que se sienta amor por otra persona con la cual se genera un vínculo de reciprocidad. Sin embargo, es normal que en esta etapa las relaciones también se rompan y se presente el desamor acompañado de un proceso de duelo, en el cual el adolescente transita por diversas emociones como la negación, tristeza, ira y, por último, la aceptación. Pero si el adolescente no vive este proceso o se mantiene en alguna de las etapas, se suman otras emociones como la culpa y la desvaloración (Horno, 2018). En relación a esto Lazarus (2000) explica que, después de experimentar una pérdida, las personas se sienten indefensas, sensación que les impide recuperarse y retomar el control sobre su vida: porque a la tristeza se le suman otras emociones existenciales o desagradables que, lejos de contribuir al bienestar de la persona, lo merman. Las emociones que acompañan a la tristeza, dice Lazarus (2000), son “emociones de lucha contra el propio destino” (p. 249), entre ellas está la desesperación, la ansiedad, la ira o la culpa. Al respecto, Luisa narró cómo se sintió:

Me sentía decaída, triste, sola, reemplazable, porque cuando terminamos, o sea, él me dejó a mí y, poco tiempo después, ya estaba con alguien más. Entonces yo me sentí como que fue un reemplazo, o sea, yo simplemente sentí como que no era nada. Entonces dije, no es que no valgo como persona y el drama de adolescente, pero así fue, cuando yo me sentí muy decaída y como que me comencé a aislar.

Conjuntamente, Lazarus (2000) explica que las personas que sienten tristeza han sufrido una pérdida irreparable, emoción que se da durante el período conocido como duelo. Sin embargo, cuando la tristeza sobrepasa las capacidades para cambiar el significado relacional que le da al evento



estresante, ésta se convierte en depresión. Luisa expresó: “entonces cuando terminé la relación fue cuando yo me comencé a deprimir y pues sí, fue a los 15 años y cuando tuve el diagnóstico de depresión fue a los 17 años”.

La American Psychiatric Association (APA, 2014a) explica que la depresión puede ser leve, moderada, grave, con características psicóticas, en remisión parcial o total y dependerá de la cantidad y frecuencia de los siguientes síntomas: la persona 1) se siente triste, vacía y sin esperanza la mayor parte del día; 2) ha disminuido su interés por las actividades cotidianas; 3) ha perdido o ganado peso en el último mes; 4) ha tenido alteraciones en el sueño —duerme mucho o no duerme—; 5) ha presentado cambios en su movilidad; 6) se ha sentido cansada, fatigada y sin energía; 7) ha tenido sentimientos de culpa o inutilidad de forma exagerada o inadecuada de forma recurrente; 8) ha tenido dificultad para actuar, pensar o concentrarse; 9) ha tenido ideación suicida o intentos de suicidio.

La mayoría de las personas a lo largo de su vida han sentido algunas de las características mencionadas en el párrafo anterior, y con el apoyo de sus recursos personales y redes sociales han podido afrontar la situación. Pero cuando estas emociones se agudizan y la persona no cuenta con redes sociales para afrontarlas —amigos, familia, redes sociales y/o institucionales—, se puede considerar que está en riesgo, ya que la depresión genera malestar y afecta el rendimiento cognitivo de las personas (Ayuntamiento de Barcelona, 2021). Adicionalmente, Lazarus (2000) enfatiza que la valoración y el manejo que la persona le da al evento estresante dependerá de sus creencias sobre el mundo, sobre sí mismo, el apoyo social y los recursos personales. En el caso de Luisa el evento estresante fue la ruptura de su relación; además de eso, ella termina su educación media e ingresa a la educación media superior, lo que la lleva a vivir dos cambios importantes en corto tiempo. Ella explicó:

Después pasé de la secundaria a la preparatoria y eso fue muy drástico para mí, porque ya no tenía las mismas amistades. Era un ambiente totalmente distinto y fue cuando yo comencé a sentirme sola, me sentía vacía y no, la verdad sí, sentí la pérdida de gusto a cualquier cosa, hacía algo, pero lo hacía nada más por obligación ¿no? Porque era la costumbre, pero fue cuando yo me comencé a sentir distinta y distante a los demás.

El manejo que la persona le dé al evento estresante, en este caso la ruptura amorosa, dependerá de sus estrategias de afrontamiento. García *et al.* (2020) señalan que, al término de una relación, las personas que son capaces de expresar sus sentimientos de tristeza, miedo e inseguridad, presentan mayores y más rápidos niveles de bienestar, dado que la comunicación facilita la regulación emocional y el acompañamiento la resignificación del evento estresante. En cambio, cuando la persona inhibe sus emociones, éstas le generan pensamientos, comportamientos y sensaciones intensas producto de la contención emocional, la cual se acompaña de pensamientos recurrentes sobre el evento estresante. Estos pensamientos hacen que la persona mantenga de forma constante la tristeza y, por ende, la depresión. Tal como sucedió con Luisa, quien contó:

Entré a la preparatoria y lo único que hacía era enfocarme en los estudios y no tenía tiempo para nada más. ¿Y yo?, o sea, yo ya no existía, no tenía vida social, no salía, no, no, no hacía nada. Simplemente era escuela, escuela, escuela, pero era lo único que yo hacía para distraerme y poder guardarme esa emoción y, y así, simplemente intentando olvidarlo. Lo único que hacía era, era retenerlo y me di cuenta que, cuando ya pasaron los años, me hizo daño eso, fue peor retenerlo a simplemente dejarlo ir.

Uno de los síntomas de la depresión es el llanto. Sin embargo, este se encuentra presente a lo largo de la vida del ser humano. En etapas iniciales de la vida sirve para comunicar que se tiene hambre, frío o malestar. En momentos posteriores del crecimiento, el llanto le indica al cerebro que el individuo siente dolor físico u otras emociones como la frustración, la angustia, el miedo, la ira o la tristeza. El llanto es una respuesta fisiológica que tiene una función tranquilizadora, dado que cuando la persona llora, su cerebro libera endorfinas y, con ellas, una sensación de calma, aceptación, esperanza y confianza. Además, cuando un individuo llora, su cerebro se encarga de debilitar la emoción o sensación que causó el dolor físico y/o emocional (Guzmán, 2021). A pesar de lo anterior, Maldonado (2007) explica que el llanto es una expresión motivadora y, en ocasiones, perturbadora, por lo que las personas, en la mayoría de las ocasiones, tienden a contenerlo, regularlo o disimularlo.

Otro de los efectos de la depresión es el llanto recurrente, en ese sentido Luisa describió: “yo despertaba y estaba sola, entonces en la noche lloraba”. Lazarus (2000) afirma que, cuando las personas están deprimidas, se sienten indefensas. Por tal motivo su cuerpo busca protegerse. Luisa continuó y expresó: “[...] Y así yo solita hecha bolita en el sillón, o si no, me iba al baño a llorar en silencio. Entonces este, pues las veces que he llorado, pues siempre ha sido a escondidas, o sea, no se dan cuenta y sí, luego tengo la cara hinchada, pero, este, pues ni modo”.

Luisa estaba sola y aun así se escondía para poder llorar. Ella de manera reiterativa comentó en sus narrativas su estado de soledad, y en éstas se aprecia que en realidad lo estaba y que, a pesar de dar señales físicas como la hinchazón de la cara por llorar, estas no eran percibidas por su familia pese a que Calixto (2018) explica que el llanto es una emoción que genera empatía en las personas que lo observan, y el acompañamiento o las expresiones afectivas como los abrazos pueden contribuir de forma considerable a la contención y regulación emocional y, por consiguiente, a mitigar la tristeza. Por el contrario, la indiferencia genera que la emoción se agudice debido a que, en este caso los niños y/o adolescentes, consideran que sus emociones o lo que les pasa no es importante para nadie. Esta actitud de indiferencia que los padres muestran frente a las emociones de los hijos se asocia con graves problemas como la delincuencia, agresividad, ansiedad, depresión, conductas de riesgo e ideación suicida (Gracia *et al.*, 2005).

La depresión trae consigo consecuencias importantes en la vida familiar, educativa y social de la persona que la padece. La ENSANUT (2022, como se cita en Vázquez-Salas, 2023) reportó que 15.6% de la población adolescente presentaba problemas para dormir y 9.2% en ocasiones no dormía. Conjuntamente, este grupo poblacional expresó que les cuesta trabajo realizar actividades: 4.1% dijo que “todo el tiempo”, mientras que 5.4% contó que la “mayoría del tiempo” o “un número considerable de veces”; 7.8% manifestó que “rara vez” o “nunca” habían disfrutado de la vida.

No hay duda de que la depresión trastoca la vida de las personas, generando en ellas malestar e incapacidad. El estado de ánimo es afectado además del sueño y la alimentación, mientras que el cansancio y la fatiga toman el mando. El aislamiento se hace presente y sin darse cuenta, la persona

comienza a perder momentos y etapas importantes de la vida. Al respecto, Luisa contó: “De repente, yo no tenía ganas de hacer nada, o sea, no me quería levantar del sillón o no quería moverme, o sea, y a veces mi mamá decía, ay, vamos a quedar con... con tu tía o con tu abuelo y yo no quería y nada más iba por pura obligación. Pero no disfrutaba estar ahí”.

Conjuntamente, la depresión viene acompañada de conductas de riesgo como el consumo del alcohol u otras sustancias, autolesiones, ideación suicida y en algunos casos de intentos de suicidio. Ulloa *et al.* (2013) señalan que existen diversos estudios con adultos y adolescentes que muestran una relación significativa entre la depresión y la ansiedad con las conductas autolesivas, debido a que éstas últimas son una forma de regulación emocional. Ahora bien, tras la ruptura amorosa y la falta de acompañamiento familiar, Luisa siente cómo la depresión y el dolor se intensifican y aparecen las autolesiones, la ideación suicida y los intentos de terminar con la vida.

## Las autolesiones y el estilo parental

El *cutting* es una de las formas más utilizadas por los adolescentes para autolesionarse. Estudios como el de Belletich *et al.* (2019) consideran que esta forma de autolesión, a diferencia de las otras, tiene una asociación directa con el estilo parental hostil y agresivo en el que el niño y/o adolescente, lejos de encontrar apoyo, solidaridad y empatía en su sistema familiar, encuentra críticas, gritos, peleas y una serie de actitudes negativas hacia su persona y personalidad. En ese sentido Luisa describió:

Ellos sí supieron que tenía novio y luego pues, fue muy poquito lo que duró. Pero duró más la burla que me hacían, siempre hablaban de él y siempre me lo estaba recordando. Y yo jaja, lo tomaba como chiste, pero era como, ay, es que sí me siento mal, pero no se los decía porque em... no sentía, o sea, no sentía como esa confianza, o no sentía que era como un ambiente seguro como para yo compartir mis emociones. Lo que más les importaba era que me fuera, me fuera bien en la escuela, y pues yo como sacaba puro 90, puro 100, puros 80, y ya con eso mi mamá tenía suficiente.

Gracia *et al.* (2005) explican que la conducta parental se ha dividido en dos dimensiones, una vinculada a la aceptación, al amor y al afecto hacia los hijos y otra con el rechazo. Para su estudio, el rechazo se divide en tres ejes de análisis, el primero se da por medio de las conductas hostiles y agresivas, el segundo con actitudes de indiferencia y negligencia y, por último, a través del rechazo indiferenciado. Independientemente de la forma de rechazo, cualquiera tiene efectos perjudiciales en el bienestar de los menores. Conjuntamente, Canals y Arijá (2022) señalan que los niños y/o adolescentes que reciben de sus padres actitudes o comentarios que los critican, crecen con inseguridades y baja autoestima, emociones que pueden incrementar el riesgo de desarrollar conductas autolesivas, consumo de sustancias, trastornos alimenticios o algún trastorno mental. Luisa relató:

A veces hacen comentarios sobre, sobre mi cuerpo o bueno, primero sobre mi cuerpo comenzaron a decir: no, es que te ves como que un poquito más rellenita o se te ve la cara un poco más redonda y, o simplemente, directamente decían, ¡ay, te ves gorda!, ¡estás gorda! o comes mucho. Comía menos y era como que ¡estás muy delgada! ¡debes comer más! ¡estás muy gorda, deberías comer menos! Y luego por la carrera, y luego porque no salía, y que no tengo novio, y que no voy a conseguir nada si no salgo de la casa y así...

Los comentarios negativos reiterativos generan malestar emocional. En este proceso la ansiedad se hace presente y la persona no puede abandonar los pensamientos que evocan sentimientos desagradables (Fleta, 2017). Estas emociones hacen que las personas pierdan el control y busquen recuperarlo a través de las autolesiones. Es importante destacar que existen dos tipos de autolesiones: las no suicidas utilizadas para mitigar el dolor emocional y las autolesiones suicidas vinculadas a la motivación o intención de quitarse la vida (Ministerio de Sanidad, 2022).

Es importante resaltar el ciclo de vulnerabilidad emocional en el cual está inmersa la autolesión: *a)* inicio, en donde la persona presenta un momento de tristeza, angustia y desesperanza que se acompaña de otros estímulos como el llanto y la desesperación que hacen que busque una salida a esas emociones a través de la autolesión; *b)* el momento crítico, en el que el sufrimiento emocional se transforma en un dolor físico que logra tranquili-

zar a la persona y c) el fin, en donde resulta relevante enfatizar que, durante estos episodios, la persona puede llegar a perder el control. Luisa refirió:

Era más que nada un impulso, porque era un momento donde yo no era racional, no lo pensé, no lo, o sea, no lo pensé. Simplemente fue algo que se me vino a la mente y fue un impulso y simplemente lo hacía y ya. Después de que eso pasaba, era cuando yo era así, comenzaba a pensar y decía pues no, porque lo hice si me duele. Y a veces sí llegaba a sangrar, o sea, no era tan profundo como para lastimarme tanto, pero sí llegaba a sangrar.

Como se aprecia en la narrativa de Luisa, sus autolesiones no tenían la intención de infligirse un daño físico, simplemente lo hacía por impulso, para mitigar la desesperación que sentía ante algún evento estresante. Sin embargo, en la narrativa siguiente ella sí hace alusión a un deseo de morir. Ante esto, Vázquez-Salas *et al.* (2023) explican que una persona puede transitar entre las autolesiones no suicidas y las autolesiones con intención suicida, es decir, aquellas que se realizan con la intención de quitarse la vida. Por tanto, no se debe minimizar ninguna autolesión por mínima que parezca. En cuanto a esta situación, Luisa describió:

Comencé a llorar, estaba llorando, pero sentía un coraje, sentía... fue un día... un día así normal que yo, o sea, sentí cosas, sentí demasiadas cosas. Me sentía muy abrumada y comencé a llorar y yo decía ¡ay no, es que no ya no quiero vivir... no soporto esto! Y como que también me enojé conmigo misma y entonces, este, pues agarré unas tijeras y me comencé a cortar y ya después de que se me pasó dije: ¿por qué lo hice?

A pesar de que la narrativa de Luisa concluye con una expresión de arrepentimiento, su depresión hace que continúe su malestar generalizado y su deseo de morir es persistente. Jacobo *et al.* (2020) afirman que estos pensamientos están asociados a la voluntad de estar bien, pero no saber cómo. Lazarus (2000) explica que, ante un evento estresante o episodios que se salen de control, un profesional de la salud debe determinar las condiciones en las que se encuentra el paciente, es decir, si es una crisis temporal resultado de un trauma o una conducta anormal —trastorno o en-

fermedad mental— que demande otro tipo de intervenciones. En ese sentido, Luisa no contaba con recursos personales que le permitieran afrontar sus emociones y estaba consciente de que la situación la estaba sobrepasando, por lo que buscó apoyo social con su madre para poder asistir a terapia, y platicó:

Le dije a mi mamá de que no, pues quiero ir con una psicóloga, pero ella me preguntó qué me pasaba y cuando yo intenté explicarle, simplemente me detuvo hasta ahí y no, como que no quiero saber más, o sea, puso sus límites. Ella siempre ha sido de poner límites conmigo, que me dice: yo soy tu mamá, no soy tu amiga, hay que poner límites.

La comunicación intrafamiliar es importante para la sana convivencia, dado que a través del diálogo se transmiten discursos y emociones que permiten el establecimiento de normas, acuerdos y, por consiguiente, la cohesión familiar. Cuando un niño y/o adolescente establece buena comunicación con su padre, madre y/o cuidador principal, encuentra la seguridad, tranquilidad y confianza que le darán la oportunidad de desarrollar habilidades para el manejo adecuado y controlado de sus emociones (Suárez y Vélez, 2018). Así, el apoyo social tiene una influencia positiva en la persona que lo recibe y negativa en la que lo carece. En la infancia y adolescencia estos vínculos sociales son determinantes, sobre todo en el área de la salud emocional, puesto que las emociones se conectan con las relaciones que construimos con los demás (Lazarus, 2000).

## **La complejidad de la psicoterapia**

A pesar de los límites que la madre de Luisa pone en su relación, ella aceptó que su hija asistiera a terapia y absorbe los gastos que ésta lleva implícitos. La psicoterapia es un tratamiento en el cual la persona que presenta un malestar emocional trabaja de forma colaborativa con un psicólogo para identificar eventos estresantes y modificar el comportamiento que impide sentirse bien y desarrollar todas sus habilidades. Por lo regular, las personas acuden a terapia cuando presentan alguna crisis que les impide realizar sus

actividades cotidianas, por lo que solicitan atención y acompañamiento (Lazarus, 2000).

Ahora bien, el mismo autor señala que la mayoría de los casos en los que el estrés genera emociones incapacitantes como la ansiedad y/o tristeza/depresión, es porque la persona ha experimentado un problema recurrente y crónico, y la falta de atención de éste lleva al límite de sus recursos personales. Por lo anterior, es importante identificar el manejo que la persona le ha dado al evento estresante y cómo en éste se relaciona su cognición, motivación, emoción y miedo, elementos que influyen en su adaptación o inadaptación. Por ello, Lazarus (2000) expone cuatro formas de influencia, la primera se da cuando “las emociones moldean el pensamiento y la acción”; la segunda cuando “las acciones modelan el pensamiento y la emoción”; en la tercera cuando “el medio modela el pensamiento, la emoción y la acción” y la cuarta cuando “los pensamientos modelan las emociones y la acción” (p. 276).

Esto permite entender que la ruptura amorosa que vivió Luisa sólo fue un detonante, pero que en realidad sus pensamientos y emociones desagradables, así como el manejo inadecuado que les daba, ya estaban presentes. Con relación a esto, Luisa contó:

Emm, cuando fui a terapia... pues fue como abrí la caja de Pandora, porque, este... fue cuando me comencé a dar cuenta de muchas cosas que yo retenía. Emociones en la adolescencia y muchas cosas que yo me guardé, y en terapia fue cuando yo comencé a sacar demasiadas cosas y me di cuenta de cosas que yo pensé que había superado o que había olvidado. Pero comenzaron otra vez a afectarme, entonces, este, me dieron ataques de ansiedad muy extremos al punto donde yo ya no podía respirar y me ponía casi roja y yo pensaba... ¡me voy a morir!

Sin duda, el adecuado acompañamiento terapéutico tiene beneficios en el bienestar de quien lo recibe. Sin embargo, la continuidad es importante y desafortunadamente Luisa no pudo continuar; ella expresó:

Sí me ayudó bastante, y ya cuando se iba a hacer más por la depresión, fue cuando yo dejé de ir. Pero dejé de ir porque mi mamá... este... me estaba di-



ciendo: no, es que yo te estoy pagando la terapia y no lo aprecias y deberías este... este demostrarme que sí estás cambiando. O sea, cada vez que yo salía de, de la sesión, luego luego me salía con sus comentarios pasivo-agresivos y era de que, bueno acabo de salir hablando de ti, y vienes y me atacas... Y yo así (pone cara de sorpresa), y pues ya no quise ir, porque, o sea, sí, o sea, sí lo pagaba, pero no quería que me lo echara de cara.

La narrativa de Luisa permite comprender lo antes expuesto por Lazarus (2000) en relación con la incidencia del medio en los pensamientos, emociones y el manejo. En el caso de Luisa su medio familiar, específicamente su madre, ejerce un apoyo económico pero no emocional. Eso genera en Luisa una desprotección social y familiar que la vuelve responsable de su propio bienestar mental y relató: “comencé a meter solicitud para estar en terapia, con el área de psicopedagogía de la universidad, pero pues no me daban respuesta [...] pero ya hoy, hoy fue la cuarta sesión”.

### **La ideación suicida y su relación con la depresión y la baja autoestima**

El término de “ideación suicida” hace referencia a las ideas que tiene una persona sobre terminar con su vida. Estos pensamientos indican el deseo que la persona tiene de morir, más no que el suicidio sea inminente. Estos pensamientos pueden ser esporádicos, constantes o ir en aumento, dependiendo del grado de malestar de la persona (Harmer *et al.*, 2023). Es importante resaltar que no siempre que la persona expresa su deseo de morir existen conductas preparatorias para terminar con su vida (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018).

Existe una relación directa entre las emociones desagradables y la ideación suicida, dado que, las personas que las presentan tienen menos ánimo, realizan expresiones negativas, carecen de habilidades para relacionarse con los demás y cuentan con menor apoyo social. A lo anterior se suman las autolesiones y los trastornos depresivos o ansiosos que generan emociones de soledad, desesperanza y desmotivación (Cañón y Carmona, 2018). Todas esas emociones fueron expresadas por Luisa, quién contó:

Me he sentido muy mal, pues con decirle que yo me quería suicidar en varias ocasiones durante ese tiempo. Eso fue de finales del año pasado e inicios de éste. Sí, tenía mucho este pensamiento suicida, porque es que la verdad no he encontrado una motivación para seguir y sí, me sentía muy abrumada porque, o sea, era estar deprimida todos los días.

Como se observa en la narrativa de Luisa, su deseo no es terminar con su vida, sino encontrar una motivación para dejar de sentirse triste y desanimada. Ante esto, Amaral *et al.* (2020) explican que la depresión es un trastorno que incide en la ideación suicida debido a que la persona se encuentra en un estado de vulnerabilidad que sobrepasa su capacidad de afrontamiento. Siabato *et al.* (2017) agregan que los problemas familiares y la baja autoestima son otras variables que repercuten en la ideación y el riesgo suicida. La autoestima es un recurso personal que influye sobre lo que la persona puede hacer o no ante un evento estresante, dado que ésta le da una percepción sobre sus habilidades y/o limitaciones. Este recurso se construye a lo largo del curso de vida e impacta en la adaptación exitosa que la persona tiene en el medio (Lazarus, 2000).

La autoestima, como se ha mencionado, es un sentimiento de confianza sobre las capacidades que el individuo posee y que le dan la oportunidad de tomar decisiones, debido a que tiene la certeza de que sus capacidades —cognitivas y afectivas— le permitirán realizar ciertas actividades. Por tanto, una autoestima elevada se relaciona con seguridad, mientras que la baja autoestima con inseguridad y otros problemas de salud física y mental (Luna-Contreras y Dávila-Cervantes, 2020). El discurso de Luisa da cuenta de su baja autoestima y del automenosprecio, ella relató: “yo siempre he dicho que no, no me gusta como soy, no me gusta ser quien soy, no me gusta ser yo, o sea, es como que me odio a mí misma. Odio ser yo... yo quiero morirme y ya... no quiero vivir, pero porque yo no me aguanto a mí misma”.

Luisa tuvo su diagnóstico de depresión a los 17 años, sin embargo, ella reconoce que la terapia ya no es suficiente y que necesita otros recursos de apoyo para poder disminuir sus pensamientos suicidas. Al respecto, ella contó: “no estoy medicada, pero sí quisiera, sí llegué a pensarlo, pero pues debería decirle a mi mamá y pues... además es muy cara la... la medicación, yo, dije bueno”.

Luisa reconoce su baja autoestima y falta de amor y que esto ha sido consecuencia del estilo parental que le brindaron sus padres. La terapia le ha dado la oportunidad de entender por qué era tan autocrítica y decide tomar el control, asumir que ahora es su responsabilidad. En ese sentido, ella contó:

Estoy enfocándome en cómo tener una reconciliación conmigo misma, porque pues... la formación, de la familia que, si mi familia también me ataca, pues yo me ataco también a mí. Son muy críticos conmigo y yo soy mucho peor ¡más crítica conmigo! Obviamente yo siempre he querido estar bien, siempre he querido mejorar y tengo que mejorar, y para mejorar tengo que estar bien conmigo misma. Tengo que reconciliarme y amarme a mí misma.

En el análisis de este caso se observó la manera en la cual las relaciones familiares intervienen en el malestar, desde la infancia hasta la adolescencia. Además, dejó ver cómo al término de esta etapa Luisa comenzó a ganar autonomía y realiza gestiones para lograr acudir a terapia. Otro elemento importante es que, a pesar de sus padecimientos y emociones desagradables, ella busca estar bien.



## 12. El fracaso en la vida de Julián

*Cuando me ahorqué, yo decía: “es que soy un fracaso en todo, no logré nada”; o sea, no, no lograba [...] Mi familia, no sé, pues siempre me han puesto la carga [...] de que yo a mi edad ya debería tener...*

### La vergüenza por el rechazo parental

La vergüenza es una emoción originada cuando la persona ha tenido un fracaso y lo reconoce porque su conducta es desaprobada por alguien. Esta es una emoción social y su presencia en la vida de la persona que la siente depende de la valoración que le dé al acto, pero sobre todo, de la relación con la persona que lo está juzgando (Lazarus, 2000). Este mismo autor explica que el fracaso, además de generar un sentimiento de vergüenza, provoca otras emociones desagradables, angustiosas, dolorosas y devastadoras, por lo que la considera una de las emociones más difíciles de manejar.

La Real Academia de la Lengua (RAE, 2023b) define al fracaso como “suceso lastimoso, inopinado y funesto; malogro o resultado adverso” (párr. 1) pero, de acuerdo con la teoría de las emociones de Lazarus (2000), la percepción de fracaso o pérdida no es interna, es externa y proviene de alguien que se siente con el derecho de humillar y menospreciar las acciones o sucesos que la persona ha decidido vivir. En la infancia los padres, madres y/o cuidadores principales, cuando descalifican el comportamiento de los niños y/o niñas, provocan en ellos sentimientos de fracaso y, por consiguiente, la emoción de la vergüenza, esto a través del rechazo parental.

La teoría de la aceptación-rechazo parental expuesta por Rohner (1986), explica la forma en la que los estilos de crianza utilizados durante la infancia afectan la vida de las personas. Para esto, se complementa con tres subteorías: la de la personalidad, la del afrontamiento y la de los sistemas socioculturales. Ahora bien, los niños se sienten aceptados por sus padres, madres y/o cuidadores principales cuando obtienen de ellos respeto, amor, cuidado y

afectos; por el contrario, cuando estas figuras de referencia están ausentes física y/o emocionalmente, y utilizan comportamientos irrespetuosos o que transgreden la integridad de los niños, éstos se sienten rechazados (Rohner y Carrasco, 2014).

Estos autores explican que el rechazo parental se da cuando los padres, madres y/o cuidadores principales se muestran: 1) fríos y/o poco afectivos; 2) hostiles y agresivos; 3) indiferentes y negligentes. Estas características se vinculan con la subjetividad del menor, dado que se dan cuando el niño se siente rechazado y surge en él, el sentimiento de no ser amado, esto, aunque no existan señales de que los padres sean fríos, hostiles e indiferentes (Rohner y Carrasco, 2014). En concordancia a lo expuesto por estos autores, Gracia (2002) señala que tanto la aceptación como el rechazo parental son acciones subjetivas que el niño y/o adolescente percibe y construye a lo largo de su vida, debido a que en la crianza los padres e hijos no sienten ni viven de la misma forma el amor, el miedo, el respeto o el castigo. Sin embargo, hay conductas que no dan lugar a confusión y son una forma de maltrato, ya sea físico, verbal y/o emocional; las consecuencias de estas acciones dependerán de la valoración que el niño y/o adolescente le dé a esta crianza. En ese sentido, ha sido analizado el caso de Julián. Desde su experiencia se puede observar que sintió y vivió rechazo parental desde su nacimiento, y aunque él era muy pequeño para recordarlo alguien le platicó, sin considerar los efectos emocionales que, internalizar que nadie lo quería, ha tenido en su vida. Así lo expresó:

Quando yo nací, nací con un soplo en el corazón. Entonces yo estuve muy malo, o sea, también estuve a punto de morirme (como su hermano), y en ese tiempo mi papá no, él me negaba, decía que yo no era su hijo, y que literalmente todos me rechazaron cuando yo nací, o sea, la familia de mi mamá, no me querían porque me parecía a mi papá. Y pues la familia de mi papá, siempre así, de que me da igual, pero mi papá es el que pues me rechazaba, decía que yo no era su hijo, que, que no, que no era su hijo. Y pues mi mamá siempre, pues sí, la pasó un poco mal, ella no tenía ni para los pañales ni nada, y pues literalmente, pues todos le dieron la espalda.

Lo expuesto por Julián se podría considerar como alienación parental, ya que en su discurso muestra a su madre vulnerable ante la conducta de su padre, quien los dejó solos después de su nacimiento. La alienación parental provoca que el menor sienta algún tipo de rechazo hacia el padre y/o madre que está teniendo la conducta hostil —ya sea real o ficticia—, por lo que su desarrollo emocional se ve afectado (Claudio y Barrionuevo, 2023). Cuando Julián continúa con su discurso, se aprecia que su padre siempre ha tenido un comportamiento verbalmente agresivo hacia él, así platicó: “desde niño, como dije, mi papá nunca ha estado para mí, siempre he sido su decepción, siempre me ha dicho: ‘es que eres un maricón’ y cosas así, y sí he vivido de puros insultos, la verdad”.

La crianza también es cultural y los padres repiten patrones y conductas impuestas dentro de su institución familiar. La más arraigada es la práctica de los roles tradicionales en los que se forja la imagen del ser hombre y ser mujer. Socialmente, estos estereotipos se inculcan mediante los juegos, las películas y la imitación de las actitudes femeninas y masculinas dentro del hogar, lugar en el que los discursos sobre el *deber ser* se hacen presentes, constriñendo a los niños y las niñas a creer y crear prejuicios morales y estereotipos de género. Cuando éstos no se alinean a los mandatos sociales establecidos, reciben rechazo parental y una serie de conductas agresivas por parte del padre, madre o cuidadoras principales, lo que afecta su autoestima y desarrollo emocional (González Bedoya *et al.*, 2022), tal como sucedió con Julián quien, desde pequeño, demostró poco interés por seguir el oficio de su padre, situación que fracturó su relación. Al respecto contó:

Nunca he tenido una relación muy buena con mi papá, este, siempre, siempre me lo ha dicho. He sido su decepción, porque pues soy su único hombre, porque pues mi hermano falleció y él quería que yo fuera mecánico y a mí no me gustó el oficio, no me llama la atención [...] Y mi papá siempre me echaba en cara eso, de que yo no era hombre, que porque, o sea, porque para él estudiar es cosa de mujeres, o sea, y que eso no son cosas de hombres.

Retomando la emoción de la vergüenza que ha emanado de las críticas que el padre de Julián ha tenido hacia él y sus decisiones, Lazarus (2000) afirma que ésta se agudiza cuando hay una diferencia entre lo que la persona

quiere ser y lo que los demás esperan de ella. El no querer o no poder cumplir las normas establecidas por la familia o la sociedad, hacen que los niños y adolescentes se sientan fracasados y avergonzados debido a que, desde la infancia, se les han ido internalizando ciertas conductas que, al no lograr satisfacer, le generan de forma consciente o inconsciente miedo al rechazo o al abandono del padre, madre o cuidador principal. Lo explicado por Lazarus coincide con la experiencia de Julián y de su familia, la diferencia es que sus primos sí lograron cumplir con lo socialmente establecido, mientras que él decidió lo contrario; así narró:

Casi toda mi familia se dedica a eso, entonces, antes éramos cuatro primos los que nos juntábamos mucho, y los otros tres sí se dedicaron a eso, menos yo. Yo soy el único que no, no me gustó y mi papá siempre me echaba en cara eso de que, por eso yo no era hombre.

Es importante mencionar que esta situación se dio cuando Julián estaba en la primaria, pues su padre no veía necesario que él continuara con sus estudios de secundaria si ya podía ejercer su oficio. Afortunadamente Julián contaba con el apoyo de su madre y ella logró convencer a su padre para que pudiera continuar sus estudios. Así lo describió:

Mi papá, desde que terminé la primaria, ya quería que me pusiera a trabajar con él. Entonces él ya no quería que yo siguiera estudiando [...] En las vacaciones o cosas así, me iba con él, y hubo un tiempo de que mi familia la pasó muy mal, este, y yo me iba con él para apoyarlo, este, para que no pagara trabajadores pues él y yo, hacíamos el trabajo [...]. Me imagino que en ese tiempo pues él pensó que me está gustando esto, o sea ya, ya va a comenzar a ser hombre y no, o sea, yo nomás lo hacía para apoyar a la situación de la familia, pero no, nunca fue algo de mi agrado.

Conjuntamente, León del Barco *et al.* (2015) explican que los estilos de crianza son ambivalentes y pueden llegar a variar de acuerdo con la edad, el sexo, el comportamiento y las actitudes del menor. Así, un padre o madre pueden ejercer rechazo parental hacia su hijo y aceptación hacia su hija y viceversa. De igual manera, mientras que un progenitor puede ejercer re-



chazo otro puede brindar aceptación hacia el mismo hijo. Esto sucedió con Julián, puesto que su madre le brindó una aceptación parental que incidió en el rechazo parental de su padre. Él lo describe así:

Siendo honesto, yo siempre he sido “hijo de mami”, o sea, literal, siempre estaba pegado a mi mamá, toda mi vida. Mi mamá literalmente iba al kínder, a pintar o a lo que fuera para estar cerca de mí. Este, yo siempre estaba cerca de mi mamá y pues mi papá, como que para él son joterías, siempre le ha dicho a mi madre, que es que déjalo, déjalo. Y entonces, pues siempre ha sido eso desde niño, eso de que, porque siempre estaba en la falda de mi mamá, por así decirlo, y pues así siempre ha sido.

A pesar de que la madre y el padre de Julián ejercían dos tipos de crianza, uno de aceptación y el otro de rechazo, ambos querían que él hiciera y/o estudiara lo que ellos consideraban que era mejor, invalidando sus gustos, necesidades y autonomía. Así como el padre quería que Julián fuera mecánico, su madre deseaba que él fuera abogado y nadie se preocupaba por lo que él quería ser. Al respecto contó: “yo iba a estudiar derecho, porque mi mamá quería. Es que ese fue el problema, de que todos querían que yo cumpliera sus sueños [...] o sea, nadie me preguntaba ¿qué quieres ser tú?”.

Lazarus (2000) explica que el apoyo social, especialmente el que se recibe de la familia, tiene efectos positivos en el bienestar de las personas, mientras que la falta de apoyo tiene implicaciones contrarias que afectan la autoestima y aumentan las situaciones de estrés, puesto que la persona siente que no tiene a nadie a quien acudir y que sus necesidades no son importantes. Esta falta de apoyo familiar, con relación a la carrera de Julián, estuvo relacionada con el apego que su madre tiene con él. Es probable que ella sintiera miedo de que él se fuera a vivir a otra ciudad, por lo que la falta de comunicación fue un elemento que incidió en el malestar que esta decisión tuvo en la vida de Julián. Así describió:

Yo le dije, yo quiero ser militar, entonces, yo hice una prueba acá y la pasé y todo, pero era menor de edad. Entonces mi mamá me dejó hacer la prueba porque pensó que no la iba a pasar, y la pasé y todo, y ya estaba, o sea, namás [sic] de que mi mamá firmara y yo me iba a ir a la Ciudad de México, este,

allá a seguir mi proceso y mi mamá dijo, no, no, no te vas a ir y no [...]. Ya cuando cumplí mi mayoría de edad fue que intenté hacer otra vez la prueba y pues ahora sí ya, no necesito ningún permiso, pero la primera vez la pasé, y ya no la volví a pasar.

Aunque la conceptualización del apego se utiliza en mayor medida para referirnos a las conductas de los menores hacia sus figuras de referencia, Bowlby (2009) explica que estas conductas no son exclusivas de la población infantil, dado que también se presentan en adolescentes y adultos de forma universal. Por tanto, las características del apego dependen de la edad de la persona, la intensidad de la emoción y el vínculo afectivo entre la persona que siente apego con la figura apegada. En la adolescencia o adultez el apego no siempre es hacia la madre o el padre, éste se da hacia otras personas como la pareja, los amigos u otras figuras de referencia u cosas. Independientemente de la edad, cuando el apego se ve afectado y este podría terminar, la persona se siente en peligro, con miedo, insegura y hace todo lo posible por mantenerlo, tal como sucedió con la madre de Julián.

## **El abismo de la depresión**

Lazarus (2000) explica que la depresión es una emoción caracterizada porque la persona se siente incapaz e indefensa, porque considera que no puede restaurar su vida tras una importante pérdida. Esta emoción, por lo regular, se acompaña de otras, como la ansiedad, la ira, la culpa y la vergüenza, consideradas como emociones que emanan de la idea de querer cambiar las condiciones de vida, puesto que las personas siempre buscan recobrar lo perdido.

En los casos anteriores presentados en el presente libro, se ha evidenciado cómo las emociones desagradables se manifestaron desde etapas tempranas de la vida, principalmente en la infancia o adolescencia temprana. Sin embargo, la experiencia de Julián fue distinta; aunque tuvo una infancia considerada por él difícil, no recuerda haber sentido en esa etapa emociones displacenteras. Así, la tristeza y posteriormente la depresión comenzaron a surgir tiempo después, al final de su adolescencia media y principios de la

tardía, cuando él tuvo un accidente laboral que cambió su vida. Por lo regular, el primer episodio depresivo se presenta en la etapa de la adolescencia —justo como ocurrió con Julián—. Esto puede tener efectos adversos en los jóvenes, puesto que se incrementan las posibilidades de presentar conductas de riesgo, ideaciones o intentos suicidas e inclusive, si no recibe tratamiento puede perder la vida (Soutullo y Collins, 2022). Acerca del evento estresante que detonó la depresión, Julián narró:

Me cayó un material de la fábrica en mi pierna. Entonces, sí, como no tenía zapato, este, nomás tenía tenis, fue de que sí me impactó mucho, sí pude haber llegado a perder la pierna. Estuve como 5 meses sin caminar, ahorita ya camino bien, gracias a que estuve en rehabilitación por fuera del seguro, porque en el seguro no me atendían [...]. Ese año sí, sí fue muy difícil para mí porque pues, a lo mejor no tenía el mundo que yo quería, la vida que yo quería, pero pues estaba estable, o sea, pues tenía mi relación, que ya tenía tiempo con ella, este, de hecho, ya estábamos pensando en juntarnos y, pues, tenía mi trabajo que, pues también me iba bien, mi primo me iba a apoyar. Entonces, por así decirlo, iba a estar bien y cosas así, entonces, pues ya tenía algo, por así decirlo, estructurado y se cayó todo, y la verdad es que, ahí fue cuando, pues como digo, toqué fondo.

La OMS (2023a) afirma que la depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por una alteración en el estado de ánimo que provoca emociones de tristeza profunda. La depresión puede afectar a cualquier persona que haya vivido un evento estresante —pérdida de un ser querido, del empleo, violencia, abuso sexual— pero determinada por las capacidades de afrontamiento del sujeto.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2014a) menciona que, para que una persona sea considerada con trastorno depresivo mayor debe presentar cinco o más de los siguientes síntomas, por más de dos semanas:

1) Sentirse triste, vacío y sin esperanzas la mayor parte del día; 2) La persona ha perdido el interés por realizar actividades durante el día, esto por varios días; 3) La persona presenta una disminución o aumento importante del peso; 4) La persona ha cambiado sus hábitos del sueño, tiene difi-

cultad para dormir o duerme más de lo habitual; 5) La persona ha aumentado o disminuido considerablemente su movilidad; 6) La persona siempre se siente cansada; 7) La persona se siente inútil, culpable o presenta conductas delirantes; 8) La persona ha perdido la habilidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y 9) La persona tiene miedo a morir, ideación o conductas suicidas. Julián cumple con cinco características del trastorno depresivo mayor, esto se observa al analizar su narrativa y se corrobora con el diagnóstico de la psiquiatra —de este se hablará más adelante—. Él contó:

Toqué fondo, me la pasé muy mal. Literalmente, no hice nada de mi vida el año pasado, caí en la depresión de no quererme levantar de mi cama, me la pasaba todo el día acostado, no quería salir. Y empecé a perder el interés en las cosas que me gustaban, el socializar, antes tenía muchos amigos y todo ahí, me alejé de todo, o sea, me encerré mucho, la verdad [...] Me la pasaba llorando, triste, hasta se me secaron las lágrimas. Siendo honestos, ya no siento [...] todo el tiempo estaba de malas, o sea, muy apenas comía o comía muy poco, y eso porque mi mamá era de que me estaba insiste, insiste, insiste. Este, o a veces todo lo contrario, sí comía bastante.

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad difícil, que se deriva de factores genéticos, biológicos y/o sociales. Por sus características, las probabilidades de que una persona pueda afrontarlo sin tratamiento son escasas. Diversos estudios han mostrado que las personas depresivas tienen la voluntad de querer actuar contra los síntomas, pero explican que éstos son más fuertes, sobre todo cuando su desarrollo se da por elementos biológicos, es decir, por algún desajuste en la química cerebral. Existe un estigma hacia el tratamiento psiquiátrico que hace que la persona desee hacerlo por sí mismo, sin embargo, luchar contra la depresión es pelear en desigualdad de circunstancias (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013). En ese tenor estuvo la narrativa de Julián, él explica claramente cómo era su lucha y lo que significa hacer algo distinto:

Llegué al grado de que no me paraba de la cama, ni para bañarme, y no, ni pío en la boca, ni para nada. O sea, era de que no me paraba, me la pasaba acostado y me regañaban de que, no es que, párate, quien sabe qué, cosas así. Pero

no, era un, una lucha interna, que no, o sea, me vencía, me vencía, me vencía y cuando me llegaba a parar a bañarme era porque yo estaba peleando conmigo mismo para hacer las cosas. Si así fuera, al bañarme, yo sentía que ya estoy ganando y acomodaba mi cama, o sea, porque como le dije, yo soy muy limpio, muy ordenado y en ese tiempo, o sea, yo tenía todo desordenado, y era como que me ponía a limpiar mi cama, o sea todo, y era como que, o sea, nada, un logro para mí.

Además de luchar contra la depresión, las personas que la padecen tienen que enfrentar el estigma derivado de la falta de conocimiento e incompreensión familiar, educativa y social que hay sobre el trastorno. El estigma está asociado a los comentarios discriminatorios provenientes de la ignorancia y los prejuicios; el estigma resalta las características que diferencian a la persona de los demás (Zarragoitia, 2010). En cuanto a esta estigmatización, Julián contó: “para mi papá son joterías, eso de la depresión es cosa inventada, para él no existe eso [...]. Se enojaba, porque me decía: “no, es que ponte a trabajar, no estás haciendo nada de tu vida”.

Así, las personas con algún padecimiento mental tienen que enfrentarse a la interacción con otras personas que, lejos de apoyarlos, los obstaculizan. Esto puede provocar una disminución mayor de la autoestima, aislamiento y por consiguiente, una pérdida de las redes sociales de apoyo. Las personas con algún trastorno mental pueden ser considerados volubles e impredecibles, pero también peligrosos, violentos e incapaces de controlar sus emociones (Mascayano *et al.*, 2015). En las narrativas se puede observar que al padre de Julián le costaba aceptar que su hijo no cumpliera con sus expectativas, que poseyera una personalidad distinta y un padecimiento mental, por ello, continúa realizando conductas que violentan y trasgreden la integridad de su hijo. Sobre esto Julián explicó:

Una vez que me llamó y me empezó a insultar bastante, este, me empezó a decir un buen de cosas. Me dijo cosas que la verdad sí me hirieron y ahí empecé a cuestionar mucho en mi vida, empecé a cuestionar el qué estaba haciendo con mi vida. Eh, sí, en general, me cuestioné mucho y me di cuenta de que yo no estaba viviendo la vida que, que yo quisiera tener. Entonces, ahí, me lo estuve replanteando muchas veces, el comenzar desde cero, el como que

tirar todo a la borda lo que ya tenía y comenzar de cero, y ahí fue cuando la verdad es que sí toqué fondo.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la vergüenza es una emoción compleja, difícil de manejar y con grandes implicaciones debido a que “las personas avergonzadas pueden ser mucho más propensas al suicidio” (Lazarus, 2000, p. 246). Conjuntamente, la ideación o el intento de suicidio son factores de riesgo cuando las personas han sido diagnosticadas con un trastorno depresivo mayor (OMS, 2023a; Soutullo y Collins, 2022).

## **El suicidio como un recurso para dejar de sufrir**

Durante las últimas décadas el suicidio ha sido de las principales causas de fallecimiento en el mundo, anualmente ha cobrado la vida de alrededor de ochocientas mil personas, pero se estima que por cada uno de ellos, existen veinte intentos (Malo, 2019). Debido a estos datos, diversas organizaciones de salud pública han buscado la manera de prevenirlo a través de identificar a los principales grupos de riesgo. Un factor de alerta es que la persona haya tenido ya uno o más intentos de suicidio, que padezca algún trastorno mental como depresión mayor, esquizofrenia y/o trastorno bipolar y que realice conductas de riesgo, como consumo de sustancias y/o autolesiones. Se reconoce que las personas con un trastorno depresivo mayor tienen tres veces más posibilidades de atentar contra su vida cuando experimentan un cuadro de depresión, lo que permite a las personas que tienen un hijo, familiar, pareja o amigo con este padecimiento, estar alertas ante cualquier indicio (Baca y Fuensanta, 2014).

De nueva cuenta el caso de Julián fue la excepción, dado que él no presentó conductas de riesgo ni autolesiones previas a intentar terminar con su vida. Sin embargo, en un momento de desesperación lo hizo, y contó:

Cuando me ahorqué fue porque, o sea, yo decía, es que soy un fracaso en todo, o sea, estoy fracasando en todo, no logro nada, o sea, no, no lograba nada. Porque también, no, no sé, ahí siempre se lo he dicho a mi psicóloga, no sé si

está bien, no estoy bien. Estoy bien yo o está bien mi familia, no sé, pues siempre me han puesto la carga, aparte de los sueños de cada quien, siempre me han puesto la carga, que yo a mi edad ya debería tener, yo, mi casa... entonces, sí es como que o sea me dice, siempre me dicen, es que dónde vas a vivir y sí me, me estresa en ese aspecto de que me pongan mucha, mucha carga y cosas así. Entonces, en ese examen, tenía muchas esperanzas y pues volví a fracasar, y fue como... que recaí mucho.

Cuando se aborda el tema de la ideación suicida o del intento de suicidio, se reconoce que la persona que lo piensa o intenta está pasando por un periodo de malestar mental en soledad, por lo que se cree que carece de apoyo familiar, institucional y social (Echeburúa, 2015). Este autor también explica que, cuando la persona decide terminar con su vida, es porque: 1) a nivel emocional está experimentando un sufrimiento intenso; 2) de forma conductual no cuenta con recursos personales para afrontar la situación y 3) cognitivamente no es capaz de identificar alguna razón o motivación, por lo que ve la muerte como su única esperanza. Hoy se reconoce que las personas que se suicidan o intentan hacerlo no quieren morir sino terminar con su sufrimiento, puesto que viven en desesperanza y se encuentran sufriendo y desbordados emocionalmente. Esto fue lo que sintió Julián cuando tuvo su primer intento de suicidio:

Fue un agosto más o menos [...] tenía toda mi garganta toda morada y todo porque una noche que me sentí muy mal, o sea que ya realmente, o sea ya, ya quería descansar, o sea, ya no quería volver a sentirme así y traté de ahorcarme, y pues me dejé todo, todo morado, estaba todo, también por dentro, todo lesionado. No podía comer porque, pues estaba todo lastimado de la garganta.

Existe una alta posibilidad de que una persona que intentó terminar con su vida lo intente de nuevo. Por ello se torna relevante que, los niños y/o adolescentes que han intentado suicidarse, reciban una evaluación psicológica y/o psiquiátrica que brinde un tratamiento adecuado a las necesidades del menor. Esta intervención puede ser ambulatoria o, en caso extremo, requerir internamiento. Por lo regular, los médicos deciden internar al paciente cuando los factores de riesgo se encuentran en el ámbito familiar

—padres violentos y/o abusadores—, que en lugar de realizar acciones para salvaguardar la vida del menor realizan conductas que alteran su estabilidad emocional (Fernández *et al.*, 2021). Después de su primer intento de suicidio Julián se incorporó a la universidad y comenzó a tomar terapia. Él comenta que se sentía bien, sin embargo, llega el periodo vacacional y con éste la suspensión de actividades. Esta falta de continuidad le provocó una recaída, al respecto contó:

Me había estado sintiendo mejor después de la terapia. De hecho, primero la llevaba con una estudiante y me había sentido mejor, sino que ya en mayo no sé, otra vez, como que volví a recaer y le comenté: oye, la verdad es que ahorita sí me siento muy mal, entonces, pues en las vacaciones, si hubiera seguido bien, no hubiera ocupado la terapia hasta entrando a segundo semestre, pero como me vio mal, me dijo la encargada que fuera con ella y ya empecé a ir con ella y así, pero antes de ir con ella fue de que otra vez me, me volví a ahorcar. Ahora sí fue poco tiempo el que me ahorqué, o sea, fue un, como que un instante, más un impulso de como que ya estaba más fastidiado y luego ya reaccioné. Pero sí han sido las únicas dos veces que sí, me he intentado suicidar, por así decirlo.

El principal tratamiento para la depresión es la terapia cognitiva conductual, interpersonal y familiar que puede ir acompañada de tratamiento farmacológico. Por lo regular, a los adolescentes que padecen depresión se les recetan antidepresivos, los cuales pueden generar efectos secundarios displacenteros, pero los beneficios son mayores (Healy *et al.*, 2018). En ese orden de ideas, Julián describió:

Yo le decía a mi psicóloga que perdí el interés en las cosas, de hecho, tomo medicamento ahorita, este, porque, por así decirlo, perdí el sentido de la vida. La verdad es que ya no le encontraba chiste a la vida, todo me aburre a lo mejor. Ahorita me puede interesar algo, pero a las dos semanas o a la semana, de que ya, ya perdí el interés, o sea, ya no tengo interés, y así es, en general, o sea literalmente no, no le tengo un cariño a nadie real.



Actualmente Julián continúa estudiando, en la universidad sus redes de apoyo se fortalecieron, ya que ha hecho buenos amigos los cuales han contribuido a su bienestar, él platicó:

Sí se lo llegué a decir a mis amigos, este, porque desde el primer semestre fue que nos juntamos y fue que, sí se lo llegué a decir que me sentía muy bien al estar con ellos, o sea, ya el último semestre les dije que la verdad es que nunca supieron ustedes, pero la verdad es que me salvaron. Muchas veces, había días que yo ya no tenía ganas de nada y ustedes me hacían sentir bien y cosas así, y este y bueno, ya con el medicamento, gracias a Dios ya me he sentido mucho mejor. O sea, sí, ya mis, mis emociones han estado más estables.

Lazarus (2000) afirma que, ante la adversidad, las personas desarrollan recursos de afrontamiento emocionales, personales o sociales que les permiten valorar de forma distinta los eventos estresantes. La salud mental no es un proceso lineal, pero con el tratamiento adecuado se puede garantizar un bienestar. La madre de Julián continúa apoyándolo con sus estudios y tratamiento. Al momento de la entrevista sus padres estaban separados y él había dejado de hablar con su padre.



### 13. El malestar mental en la vida de Mariana

*Me tomé diez pastillas [...] me desmayé [...] sentí como que un alivio [...] cuando me desperté lloré, porque pues yo ya no quería estar aquí [...] decía es que “¿por qué desperté?”, o sea, “¿por qué tuve que despertar?”*

La Real Academia Española (RAE, 2023c) define el miedo como la “perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario” (párr. 1). Este miedo cambia conforme a la edad y a las experiencias de vida. El paso de los años, el desarrollo biológico, psicológico y social de los niños, niñas y adolescentes permite la transformación de los miedos (Beltrán, 2014). Los temores de los niños no son los mismos que los de los adolescentes ya que, en general, en la adolescencia los miedos están vinculados a la relación con los demás, a la educación y al estado de salud (Pérez y Sánchez, 2022). Por ello, la valoración y el manejo que los adolescentes dan a un evento estresante es de suma importancia, puesto que determina la relación que tienen con el medio. En ese sentido Mariana contó su experiencia cuando sintió miedo por primera vez:

A los diez años mi familia me dijo que nos íbamos a venir acá (se refiere a México), entonces mi primer miedo fue que no sabía hablar tan bien el español. Entonces mmm... yo me acuerdo, que primero lo tomé, así como que normal, pero después cuando fui a la escuela en la clase de español... me equivoqué en una palabra y empecé a temblar mucho, empecé a temblar mucho y... me salí del salón y empecé a llorar. Pero era así como que, cuando lloraba y no, no me podía tranquilizar, por más que me tratara de tranquilizar lloraba, lloraba y lloraba y lloraba, pero yo no sabía el por qué.

La OMS (2021b) explica que la ansiedad se presenta cuando las personas sienten que pierden el control y tienen emociones y sentimientos poco pla-

centros que les impiden el disfrute de la vida. La ansiedad es visible cuando la persona presenta preocupaciones excesivas o ataques de pánico. Los niños y adolescentes son los que más han presentado estas condiciones, pues en el mundo, el 3.6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4.6% de los de 15 a 19 años han vivido episodios de ansiedad.

Mariana recuerda el episodio narrado como la primera vez que tuvo mucho miedo, sin embargo, en su narrativa menciona que ya había llorado sin poder tranquilizarse, lo que indica que probablemente no era la primera vez que vivía un episodio de ansiedad. Es normal que, en esta etapa, ni los niños ni los padres sean capaces de identificar los motivos por los cuales el menor no puede controlar su llanto. Sin embargo, existe una responsabilidad colectiva para proteger la salud física y mental en la infancia, ya que en ocasiones los padres no cuentan con los elementos para identificar las señales que advierten que la salud mental de sus hijos está siendo afectada. Así, algunas instituciones educativas cuentan con protocolos de atención que permiten identificar, prevenir y atender estos problemas, sobre todo en Estados Unidos, en donde el suicidio en niños y adolescentes es la segunda causa de muerte (National Institute of Mental Health, 2023).

Así sucedió con Mariana, quien contó: “me mandan con el psicólogo, pero pues no es así como que un psicólogo realmente te ayude”. Ella habla en retrospectiva e identifica que, en ese momento, el psicólogo no puede hacer nada comparándolo con sus experiencias a lo largo de su vida, dado que sus padres le negaron la oportunidad de recibir atención médica puesto que, para ellos, el tema de la salud mental es estigmatizante. Ante esto Mariana narró: “mis papás tampoco aceptaron que me mandaran al psicólogo, porque mis papás siempre han sido, o sea, siempre han sido de esa mentalidad, de ‘pero si no estás loca’ entonces, pues tampoco les pareció”.

## La tristeza

Para Lazarus (2000) la tristeza es una emoción que se presenta cuando la persona reconoce que ha tenido una pérdida definitiva, de algo o alguien, por lo cual tiene que resignificar su vida y afrontar las nuevas circunstancias, por difíciles que parezcan. La tristeza pasa cuando la persona acepta su pérdida

y continúa con su nueva forma de vida. Mariana sentía tristeza porque había dejado su vida en otro país, ella contó: “cuando nos venimos aquí, eh... fue, no sé, estaba triste la mayoría del tiempo, me sentía, así como que, como una nube gris todo el día”. Esta expresión es común en las personas que experimentan depresión y hace referencia a la incapacidad de poder ver la luz, algo que los motive o les permita salir de la emoción desagradable que están viviendo.

A lo largo de la vida, las personas se enfrentan a diversos procesos de cambio en los cuales los recursos personales de adaptación juegan un papel relevante. Sin duda, hay individuos para quienes la adaptación puede ser compleja *versus* los que la viven de manera natural. En la infancia y adolescencia los procesos comunes de adaptación se dan en el ámbito escolar, en donde tienen que socializar con personas distintas a las de su comunidad —familia— e iniciar con diferentes rutinas establecidas y nuevas reglas sociales. Por tanto, puede generar en los niños cierto grado de ansiedad —miedo a lo desconocido—, intranquilidad e incertidumbre (Albornoz, 2017). Mariana estaba por iniciar la etapa de la adolescencia cuando llegó a México. Ella, además de la limitante del idioma, tenía también escasos recursos personales de socialización, situación que tornó más compleja su integración y adaptación. Al respecto ella describió: “no me gusta conocer gente nueva, o sea, no me sentía cómoda, no me gustaba y me sentía muy nerviosa, no sabía qué hacer, no sabía nada”.

El ingreso a una nueva escuela representó para Mariana un evento estresante. Ella describe que durante ese tiempo tenía miedo y pensamientos recurrentes que no podía controlar. Estos pensamientos recurrentes e intrusivos pueden obedecer a la presencia del trastorno obsesivo compulsivo, el cual se caracteriza porque la persona no puede controlar los pensamientos y los identifica como descomunales e irrazonables (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCYTU], 2018).

[...] sentía que mi cabeza no paraba de trabajar, o sea, pensaba una cosa y ahí se quedaba y ahí se quedaba y se quedaba. Y yo quería pasar a otra cosa, pero no podía porque seguía ahí rompiendo ese pensamiento, era un pensamiento de mucho miedo y no, no poderme controlar en ese aspecto.

Afortunadamente durante este proceso Mariana tuvo el apoyo familiar de sus padres, quienes buscaron dar contención. Ella describió: “mis papás me decían que, que era normal porque estaba entrando otra etapa, y yo decía, bueno está bien, pero pues ya cuando pasó tiempo me di cuenta de que no”. A pesar de que sus padres observaron que para Mariana era difícil adaptarse, pensaron que una forma de ayudarle era ingresándola a un internado donde podría convivir más tiempo con niñas y/o adolescentes de su edad y aprender más rápido español; ella platicó:

A mi mamá se le ocurrió que la mejor idea de que yo aprendiera español y me relacionara mejor era metiéndome a un internado. Me metió en un internado católico de monjas... allí viví tres años entonces. Pues, al principio fue difícil porque nadie me quería hablar, o sea, nadie me entendía, nadie me quería hablar y con las únicas, o sea, la única maestra con la que me entendía, pues era la de inglés y era la que me trataba de enseñar las demás materias [...] yo siento que ahí sí, la sufrí mucho [...]. A veces me iba a llorar al baño o a un rincón, porque, pues para mí la desesperación era mucha. Yo no entendía por qué mis papás me habían dejado ahí [...] mi mamá no quería que saliera de ahí y cada dos semanas iban por mí a visitarme.

En México, así como en distintos puntos de Latinoamérica y el mundo, el padre, madre y/o cuidadores principales tienen la responsabilidad de tomar decisiones para salvaguardar el bienestar físico y mental de sus hijos o personas bajo su cargo (Guadarrama-Orozco *et al.*, 2015). Sin embargo, en ocasiones los padres, pensando que hacen lo correcto, toman acciones que, lejos de beneficiar a los menores los perjudican, tal como pasó con Mariana, para quien el costo emocional de estar lejos de su familia fue elevado, ya que estaba en un espacio en donde sus emociones eran totalmente invalidadas. Así lo describió:

En mis cumpleaños, no salía ni los festejaba, pero en Navidad sí, sí salía en Navidad y Año Nuevo y pues sí, o sea, era convivir con ellas. Pero era muy frustrante porque de por sí nadie me entendía, yo lo sentía, que nadie me entendía y luego si me ponía a llorar o si no quería hacer algo, iba la monja y

me regañaba y me obligaban a hacer cosas que yo no quería, por ejemplo, rezar.

Independientemente de las causas por las cuales las niñas y/o adolescentes estén institucionalizadas, estos lugares deben de ser una fuente de calidez semejante a un ámbito familiar positivo, el cual brinde seguridad y fortaleza a las niñas y/o adolescentes que ahí habitan, un refugio en el que ellas se puedan construir, relacionar y conectar consigo mismas y con la sociedad. Sin embargo, en muchas ocasiones los cuidadores y el personal que labora en estas instituciones no cuenta con las herramientas psicológicas o pedagógicas para atender de forma positiva a los menores (Gamarra *et al.*, 2021), como mencionó Mariana en la narrativa anterior.

En esta época Mariana, además de la tristeza, comenzó a sentir otras emociones como la desesperación, frustración e irritabilidad. Para Lazarus (2000), estas emociones provienen de la falta de aceptación de la pérdida y, posteriormente, la persona puede también experimentar depresión. Al respecto, Soutullo y Collins (2022) señalan que la depresión de los niños se refleja no solamente en episodios de tristeza sino también en berrinches, enojos, conducta irritable; son hiperreactivos emocionalmente, frecuentemente presentan alteraciones en el sueño y en la conducta alimentaria, características que Mariana vivió:

Mi desesperación era porque yo no entendía nada y a veces, había días en los que yo me sentía bien irritable que, o sea, ya quería tumbar todo. Y es cuando tuve, no sé como que me frustré mucho y agarré las cobijas de la cama y las hice para el piso y en eso entró la monja y me vio y me dijo que “qué tenía”. Dije: “no quiero estar aquí, ya me desesperé” y que me mandan con la psicóloga, pero pues la psicóloga de ahí tampoco era que me ayudara, o sea, nada más me preguntaba por mis papás y que qué tenía yo, pero así que me ayudara, que yo sentía que me ayudaran, no, no era lo que buscaba, pero como quiera me obligaban a ir cada día con ella una hora y yo les dije eso mis papás y a mis papás tampoco les pareció.

Los padres de Mariana continúan con su negativa de que ella reciba atención psicológica. En lo concerniente al estigma que existe sobre los

trastornos mentales, Ricardo *et al.* (2021) afirman que en Colombia, cuando se trata de atender los problemas de salud mental en la infancia, más del 15% de los padres consideran que las actitudes de los niños o niñas son transitorias y que su diagnóstico proviene de una moda creada por los especialistas maestros y/o psicólogos para obtener algún beneficio, por lo que se niegan a que reciban tratamiento. Coincidiendo con esto, los padres ofrecieron otra alternativa para que Mariana se sintiera mejor, ella especificó:

Mi mamá me dijo no, es que no, es que a lo mejor te falta enfocarte en otra cosa, o sea, que te entretengas en otra cosa, por eso estás así. Yo, bueno, entonces ¿qué podemos hacer? Y pues como que hicieron, no sé, un pacto con el internado y me metieron a una escuela de música [...] a entrenar natación, me tranquilizaba un poco, porque ya salía, o sea, ya no me sentía tan encerrada [...] y los sábados iba a un grupo religioso [...]. Podía socializar más porque las chavas hablaban inglés y me entendían [...] me relacioné un poco más con ellas, sí, fue como que un alivio.

Como se observó en la narrativa, Mariana se sintió mejor porque salía y tenía otras actividades importantes para el bienestar, sobre todo en la etapa de la adolescencia, en la cual la socialización entre pares es importante y más cuando en poco tiempo la adolescente —en este caso Mariana— vivió eventos estresantes importantes como el cambio de residencia y la separación física de su familia. En la adolescencia, los eventos estresantes modifican la forma en la que comúnmente los niños reaccionan ante ciertos estímulos, por lo que el estado de ánimo se ve afectado al igual que los sentimientos y pensamientos. Estos elementos pueden ser una señal de alerta hacia un trastorno mental como la ansiedad y/o depresión (Castro *et al.*, 2022).

La depresión afecta directamente el estado de ánimo de la persona. Este trastorno es multicausal, en él intervienen factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos, y aunque la persona tenga la voluntad de sentirse bien, en la mayoría de los casos requiere tratamiento farmacológico (Instituto Nacional de Salud, 2020). Así, a pesar de todas las actividades que Mariana realizaba, ella contó: “pero aun así no sentía yo que estuviera bien, o sea, yo a ellas las veía felices y yo me preguntaba ¿por qué yo no podía ser



así? Rey *et al.* (2017) explican que la depresión puede ser temporal o recurrente y que una de sus características principales es la tristeza e infelicidad constante. Generalmente se acompaña de otros síntomas como los cambios de humor, los pensamientos negativos, la pérdida del interés y del disfrute, así como los cambios en la alimentación y el sueño. Todas estas alteraciones van a depender también de factores sociodemográficos como la edad, el sexo e inclusive la cultura.

## La depresión y su incidencia en la alimentación

Los cambios en la conducta alimentaria, aumento o disminución, son una característica de la depresión, por lo cual se considera que existe una relación directa entre la conducta alimentaria y las emociones. Ramon *et al.* (2019) reconocen que, cuando una persona se encuentra deprimida, ingiere una mayor cantidad de carbohidratos y alimentos procesados, mientras que las personas que experimentan episodios de ansiedad disminuyen su consumo de minerales y ácidos grasos. En el discurso de Mariana no se hace referencia a ningún trastorno alimenticio, pero sí mencionó que comía de forma compulsiva y que, en ocasiones, pasaba mucho tiempo sin comer; así lo explicó:

Me ponía a comer y no paraba, paraba cuando ya escuchaba a alguien que iba para la alacena porque estaba en un sótano y ya, no me veía nadie. Y luego ya me iba a mi cuarto, o cuando mis papás venían y me sacaban, regresaba con mucha comida y es donde yo empecé a comer mucho, pero era como para tranquilizarme. Luego había días en los que no comía en todo el día, pero me sentía bien, o sea, me decían, es que no has comido, y yo, así estoy bien, y pues se les hacía raro.

Esta compulsividad de la que habla Mariana es considerada como un trastorno de la conducta alimentaria, y ha sido conceptualizada como una ingesta excesiva de alimentos. Este trastorno se vincula con elementos subjetivos como la percepción de la imagen corporal, y conductuales como la pérdida del control y la angustia (Godoy, 2015). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), de la Asociación Psiquiá-

trica Americana (APA, 2014a) explica que, para que una persona sea diagnosticada con trastorno por atracón, debe de presentar al menos tres de las siguientes acciones:

1) Comer mucho más rápidamente de lo normal; 2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno; 3) Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente; 4) Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere; 5) Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

La narrativa de Mariana no proporciona los elementos suficientes para decir que ella tenía un trastorno por atracón, sin embargo, es importante observar que utiliza a la comida como una estrategia de afrontamiento para calmar sus emociones.

## **La ansiedad y los trastornos del sueño**

La sociedad está pasando por un proceso de transformación en el que la vida es cada vez más agitada y tanto niños, adolescentes como personas adultas, experimentan en la cotidianidad diferentes situaciones de estrés que hacen cada vez más frecuentes los trastornos del sueño o la consciencia de que es normal dormir poco o despertarse de manera recurrente durante la noche (Carrillo-Mora *et al.*, 2018). El insomnio es un trastorno del sueño-vigilia que se caracteriza por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: 1) la persona que lo padece presenta dificultad para iniciar al sueño; 2) mantenerlo, dado que se despierta constantemente y no logra conciliar el sueño de nueva cuenta o 3) se despierta por la madrugada, sin poder volver a dormir (APA, 2014a), tal como sucedió con Mariana quien contó:

En secundaria, en tercero, en tercero empezó en las noches, en las que no dormía. En las que me daba vuelta la cabeza de ir a prepa, ¿cómo iba a ser la prepa? Ya no iba a ser un lugar chiquito con 10 niñas en un salón y eh, iba a es-

tar ahí todos los días. Y no iba a haber otras niñas, sino que también iba a haber niños, entonces era que me daba vueltas y vueltas la cabeza. Nos mandaban a dormir a las 10 de la noche, pero de las 10 a las 5 yo no dormía nada y no me daba sueño, no podía dormir.

El estrés tiene un efecto dominó en la salud física y mental de las personas. Son múltiples las consecuencias que trae consigo y, con relación al sueño, también se encuentran las mioclonías hípnicas o sacudidas nocturnas, reconocidas por las contracciones involuntarias del cuerpo mientras la persona entra en la primera fase del sueño. Ésta experimenta una sensación de sacudida o caída que lo despierta, se considera que un detonante es el estrés, la cafeína o la nicotina (González-Usigli, 2022). Al respecto Mariana describió: “si me dormía, me despertaba en la noche llorando o sentía como que me caía, o sea, apenas cerraba los ojos sentía que me caía y me despertaba así, y así me la pasé en la gran mayoría del tiempo”.

Mariana habló con su madre sobre su situación, pero ella de nueva cuenta minimizó todas las señales que las emociones y el cuerpo de su hija daban, y decidió darle pastillas para que ella pudiera dormir. La automedicación es una práctica normalizada, y cuando se da de los padres hacia los hijos se denomina automedicación por poder. Esta acción puede generar graves consecuencias en la salud en el corto y largo plazo debido a que los padres no siempre dan las dosis correctas ni el medicamento adecuado (Cucho-Vásquez *et al.*, 2023), pero principalmente porque, al menos en el caso de Mariana, el medicamento solucionó de forma temporal el malestar, sin combatir el problema desde la raíz. En ese sentido, ella contó:

Mi mamá me compró unas pastillas para dormir y me tomaba dos y ya nada más así me, me podía dormir [...]. Mi mamá siempre fue de darme pastillas para dormir, porque pues ella pensaba que era por chiflada, porque no quería dormir. Le digo, no, es que de verdad no me, o sea, no puedo dormir porque siento que me pasa algo y me dice: “¿qué te va a pasar a ti si nada más estudias?”. Y yo dije, “ya sé” y mis papás siempre han sido muy estrictos. Entonces, pues no soy tan abierta con ellos.

Es importante resaltar que la madre de Mariana piensa que ella no puede dormir porque está “chiflada”, y la manera en que Mariana acepta lo que su madre dice. Estos pensamientos son recurrentes entre los adultos, quienes ven la etapa de la adolescencia como un momento de la vida en el cual no se tienen preocupaciones, invalidando y minimizando las emociones de este grupo, cuando es una época de grandes y estresantes cambios como los físicos, sexuales, emocionales, educativos y sociales (Ballarino, 2022).

## La depresión y la ansiedad, el binomio imperfecto

La ansiedad es una emoción que acompaña al estrés y se vincula con los recursos personales adquiridos por la persona para afrontar situaciones que ella considera amenazantes, es decir, con circunstancias que atentan contra su identidad. La persona ansiosa se siente incómoda, preocupada, su miedo la hace ser aprehensiva, puesto que teme enfrentarse al peligro y éste, a su vez, puede generarle incertidumbre. Este estado, aunado a la amenaza, provoca que la persona se sienta ansiosa. Algunos estudios han demostrado que el trastorno de ansiedad deteriora actividades funcionales del ser humano, ya que obstruye el proceso de pensamiento (Lazarus, 2000). La transición de la secundaria a la preparatoria y después la elección de la carrera profesional son dos de los principales cambios en la vida de los adolescentes, decisiones que les pueden generar miedo y/o ansiedad ya que se modifica su entorno, sobre todo en el caso de Mariana que había estado en un ambiente con características particulares.

La ansiedad emana de factores internos y/o externos. Cuando la persona siente ansiedad presenta síntomas: 1) neurovegetativos como inquietud, taquicardias, piloerección y sudoración excesiva; 2) cognitivos, siente miedo y preocupación; 3) conductuales, la persona se inhibe y se aísla (Pérez y Sánchez, 2022). Coelho *et al.* (2022) afirman que estos síntomas responden a que el cuerpo, al sentirse en peligro, libera sustancias como “la adrenalina y el cortisol, que provocan el aumento de la presión y taquicardia, provocando hiperventilación y disminución del nivel de dióxido de carbono en

sangre” (p. 2). Tal como le sucedió a Mariana cuando presentó su examen de admisión a la preparatoria:

Fui a presentar a la prepa y para mí fueron unos nervios grandes, no nervios, fue un miedo, porque hasta sentí que me mareé. Ver a cuarenta gentes en un salón, niños y niñas que yo no conocía, entonces ya entré y yo me quedé así (pone el cuerpo inmóvil) y decía: ¿tengo que hacerlo?, o sea, de verdad ¿tengo que hacer esto? [...] llegué y me senté, pero yo me sentía muy, como que muy nerviosa, tenía como... me dolía mucho la cabeza y quería llorar [...] me sentía muy mal.

Soutullo y Collins (2022) afirman que la mayoría de los niños y/o adolescentes con ansiedad pueden desarrollar depresión, y que esta última siempre se acompaña de la ansiedad. Mariana inició el semestre en la preparatoria y continúa sintiéndose triste como cuando estaba en el internado en la secundaria. Al parecer ya no hay un motivo aparente, ya que regresó a vivir con sus padres. A pesar de lo anterior, su estado de ánimo sigue siendo de tristeza; acerca de esto, ella explicó:

Estaba llorando así en el salón y me decían, ¿por qué lloras? y yo, es que no sé porque lloro, pero me siento triste, me siento mal. O a veces que estás, o sea, a veces me empezaba a mover mucho [...] lloraba mucho y pues no me podía tranquilizar y pues mi mamá sí me preguntaba que qué tenía, pero mi mamá siempre decía de que “es que esta es una nueva etapa, o sea, estás en la prepa, estas son cosas nuevas y obviamente que te vas a sentir así, tranquila”. Y yo decía “ah, bueno, está bien”.

Alzuri-Falcato *et al.* (2017) explican que algunos signos de la depresión ocurren de manera natural durante la etapa de la adolescencia, como es la variación en el estado de ánimo. Esto hace que la familia o incluso el mismo adolescente, no logren identificar el trastorno y esto retarda y/o complica el tratamiento, además de que prolonga el malestar del menor. Otras de las características que llegan a confundirse son la agresividad y/o irritabilidad, la tristeza, los trastornos del sueño, la disminución de la autoestima y la rebeldía. Sin embargo, es de suma importancia identificar que la depresión



## Las autolesiones como factor de riesgo para escalar hacia la conducta suicida

Las autolesiones son acciones de las personas que buscan su regulación emocional cuando se encuentran en un estado agudo de tristeza, enojo u otra emoción desagradable. Las autolesiones, aunque son destructivas, no tiene, la intención de terminar con la vida, mientras que el intento de suicidio sí tiene la intención de ponerle fin. Por lo regular esta acción se realiza de forma impulsiva, pero con emociones de soledad, tristeza profunda y desesperación (Jans *et al.*, 2018). Derivado de lo anterior, la literatura que aborda el tema de las autolesiones hace hincapié en reafirmar y clarificar estas diferencias, sin embargo, las autolesiones pueden ser tan severas que puedan llegar a provocar la muerte o incluso a confundirse con un intento de suicidio. Esto provoca una situación de ambivalencia, ya que tanto la familia como el personal de salud puede llegar a minimizar o exagerar el riesgo y no atender de manera correcta al niño y/adolescente (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018), tal como sucedió con Mariana. Ella en su narrativa habla de la experiencia como un intento de suicidio, pero al contrastarla con la literatura, podemos observar que sólo fue una autolesión sin intención suicida, que se atendió gracias a que su madre se dio cuenta, pero reconoce que sólo fue un impulso, puesto que no sabía lo que quería hacer. Mariana lo describe así:

Fue mucho mi dolor, no sé qué, pero, o sea, fue como perder a mi primer mejor amigo y mi primer amigo de verdad. En ese momento tuve como que un intento de, de... cómo se dice... pues no, no es que, no sé qué quería hacer, porque la verdad no tomé muchas pastillas, pero pues me tomé, mi abuelita toma Metformina y agarré las Metformina y me tomé cinco, y nada más se me bajó mucho la presión y mi mamá se asustó, y ya me llevaron al hospital, y me lavaron el estómago y todo.

Resultado de que las autolesiones se consideran una factor de riesgo ante el intento suicida, y puesto que reflejan malestar y sufrimiento emocional que en caso de persistir puede generar en la persona el deseo de morir

(Ñañez *et al.*, 2020), el sistema de salud nacional e internacional han establecido protocolos de atención ante el riesgo suicida, por lo que cualquier paciente que sea ingresado a un hospital por atentar contra su vida debe de obtener un diagnóstico psicológico y/o tratamiento psiquiátrico que permita salvaguardar su integridad. Sin embargo, de nueva cuenta la madre de Mariana se niega a que su hija reciba atención, minimizando la situación. Al respecto Mariana explica:

Me preguntaron por qué, y yo les dije “no, es que no, no sé, me sentía mal” y luego me dicen, no, pues es que tenemos que canalizar a psiquiatría para saber por qué. Y mamá dijo: “no, no la tienen por qué mandar a psiquiatría, es mi hija, se sentía mal y no tomó las pastillas correctas”, y pues no autorizó.

Preservar un equilibrio emocional durante la etapa adolescente puede ser complejo, dado que existen factores internos y externos propios del desarrollo que contribuyen a la fluctuación emocional. Por tanto, cuando el niño y/o adolescente siente tristeza, miedo, enojo y/o estrés, busca otras formas de controlar las emociones y puede ocurrir a las autolesiones (Ospina *et al.*, 2019). Esta actividad se presenta de manera recurrente y esta frecuencia se relaciona con el riesgo de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2022). Se recuerda que las autolesiones son producto de la desesperación y del deseo que tiene la persona de parar el dolor emocional y, para lograrlo, lo intercambia por uno físico. Sobre esto, Mariana contó:

Mi abuelita se cayó, no se podía mover; no sabía ni a qué facultad iba a entrar, o sea se me juntó todo, y me rasguñé, o sea, me empecé a rasguñar el cuerpo. Pero eran unos rasguños que no me dolían, o sea, me los pasaba y aunque me dolieran, me daban satisfacción, o sea, al sentir ese dolor. Y mi mamá me decía “no, pues tranquilízate, no estás loca, son cosas de la vida que pasan y las tienes que aprender a vivir” y yo “no, es que por qué me pasa esto”, y me dice “no, no es que tú estés mal, eres muy dramática, reaccionas mucho a las cosas” y ya. Si me veía así me decía “ya cálmate, Mariana”, me agarraba de los brazos y me decía “ya cálmate, no seas chiflada, ya cálmate”. Fue mucho así de que “ooh” [sonido de desesperación].



Es importante resaltar dos elementos de la narración anterior. El primero está relacionado con la inhibición del dolor y la satisfacción que Mariana expresa ante la autolesión, y se explica porque las estructuras límbicas del cerebro que intervienen en la gestión cognitiva y emocional del dolor no están funcionando de forma correcta (Mendoza y Pellicer 2002, como se citan en Martínez- Falero, 2015). El segundo tiene que ver con la invalidación de la emoción por parte de la madre de Mariana y las expresiones de “estás mal”, “estás chiflada”, que no contribuyen en la gestión emocional ni a la implementación de otras estrategias que le permitan afrontar el desborde emocional, sin lesionarse.

Después de ese episodio la madre de Mariana le advierte que, si no estudia cierta carrera, ella tendrá que pagarse sus estudios, situación que le provoca un estrés constante. Ella explicó “pues ahí fue otra preocupación y dije: una carrera, ¿cómo me la voy a pagar y luego me dice: pues consigue un trabajo”. Afortunadamente Mariana comienza a trabajar en un hospital, ahí observan que su comportamiento es diferente y le brindan atención psicológica. Como era empleada de la institución no fue necesario el consentimiento de sus padres. Al respecto, ella explicó:

Me envían con el psicólogo, no les preguntaron a mis papás porque, pues ya era trabajadora [...] Empezamos a platicar, o sea, me empezó a preguntar sobre mi vida, sobre cómo me sentía, sobre todo y pues ya, o sea me dijo: te vamos a enlazar con psiquiatría” y yo, pero, ¿por qué con psiquiatría, si yo no estoy loca”, me dice, “no, no es porque estés loca, es porque tal vez tengas un problema y pues nosotros te queremos ayudar para que lleves una vida más, o sea, más normal” [...] y me diagnosticaron con depresión/ansiedad.

El diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental lleva implícita una responsabilidad para el médico, quien debe hacer una serie de pruebas para determinar un diagnóstico y el tratamiento adecuado. Pero también debe ser empático y explicar de una forma clara el proceso de malestar que la persona está viviendo (Carvajal, 2017). En ese sentido, Mariana contó: “me explicó que no es nada malo, que muchas personas lo tienen [...] me dijo: te vamos a medicar y vas a venir primero cada semana, como vayas avanzando, cada dos semanas, cada tres semanas, cada mes y así”. Para Ma-

riana, así como para muchos pacientes, contar con un diagnóstico es entender todo lo que están sintiendo y saber qué camino tomar al respecto (Carvajal, 2017), esto fue lo que Mariana describió:

No sé por qué, pero me sentí como con un alivio muy... muy fuerte y le digo, “¿o sea, eso genera mis emociones?” y me dice “sí, o sea, no es que seas muy dramática, es porque tus emociones son muy fuertes y no las puedes controlar” y le digo “entonces ¿qué va a pasar?” y ya me explicó.

Mariana comienza su medicación a escondidas, porque reconoce que es algo con lo cual su madre no estará de acuerdo, y a pesar de los efectos secundarios del medicamento ella comienza a sentirse mejor emocionalmente. Sin embargo, este bienestar es temporal ya que su madre descubre que está tomando el medicamento.

## El intento de suicidio

Como se ha mencionado, el suicidio es una acción que tiene la intención de terminar con la propia vida y tiene implicaciones en la familia y en la comunidad que rodea a la persona que decide realizarlo. Para muchas personas resulta difícil comprender las situaciones por las que alguien tiene que atravesar para tomar esa decisión. El suicidio se relaciona con factores económicos, culturales y psicológicos: la falta de apoyo social, la carencia de recursos, la prevalencia de eventos estresantes —abuso sexual, violencia o pérdidas—, discriminación y ruptura de las relaciones (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

En México la tasa de suicidio para los niños de entre 10 y 14 años representa un 2.1% por cada 100 000 habitantes, mientras que para los adolescentes con edades de 15 a 19 años la tasa es de 7.7 por cada 100 000 habitantes. Aunque, si bien es cierto, la tasa más elevada fue para la población de entre 25 a 29 años, en quienes se encontró una tasa de 11.6 por cada 100 000 habitantes (INEGI, 2023a). Se considera que el suicidio cometido por los menores de 19 años se pudo haber evitado dado que este grupo, cuando atenta contra su vida, no busca terminar con ella, sino dejar de sufrir (Ministerio

de Salud de la Nación, 2021). En ese orden de ideas Mariana platicó que, cuando su madre se enteró de que tomaba medicamentos, comenzó a insultarla realizando expresiones como “ese medicamento es para locos, tiene químicos”, “eres una mala hija”, “cómo quieres que esté orgullosa de ti si te tomas esas cosas”, “por qué no le quieres echar ganas a la vida”. Estas frases trastocan la salud emocional de Mariana y la llevan a atentar contra su vida:

Me sentí muy mal, que entonces ahora sí me tomé diez pastillas de las que yo me tomaba para la depresión, pues a los 30 minutos me desmayé, o sea, me desmayé y no sé, sentí como que un alivio y cuando fui al hospital, o sea, cuando entré al hospital, cuando me desperté lloré, porque pues yo ya no quería estar aquí. Yo sentía el apoyo de mi familia y yo decía, es que “¿por qué desperté?”, o sea, “¿por qué tuve que despertar?” y así estuve varios días, pensando “¿por qué desperté, por qué tuve que despertar?”. “No debería estar aquí, no, no serví para lo que debería servir”.

Mariana fue atendida en el hospital en el que trabajaba. Después de su alta, su psiquiatra habla con ella y deciden que el medicamento le sería administrado de forma controlada dentro de la institución, para que pueda continuar con el tratamiento sin la intervención de su madre. Es relevante mencionar que, para esas fechas, Mariana ya era mayor de edad. Trascurrieron más de seis meses y un día la madre de Mariana tiene un desborde emocional y la agrade, al respecto ella narró:

Un día regreso a mi casa y mi mamá no sé de qué humor estaba, y me ve las pastillas que yo las traigo en la mano. Cuando me las iba a tomar, me las agarra y me dice “bueno, ¿tú sigues con estas cosas?” y le digo “sí, o sea, todavía es un tratamiento que acaba de empezar”. “Bueno, te he dicho que tú no ocupas eso, ¿por qué lo haces?” y yo pues “porque lo ocupo”. “Tú no ocupas eso”. Va, toma todas las pastillas y las echa al baño y le baja, y así no me tomo pastillas un mes. Yo me sentía horrible, horrible [...] Otra vez fue como que un deseo muy grande de para qué servía, o sea, que yo no debía estar ahí y pues no sé, fue muy, como que mucho mi dolor, mi dolor.

Dávila y Luna (2019) explican que el intento de suicidio es un predictor de un posible suicidio consumado, puesto que un intento de suicidio previo eleva las posibilidades de un desenlace fatal. Se considera que el suicidio es un fenómeno multifactorial en el que intervienen elementos biológicos, genéticos y familiares que inducen a una persona a experimentar una conducta suicida en alguna etapa de su vida. Otros de los componentes que intervienen son los eventos estresantes que pueden surgir del ámbito familiar, educativo, laboral o social. Además, en los adolescentes el riesgo aumenta cuando tienen un trastorno depresivo y/o ansioso, un intento previo de suicidio, deserción escolar, conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias, ideación suicida e intentos de suicidio de familiares cercanos (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018). Como se puede observar, Mariana posee algunos elementos que la predisponen a intentar de nueva cuenta atender contra su vida, y así sucedió. En ese contexto, ella contó:

La última recaída que yo he tenido [...] fue por culpa de mamá. Mi mamá me dijo, es que... no me acuerdo muy bien, bueno, me dice “es que yo no sé qué quieres aparentar haciendo tantas cosas a la vez, si no puedes hacer sólo una cosa, acaba una cosa y luego haces otra y luego haces otra”. Me dice “bueno, es que como quiera, o sea, me siguen sin gustar tus decisiones. Mira, o sea, ya vas a cumplir años y ¿qué tienes?, ¿qué has hecho de tu vida?, o sea, ¿tú estás orgullosa con lo que tú has hecho en tu vida o no?”. Digo “sí”, “pues muy mal, no deberías estar orgullosa” me dijo. “No sé qué quieres que, o sea, que te diga, que estoy orgullosa de ti, no lo estoy [...]”. Tú no eres una persona estable, por eso cambias mucho de decisiones, por eso estas así, por tu culpa”. Y fue mucho, o sea, me empezó de que la culpa, la culpa, la culpa, la culpa y ay, no, me tomé... no me acuerdo qué era, pero lo había sacado del laboratorio, hice un medicamento y me lo tomé.

Definitivamente, el rol de los padres es sumamente importante para el bienestar o malestar de las personas, especialmente en el de los niños y/o adolescentes. En el caso de Mariana, es evidente que la actitud de su madre no favorece a su bienestar. En ese sentido, Vargas-Jaimes *et al.* (2019) explican que existen modelos representativos de las madres de adolescentes que han presentado conductas suicidas, las cuales se caracterizan por realizar

conductas violentas y hostiles hacia los menores, además de ser controladoras, intolerantes, manipuladoras e intrusivas. Por lo regular muestran rechazo hacia las emociones de los hijos y, con relación a la conducta suicida, se muestran negadas y evitan afrontar los efectos de dicho acto. La reacción de la madre de Mariana es similar a la que reporta la literatura, ya que su comportamiento fue el siguiente:

Me lo tomé y me hacía sentir muy mal el riñón, pero mi mamá me ve que estoy así y pues dice “otra vez tu hija, no sé qué hizo, pero se siente mal”, o sea, pero, así como que por mi culpa ¿no? “otra vez sí... y otra vez hay que aguantar estar en un hospital por esto y por el otro. Es que tu hija no puede hacer nada” y yo, llorando, sintiéndome mal y dije “es que, por qué estoy aquí, por qué estoy aquí, por qué estoy aquí”.

En esos momentos, Mariana ya cuenta con una relación de pareja estable la cual es un recurso de apoyo social que le permite afrontar la situación. Él ha sido una fuente de empatía, amor, solidaridad y acompañamiento en la vida de Mariana; ella contó:

Hay veces en las que le digo, “no sabes, que ni me hables porque me siento bien triste, o sea, lo que me digas, voy a llorar”, dice “bueno, está bien” y me abraza y ya me pongo a llorar, y me dice “pero no llores”, y le digo: “es que siento bien bonito que me estés abrazando” [...] Él ha sabido cómo manejar-me, y sí, siento que a veces sí se ha frustrado, porque yo me exalto y empiezo a gritar y a llorar y me dice “¿es que qué hago?” y yo “es que entíendeme” me dice “pero es que ¿cómo te entiendo?” [...] Nadie me acompañaba ni a mis citas ni nada, y él me acompaña, o sea me ha acompañado en todo y a veces, bueno, yo tenía mucho la frase de me quiero morir, me quiero morir. Entonces me dice, “no, no digas eso, tú tranquila”... y ya no la digo.

La experiencia de Mariana permite identificar cómo se fue agravando su estado de salud mental y resaltar la importancia de atender el malestar desde las etapas tempranas de la vida para así evitar situaciones traumáticas como las autolesiones y los intentos de suicidio. A pesar de lo vivido, Mariana es una joven simpática, alegre y resiliente.



## Consideraciones finales: un abordaje desde la perspectiva de los participantes

La salud mental no es un estado de completo bienestar, es una herramienta que se construye a lo largo de la vida. Las etapas de la infancia y la adolescencia son un periodo crucial en la vida de las personas puesto que, los eventos estresantes que viven las personas durante estos años tienen efectos adversos y duraderos en su sanidad. Recordemos que el estrés depende de la valoración que los niños y adolescentes le dan a la situación que les genera malestar y que, asimismo, el estrés está a merced de los recursos de apoyo con los que cuenten los menores.

En este estudio, la mayoría de los participantes —seis— comenzaron su malestar mental en la infancia, etapa en la que presentaron emociones existenciales como el miedo, la ansiedad y la culpa; y emociones desfavorables como la tristeza-depresión, derivadas de los conflictos familiares, la separación o divorcio de sus padres y el duelo. Los otros cuatro participantes iniciaron su malestar emocional durante la época de la adolescencia, sintiendo emociones desagradables como la ira, la envidia y los celos, además de emociones existenciales como la vergüenza, ansiedad y la tristeza-depresión. El origen de estas emociones, en dos de los casos, estuvo relacionado con una ruptura amorosa, mientras que en el tercero fue por el divorcio de los padres y el último, por rechazo parental.

Es importante destacar que la falta de acompañamiento ante los eventos estresantes hizo que este grupo de participantes reprimiera sus emociones y buscara en la soledad una forma de externar lo que estaba sintiendo y viviendo. Así, la mitad de los participantes recurrieron a conductas de riesgo

como el consumo de medicamentos y sustancias —tabaco, alcohol y drogas—. Además, tres de ellos expresaron que los trastornos alimenticios fueron un recurso que les permitió disminuir su malestar emocional, mientras que siete de los diez participantes utilizaron las autolesiones como un medio para aliviar el dolor emocional.

Este manejo que dieron los niños y adolescentes a sus emociones es un atentado contra sus principales derechos, puesto que ellos vivieron ese malestar emocional sin que sus padres, maestros, vecinos o cualquier integrante de la comunidad lo percibiera e hiciera algo para ayudarlos y reconfortarlos. Lamentablemente, seis de los diez participantes tuvieron ideación suicida y cuatro intentaron terminar con su vida.

En distintos medios la gente se cuestiona: ¿qué estamos haciendo mal como sociedad? y los primeros argumentos se discuten en torno a la falta de reglas y disciplina; otros piensan que el intenso acceso a la tecnología está haciendo que los niños y adolescentes accedan a grupos en los que se les induce al consumo de sustancias, a lesionarse o a terminar con su vida. Estas explicaciones se dan porque resulta más fácil observar hacia afuera, pues poco se habla de las emociones desagradables o existenciales que puede sentir un niño, niña o adolescente cuando pasa en soledad la mayor parte del tiempo, cuando vive entre gritos y condiciones estresantes, cuando se invalida lo que está sintiendo.

Afortunadamente la salud mental no es proceso lineal y, conforme los niños y adolescentes participantes crecieron, fueron desarrollando diferentes estrategias de afrontamiento que les permitieron salvaguardar su salud mental. Algunos de ellos lo lograron porque de una forma y otra tuvieron el apoyo de sus padres, otros gracias a centros de atención a la salud mental gratuitos a los que pudieron acceder, y una minoría encontró en sus recursos personales algo que los motivó a seguir adelante.

Pero estas circunstancias no son iguales para todos. En Nuevo León, México y en muchas partes del mundo, todavía existe un gran estigma hacia la atención de la salud mental y la carencia de políticas públicas y sociales que ofrezcan servicios de atención gratuita a los niños y adolescentes. Además, se considera necesario crear programas que fomenten la inteligencia emocional desde la infancia, con lo que se podrá evitar que cada vez más niños y adolescentes sientan malestar emocional en soledad.



Después de leer este libro y conocer la experiencia de los diez adolescentes que participaron, podemos pensar en acciones, condiciones o conductas que hubieran prevenido o evitado el malestar de este grupo, sin embargo, los mismos adolescentes que participaron mencionaron algunas acciones que como padres, maestras y sociedad podemos realizar con las nuevas generaciones. En los discursos, a pregunta expresa de la entrevistadora, los participantes resaltaron tres cosas que ellos consideran importantes en la prevención y detección del malestar emocional. La primera es que, en la etapa de la infancia y la adolescencia, este grupo debe de confiar en sus padres y ellos en sus hijos, y así poder tener conversaciones asertivas, puesto que éstas les darán la oportunidad de conocerlos mejor. Además, platicar dará la confianza a los niños, niñas y adolescentes, de ver a sus padres como su principal recurso de apoyo cuando sientan que algo no marcha bien. En ese sentido Álvaro expresó:

La primera opción para los niños debe ser buscar a sus papás y decir, me siento así ¿verdad? Los padres deben de hablar con ellos sobre ¿cómo se sienten? Para que sepan, y ellos les tengan confianza y puedan contarles esas cosas [...] porque si no llegan con el psicólogo, se las van a guardar y no van a llegar a nada. Al paso del tiempo les va a afectar en su vida y les va a afectar a ustedes también, ya sea porque se autolesionen o les pasen cosas.

El segundo comportamiento importante, que se enlaza con la comunicación es la atención puesto que, por lo regular, las personas dan señales del malestar. Estas señales pueden confundirse con las características propias de la etapa de la adolescencia o minimizarse creyendo que lo único que buscan es “llamar la atención”. Sin embargo, aunque ésta es una frase mal utilizada, si la entendemos de forma correcta, realmente es un grito de alerta y de ayuda que, muchas veces, los niños y adolescentes dan porque no saben cómo expresar lo que están sintiendo. En concordancia, Luz comentó: “los papás deben saber que la comunicación es lo mejor, porque muchas veces no sabemos lo que cargan las demás personas, no sabemos... y aunque sean tus hijos. O sea, muchas veces hay cosas que te guardas, pero inconscientemente las vamos diciendo, entonces hay que ser conscientes de esas señales”.

Bárbara también consideró que es importante que los padres estén atentos al comportamiento de sus hijos, así lo describió:

Yo creo que la atención a los detalles es muy importante, porque por ejemplo yo, cuando hay personas que están todo el tiempo así [mordiéndose las uñas] es porque algo tienen. No sé qué o los que siempre están a la defensiva. Yo creo que, si algo les falta a algunos papás es que pongan atención a los detalles, a veces no es de que seas adivino y que con sólo verlo ya digas: ah se siente mal, pero a veces prestarles atención a los detalles hace la diferencia.

Esta atención, como lo menciona Luisa más abajo, es parte de los derechos fundamentales de los niños y las niñas. Los padres tienen la obligación de garantizar el derecho de este grupo a vivir en condiciones de bienestar y no solamente material, ya que lo emocional es fundamental para un adecuado desarrollo. Al respecto, Luisa explicó:

Como padres, pues tienen la obligación de proveerle a los hijos, pero el ver si realmente están bien, porque igual, ¿cómo no te decía nada que estaba siempre encerrada? No salía, eso es algo preocupante porque pues es en la adolescencia, estás creciendo. Obviamente tienes ganas de salir o de conocer el mundo, socializar y también eso, también es una señal de depresión, el estar aislado de vez en cuando pregúntales: ¿estás bien?, ¿cómo te sientes hoy?, ¿cómo te fue hoy?, ¿qué pasó?, ¿qué es lo más relevante de tu vida que me quieras compartir? Y a veces cuando hablas con alguien y tiene depresión, se le nota, la manera en la que te llegan a mirar o la que la manera en la que se expresan o sus palabras o su voz.

Como se observa en la narrativa de Luisa, las necesidades son básicas y aun así se encuentran insatisfechas, porque los padres piensan que con cubrir las necesidades materiales ya están cumpliendo. Al respecto Luisa comentó: “los padres dicen: es que te doy todo, te lo he dado todo, no te falta nada. Me han dicho: te he dado todo lo que me pides, te he dado estudios, te he dado comida, un techo, ropa”.

En el ámbito emocional ellos consideran necesaria la validación de sus emociones, Emilio expresó que los padres deben saber “qué no, que no todo

es como ellos piensan, que a lo mejor para ellos es un sentimiento, pero ellos también tienen que reflejar empatía”. Es complicado para las personas que no han experimentado emociones desagradables o existenciales, conductas de riesgo, autolesiones o ideación suicida, comprender cómo alguien no puede salir de ese estado. Pero cuando lo has vivido, eres empático porque sabes lo difícil que es afrontarlo, esto sin importar los recursos de apoyo personales, familiares o sociales que aparentemente se tienen. Así fue el caso de Julián, quien relató:

Ahorita sí le doy mucho valor a las emociones porque antes sí, si yo me hubiera visto a mí mismo, de que todo acostado y todo, yo también la verdad es que hubiera dicho, ¡ay! tan fácil es pararte... ¡sigue con tu vida! o sea, ya báñate, salte, distráete, ya, ya pasó. Pero, es tan fácil decirlo, pero ya en el momento cuando estás pasándolo, ahí es cuando ya te das cuenta de la situación, la verdad es que las emociones, sí te controlan mucho.

La escuela es un reflector que puede identificar en los niños, niñas y adolescentes conductas de riesgo, sin embargo, en ninguno de los casos éstas fueron detectadas. Las razones pueden ser variadas, pero es importante, como sociedad, trabajar de manera colaborativa en la prevención, detección y atención del malestar emocional. Con relación a lo anterior, Luz narró:

Yo creo que, si hubiera habido como más atención en las escuelas sobre el comportamiento de los, de los niños, hubieran detectado mi comportamiento y hubieran podido hablar conmigo, decirme: “oye, sé que para ti es difícil, pero mira, aquí está otra manera”. Pero nunca tuve como que esa, esa ayuda, nunca tuve ese apoyo [...] Yo creo que, que tener como que maestros enfocados en que existen estas cosas y estas señales de alerta, es importante.

Por cuestiones de estigma hoy se reconoce que hablar del malestar no es fácil y que hay niños, niñas y adolescentes que permanecen en silencio y buscan maneras incorrectas de afrontar sus emociones. A ustedes, Álvaro les dice: “ve a terapia, aunque no tengas nada, aunque creas que estás feliz de la vida. Es bueno ir, aunque digas: yo tengo todo, y te sientas así bien

egocéntrico, es bueno ir. Así fortaleces tu mente y tu actitud con todos, para sentirse seguros de sí mismos y saber cómo actuar”.

Para concluir reafirmamos que la salud mental no es un estado de completo bienestar. Las personas pueden experimentar diversas emociones como la tristeza, el miedo, la alegría o la desesperación, también es posible sentirse ansiosos ante un evento estresante o tener momentos depresivos, dado que son parte de la existencia humana. Lo que no es posible es que vivas en ese estado, que creas que siempre será así, que no recibas atención adecuada, que te lastimes físicamente y que tus pensamientos te paralicen. En ese orden de ideas Mariana explicó:

A las personas que pasan por esto: no se avergüencen, o sea, es como toda enfermedad, por ejemplo, tengo gripa, o sea, no, no tengo por qué avergonzarme porque tengo eso. Porque pues al final de cuentas me estoy atendiendo y no es como que yo haya decidido tenerlo, ni que yo lo haya tenido porque haya estado en una situación mala, sino pues porque me tocó estar así, y pues, hay que aprender a vivir así.

## Referencias

- Agüero, G., Medina, V., Obradovich, G. y Berner, E. (2018). Comportamientos autolesivos en adolescentes: estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 116(6), 394-401. <https://doi.org/10.5546/aap.2018.394>
- Aguirre-Guiza, N., Aldana-Pinzón, O. Y. y Bonilla-Ibáñez, C. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista Salud Pública*, 19(1), 3-9.
- Albornoz, E. (2017). La adaptación escolar en los niños y niñas con problemas de sobreprotección. *Revista Universidad y Sociedad*, 9(4), 177-180.
- Alzuri-Falcato M, Hernández-Muñoz N, Calzada-Urquiola Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 7(3), 152-154.
- Amaral, A., Uchoa, J., Ney, F., Santos, M., Fernandes de Mesquita, R., Milanês, L. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Revista Enfermería Global*, 59, 1-12.
- Arija, V., Santi, M., Novalbos, J., Canals, J. y Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 8-15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Artaraz, B., Sierra, E., González, F., García, J., Blanco, V. y Landa, V. (2017). *Guía sobre el duelo en la infancia y la adolescencia. Formación para madres, padres y profesorado*. Colegio de Médicos de Bizkaia.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014a). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Médica Panamericana.
- (2014b). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. APA.
- Ayuntamiento de Barcelona. (2021). *Estratègia municipal contra la soledat 2020-2030*. Ajuntament de Barcelona.
- Ayuzo-del Valle, N. y Covarrubias-Esquer, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86.

- Baca, E. y Fuensanta, A. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373-380.
- Ballarino, F. (2022). *¿La juventud sin preocupaciones?: los problemas de salud mental en la adolescencia*. UNICEF. <https://www.unicef.org/argentina/historias/la-juventud-sin-preocupaciones-los-problemas-de-salud-mental-en-la-adolescencia>
- Barajas, M. y Cruz, C. (2017). Ruptura de la pareja en jóvenes: factores relacionados con su impacto. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 342-352.
- Barnhill, J. (2023). *Introducción a los trastornos de ansiedad: Manual MSD* [Versión para público en general].
- Barragán, A., Martos, A., Simón, M. Pérez, M., Molero, M. y Gázquez, J. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. *Education and Psychopathology*, 4(1), 49-61.
- Barrera-Núñez, D., López-Olmedo, N., Zavala-Arciniega, L., Barrientos-Gutiérrez, I. y Reynales-Shigematsu, L. (2023). Consumo de tabaco y uso de cigarro electrónico en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, 65(1), S65-S74. <https://doi.org/10.21149/14830>
- Basantes, D., Villavicencio, L., Alvear, L., Arteño, R. y Valdes, E. (2021). Ansiedad y depresión en los adolescentes. *Boletín Redipe*, 10(2), 182-189.
- Bautista-Díaz, M., Márquez, A., Ortega-Andrade, N., García-Cruz, R., Álvarez-Rayón, G. (2017). Discriminación por exceso de peso corporal: contextos y situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 121-133.
- Bautista Hernández, G., Vera Noriega, J., Machado Moreno, F. A. y Rodríguez Carvajal, C. K. (2022). Depresión, desregulación emocional y estrategias de afrontamiento en adolescentes con conductas de autolesión. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 137-150. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.10>
- Beltrán, S. (2014). Los miedos en la pre-adolescencia y adolescencia y su relación con la autoestima: un análisis por edad y sexo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 27-36.
- Belletich, J., Céspedes, D., Díaz, N. y Pumapillo, M. (2019). Autolesiones: cicatrizando almas. *Educación*, 25(2), 175-192. <https://doi.org/10.33539/educacion.2019.v25n2.2046>
- Berengúí, R., Castejón, M. y Soledad, M. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students [Insatisfacción corporal, comportamientos de riesgo en desórdenes alimenticios en estudiantes universitarios]. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 1-8.
- Bolívar, A., Domingo, J. y M. Fernández (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación: enfoque y metodología*. La Muralla.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (5ª ed.). Morata.
- (2009). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós Psicología Profunda.
- Calixto, E. (2018). Emociones en el cerebro. *Revista de la Universidad de México*, 128-132.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2007, 1 de febrero). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia: Capítulo I, de la violencia en

- el ámbito familiar. *Diario Oficial de la Federación*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Canals, J. y Arija Val V. (2022). Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 16-26. <https://doi.org/10.20960/nh.04174>
- Cano-Echeverri, M. y Vargas-González, J. (2018). Actores del acoso escolar. *Revista Médica de Risaralda*, 23(1), 61-63.
- Cano, A. y Moriana, J., (2018). Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: Un enfoque transdiagnóstico. *Estudios de Juventud*, 18(121), 133-150.
- Cañón, S. y Carmona, J. (2018). Ideation and suicidal behaviors in adolescents and young [Ideación y comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes]. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 20(80), 387-395.
- Carrasco, V. (2021). *Hambre emocional*. <https://es.scribd.com/document/531198857/HAMBRE-EMOCIONAL-1>
- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K., Sánchez-Vázquez, I. y Rangel-Caballero, M. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(1), 6-20.
- Carvajal, C. (2017). El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 841-848. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.010>
- Carvajal-Carrascal, G. y Caro-Castillo, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Revista Aquichan*, 9(3), 281-296.
- Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M., Alcántara-Chabelas, H. y Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37, 443-448.
- Castellvi-Obiols, P. y Piqueras, J., (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de la Juventud*, 1(121), 45-60.
- Castro-Morales, J. (2011). Acoso escolar. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 74(2), 242-249.
- Castro Rentería, E. V., Palacios Bustamante, M. P. E., Calderón Pauta, I. D. M., González Díaz, E. y Rayme Velásquez, O. A. (2022). Efectos de estilos de crianza sobre la depresión en adolescentes escolarizados de una muestra peruana. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(2), 39-54. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.23811>
- Ceberio M. y Rodríguez S. (2020). El "Start Point" en psicoterapia: emociones positivas, creatividad y resolución de problemas. *Teoría y Práctica*, 2(2), 1-11.
- Celis, R. y Vargas, C. (2005). Estilo de vida y conductas de riesgo. *Sinéctica*, 25, 108-113.
- Cervera, I., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Fernández-Fernández, V. y Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 219-227. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Claudio, K. y Barrionuevo, J. (2023). La alienación parental frente al interés superior de los niños, niñas y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(4), 128-143.

- Coelho, M., Cavalcante, V., Araújo, M., Martinis, M., Barbosa, R. y Barreto, A. (2022). Síntomas de ansiedad y factores asociados en los profesionales de la salud durante la pandemia de covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 27, e79739, 1-19. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79739>
- Confederación Salud Mental España. (2023). *La salud mental en cifras*. Ministerio de Salud. <https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>
- Consejería de Salud y Bienestar Social. (2013). *Guías de autoayuda para los trastornos de depresión de ansiedad*. Servicio Andaluz de Salud.
- Contreras, Y., Miranda, O. y Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 1-14.
- Cortés, M., Bernal, Y. y Orellana, R. (2019). Cannabis y el cerebro del adolescente. *Revista Médica de Chile*, 147, 530-536.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P. y Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Revista Médica de Chile*, 144(6), 743-750. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000600008>
- Cuadro, E. y Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 97-107.
- Cucho Vásquez, K. C., Loo Valverde, M. E. y Chanduvi Puicón, W. D. (2023). Automedicación en niños con enfermedades de vías respiratorias altas en un centro materno infantil en Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(2), 95-100. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v23i2.5657>
- Cuervo, A. y Izzedin, R. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. *Tesis Psicológica*, 2, 35-47.
- Dávila, A. y Luna, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(6), 606-616. <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/1012/1358>
- De la Torre, J. (2005). Las relaciones entre padres e hijos después de las separaciones conflictivas. *Apuntes de Psicología*, 23(1), 101-112.
- Deslauriers, J. (1991). *Recherche qualitative [Investigación cualitativa]*. McGraw-Hill.
- Díaz, D., Fuentes, I. y Senra, N. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrado*, 14(64), 98-103.
- Díaz, M. y Peñaranda, M. (2016). Revisión teórica de los factores externos de influencia en la formación de parejas en la adolescencia. *EduPsykhé*, 15(2), 130-150.
- Dirección General de Divulgación de las Humanidades (DGDH). (2022, 25 de abril). Diccionario de las emociones. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/si-transgredes-las-normas-la-culpa-impide-que-lo-repitas/>
- Doncel, J., Heredia, S., Mateus, Y., Cortes, N. y Ramírez, J. (2023). Factores de riesgo en la bulimia nerviosa (BN): elementos claves de seguridad en el cuidado de la salud: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 13(1), 85-107. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.1.760>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>



- Echeburúa, E. y Amor, P. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptables. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71-80. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082019000100071>
- Enríquez, M. y Garzón, F. (2015). El acoso escolar. *Saber, Ciencia y Libertad*, 10(1), 219-233.
- Fajardo, M., García-Hierro, M., Delgado, B. y Martín, R. (2005). El entorno que rodea a la anorexia: hablan los amigos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 219-228.
- Fernández, O. Jerez Venegas, R. y Ulloa García, K. (2021). Hospitalización por Intento de Suicidio en Adolescentes: mirada retrospectiva de la experiencia y los cambios asociados. *Terapia Psicológica*, 39(3), 445-465. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300445>
- Fernández-Barradas, E. y Herrera-Meza, S. (2022). Educación en el deporte: una píldora para eliminar el estrés. *Eduscientia: Divulgación de la Ciencia Educativa*, 5(9), 105-116.
- Fernández-Montes, I. y García, S. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 85-117.
- Fernández Poncela, A. M. (2021). 2020: Estudiantes, emociones, salud mental y pandemia. *Revista Andina de Educación*, 4(1), 24. <https://doi.org/10.32719/26312816.2021.4.1.3>
- Ferreiro, D., López, K. Núñez, V., González, N. y Boix, A. (2023). Autolesiones no suicidas: abordaje integral desde el primer nivel de salud y sector educativo. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 94(S1), 1-7.
- Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45.
- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en investigación cualitativa*. Morata.
- Flores-Hernández, B. G., Guzmán-Pimentel, M., Martínez-Ruiz, L., Jiménez Castro, M. P., Rojas-Solís, J. L. y Preciado, P. (2021). Breve caracterización de las (nuevas) relaciones románticas de adolescentes. *Avances en Psicología*, 29(1), 47-58.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2015). *Tiempo de crecer: el desarrollo de niños y niñas de 4 a 10 años: guía para la familia*. UNICEF.
- (2019, 5 de noviembre). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales* [Comunicado de prensa]. UNICEF. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>
- (2020). *Reporte tu voz importa: El impacto del covid-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes*. América Latina y el Caribe. UNICEF.
- (2021). *Estado mundial de la infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia* [Resumen ejecutivo]. UNICEF.
- (2023a). *Las discusiones de pareja y los hijos: Algunas recomendaciones*. UNICEF. <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/etapa-escolar/las-discusiones-de-pareja-y-los-hijos-algunas-recomendaciones>
- (2023b). *¿Por qué los adolescentes toman riesgos?* UNICEF. <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/por-que-los-adolescentes-toman-riesgos>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). *El noviazgo*. UNFPA Nicaragua.
- Fresco, M., Arrom, C., Arrom, M., Ruoti, M., Arrom, C. y Capurro, M. (2018). Households of pregnant mothers with children and adolescents witnessing domestic violence [Hogares de madres embarazadas con niños y adolescentes testigos de violencia doméstica]. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 7(1), 92-100.
- Fuertes Ortiz, J. Pérez, R. y Hernández, A. (2010, marzo). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia. *Offarm*, 29(2), 72-77.
- Galindo-Domínguez, H. y Losada, D. (2023). Emotional intelligence and suicidal ideation in adolescents: The mediating and moderating role of social support [Inteligencia emocional e ideación suicida en adolescentes: mediación y rol moderador del apoyo social]. *Psicodidáctica*, 28(2), 125-134.
- Gamarra, P., Díaz, R., Rodríguez, L., Tejada, S., Cervera, M., Banda, A. y Huyhua, S. (2021). Cuidado a los adolescentes institucionalizados: perspectiva de las madres cuidadoras. *Ciencia y Enfermería*, 27(21), 2-9.
- García, F. E., Garabito, S., Neira, M. y Puentes, E. (2020). Ruptura de pareja en adultos jóvenes y salud mental: estrategias de afrontamiento ante el estrés del término de una relación. *Psychologia*, 14(1), 47-59. <https://doi.org/10.21500/19002386.4560>
- García Montañez, M. V. y Ascensio Martínez, Ch. A. (2015). Bullying y violencia escolar: diferencias, similitudes, actores, consecuencias y origen. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(2), 9-38. <https://psicologiayeducacion.uic.mx/index.php/1/article/view/129>
- Jiménez, P. y Pérez, J. (2018). *La generación de la llave: una aproximación multidimensional a la conciliación de la vida laboral y familiar*. Universidad de Valencia.
- Giraldo, P. (2014). El vacío existencial y la pérdida del sentido de vida en el sujeto posmoderno: Retos para el cristianismo del siglo XXI. *Cuestiones Teológicas*, 41(96), 425-444.
- Godoy, F. (2015). Trastorno del comedor compulsivo: incorporación del concepto en la salud pública chilena. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(4), 399-403. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182015000400012>
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(1), 34-38.
- Gómez, A. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Monitor Estratégico*, 7, 66-73.
- González, K. E. (2022, 15 de septiembre). *Anorexia y bulimia deberían considerarse enfermedades crónicas* (Boletín UNAM-DGCS-747). UNAM.
- González Bedoya, D. M., Sánchez Ríos, J. M., Ramírez Cuartas, J. y Márquez Vergara, K. L. (2022). Machismos en la crianza: Narrativas de padres y madres universitarios del TdeA IU. En D. M. González Bedoya (comp.), *Contextos educativos y familiares en épocas de crisis: escenarios, perspectivas y exigencias en tiempos de pandemia* (pp. 61-105). Tecnológico de Antioquia.
- González Calderón, M. J., Carrasco Ortiz, M. Á. y Del Barrio Gándara, M. V. (2011). Estudio sobre la red nomológica de la envidia en población infanto-juvenil. *Revista*

- Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 45-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3619005>
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. Á., Peralta, R. y Wagner, F. A. (2015). Depresión entre adolescentes: un problema escondido para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- González Suárez, L. F., Vasco-Hurtado, I. C. y Nieto-Betancurt, L. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56.
- González-Usigli, H. A. (2022). Mioclonías. *Manual MSD para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/trastornos-del-movimiento-y-cerebelosos/mioclon%C3%ADas>
- Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: percepciones de padres e hijos. *Psicothema*, 14(2), 274-279.
- Gracia, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28(2), 73-81.
- Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. (2014). *ABECÉ sobre la salud mental sus trastornos y estigma*. Gobierno de la República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.
- Guadarrama-Orozco, J. H., Garduño Espinosa, J., Vargas López, G. y Viesca Treviño, C. (2015). Consentimiento informado y rechazo de los padres al tratamiento médico en edad pediátrica: El umbral de la tolerancia médica y social (parte 1). *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(3), 208-214. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.06.003>
- Guerra, J., Gutiérrez, M., Zavala, M., Singre, J., Goosdenovich, D. y Romero, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 169-177.
- Guzmán Aguilar, F. (2021, 16 de agosto). Funciones del llanto: desestresar y generar empatía con los demás. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/funciones-del-llanto-desestresar-y-generar-empatia-con-los-demas/>
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T. y Saadabadi, A. (2023). *Suicidal ideation*. StatPearls.
- Healy, D., Le Noury, J. y Jureidini, J. (2018) Los antidepresivos en pediatría: ¿el mayor fracaso de la asistencia sanitaria? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 195-216. <https://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17041>
- Hermosillo-de la Torre, A., Montserrat-Arteaga, S., Azua, R., Domínguez-Mercado, D. y Méndez, C. (2019). Implementación de un programa informado en terapia dialéctica conductual para la prevención del suicidio en jóvenes del municipio de Aguascalientes, México. En R. Valdez y L. Arenas (ed.), *Simplemente quería desaparecer: aproximación de la conducta suicida de adolescentes en México* (pp. 155-170). Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández, M. (2020). La envidia y la brujería como obstáculos para el desarrollo comunal en Guadalupe Atenco, Estado de México. *Relatos*, 1(1), 3-8.
- Hernández-Cortaza, B., Cortaza-Ramírez, L. y Costa-Junior, M. (2012). Depresión y con-

- sumo de alcohol en estudiantes de una preparatoria pública de Coatzacoalcos, en Veracruz, México. *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 8(3), 142-147.
- Hernández-Paz, M., De la Torre-Herrera, J., Espinoza-Gómez, M., Lara-García, B. y Gutiérrez-Cruz, S. (2016). El concepto de salud mental desde la visión del Estado mexicano. *Revista de Educación y Desarrollo*, 37, 89-93.
- Hernández Rodríguez, J. y Ledón Llanes, I. (2018). Comments on clinical and epidemiological aspects of binge eating disorder [Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón]. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(2), 1-15. <https://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/1115>
- Horno, P. (2018). El amor y el desamor en la adolescencia. XII Conferencia "Blas Taracena del Piñal". *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 6(2), 78e1-78e6.
- Hurtado, C., Núñez, J., Vega, P. y Limaico, J. (2022). Efectos del abandono en la niñez y la adolescencia. *Revista Conrado*, 18(S1), 105-115.
- Instituto Nacional de Estadística [de España] (INE). (2023b). *Factor de riesgo*. INEGI. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2022). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio* (Comunicado de prensa, 503/22). INEGI.
- (2023a). *Día Mundial para la Prevención del Suicidio* (Comunicado de prensa, 542/23). INEGI.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2021). *Los problemas de salud mental a consecuencia de la pandemia son atendidos por el IMSS* [Archivo de prensa]. IMSS. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202107/301>
- Jácomo, F., Jácomo, Arlett. y Manrique, M. (2020). Autolesiones denominadas cutting en adolescentes de Arequipa. *Scientiarvm*, 6(2), 27-31. <https://doi.org/10.26696/sci.epg.0117>
- Jans, T., Vloet, T., Taneli, Y. y Warnke, A. (2018). Suicidio y conducta autolesiva. En M. Irarrázaval y A. Martín (eds.), *Trastornos del ánimo* (cap. 4).
- Jaramillo, J. (2019). El ser humano y su búsqueda de la felicidad. *Acta Médica Costarricense*, 61(1), 4-5.
- Jiménez, L. (2020). Repercusiones infantiles de la violencia familiar/doméstica. *Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 58, 99-115.
- Jiménez Moreno, J. A. (2022). Aproximaciones de la relación entre estados emocionales y felicidad. *Revista Digital de la Unidad Académica de Docencia Superior*, 26, 1-21.
- Landín, M. y Sánchez, S. (2019). El método biográfico-narrativo: una herramienta para la investigación educativa. *Educación*, 28(54), 227-242. <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.011>
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- León del Barco, B., Felipe-Castaño, E., Polo del Río, M. y Fajardo-Bullón, F. (2015). Aceptación-rechazo parental y perfiles de victimización y agresión en situaciones de

- bullying. Anales de Psicología*, 31(2), 600-606. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.156391>
- Llamazares, A. y Urbano, A. (2020). Autoestima y habilidades sociales en adolescentes: El papel de variables familiares y escolares. *Puls*, 43, 99-117.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Neuropsiquiatría*, 80(1), 35-41.
- Luna-Contreras, M. y Dávila-Cervantes, C. (2020). Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida de adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México. *Papeles de Población*, 106, 75-103. <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.106.31>
- Maldonado, L. (2007). Las lágrimas: ese misterioso país. *Alteridad*, 2(2), 6-21.
- Malo, M. (2019). Presentación. En R. Valdez y L. Arenas (eds.), *Simplemente quería desaparecer: aproximación de la conducta suicida de adolescentes en México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Marfil R., Sánchez, M. I., Herrero-Martín, G. y Jáuregui-Lobera, I. (2019). Alimentación familiar: Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative & Non Positive Results*, 4(9), 925-48. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3171>
- Márquez-Caraveo, M. y Pérez-Barrón, V. (2019). Protective factors, positive qualities and psychopathology in adolescents in clinical settings [Factores protectores, cualidades positivas y psicopatología en adolescentes en entornos clínicos]. *Salud Pública Mexicana*, 61, 470-477.
- Martínez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27(2) 7-33.
- Martínez-Falero, A. (2015). *El estilo parental y las autolesiones en la adolescencia*. Universidad Pontificia Comillas.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- MAXQDA. (2020). *Software de análisis de datos cualitativos*. <https://www.maxqda.com/es/software-analisis-datos-cualitativos>
- Mayer, P., Morales, N., Figueroa, G. y Ulloa, R., (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, 58(3), 335-336.
- McCracken, G. (1991). *The long interview [La entrevista larga]* (5ª ed.). Sage.
- Merayo, M. (2013). *Acoso escolar*. Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- Mercader, Y. (2012). El cine como espacio de enseñanza, producción e investigación. *Reencuentro*, 63, 47-52.
- Meza de la Luna, M., Roveló, N., Gayou, U. y Concepción, J. (2019). El cutting en jóvenes y su asociación con las relaciones familiares. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 87-99.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud*. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina).

- Ministerio de Sanidad. (2022). *Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia*. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud España. [https://doi.org/10.46995/pr\\_4](https://doi.org/10.46995/pr_4)
- Mirabent, V. (2014). El adolescente adoptado: dificultades añadidas en el proceso de construcción de su identidad. *Temas de Psicoanálisis*, 8, 1-35.
- Morales, M. (2019). Anorexia nerviosa en población pediátrica. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 36(2), 46-55.
- Morales-Alfaro, J., Herrera, A., Guidorizzi, A. y Gherardi-Donato, E. (2014). Approaching the world of young drug user: A qualitative study in Nicaragua [Acercándonos al mundo de los jóvenes consumidores de drogas: un estudio cualitativo en Nicaragua]. *Revista Eletrônica Saúde Mental Alcool e Drogas*, 10(3), 143-150. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i3p143-150>
- Morán, L. (2022). Hormonas y deporte: la fuerza de la adrenalina. *Ciencia UNAM*. <https://ciencia.unam.mx/leer/1340/hormonas-y-deporte-la-fuerza-de-la-adrenalina>
- Muñoz, M. y Argente, J. (2019). Trastornos del comportamiento alimentario. En *Protocolos de endocrinología* (pp. 295-306). AEP.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2017). *Los hombres y la depresión*. NIMH.
- (2021). *Los trastornos de la alimentación: un problema que va más allá de la comida*. NIMH.
- (2022). *Trastorno de ansiedad social: Más allá de la simple timidez*. NIMH.
- (2023). *El suicidio en los Estados Unidos*. NIMH.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2023). *Información sobre el consumo de alcohol entre menores de edad*. NIAAA.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2019). *El cannabis (marihuana)* [Reporte de investigación]. NIDA.
- National Institutes of Health (NIH). (2020). *Trastorno obsesivo compulsivo: cuando los pensamientos no deseados o comportamientos repetitivos toman control*. NIH.
- Nieto, I. y López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104.
- Núñez, C., Pérez, C. y Castro, M. (2017). Consecuencias del divorcio-separación en niños de edad escolar y actitudes asumidas por los padres. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 296-309.
- Ñañez, A., Causa, A. y Estrada, M. (2020). *Autolesiones en niños, niñas, adolescentes y jóvenes: guía de navegación para madres, padres y otras figuras que acompañan a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con una problemática de salud mental*. Salut Mental Catalunya.
- Ochando, G. y Peris, P. (2017). Actualización de la ansiedad en edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 21(1), 39-46.
- Ochoa, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con trastorno de conducta alimentaria. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 106-124.

- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCYTU). (2018, enero). *Salud mental en México* (Nota INCYTU, 007).
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2013). *Informe mundial sobre las drogas*. UNODC.
- Olgún, M. (2019). La envidia, proceso natural en jóvenes. *Gaceta UNAM*.
- Ordoñez, A. y Lacasta, M. (2020). El duelo en los niños (la pérdida del padre/madre). *El Duelo en la Oncología, 10*, 121-136.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2012). *Día Internacional de la Felicidad*. <https://www.un.org/es/observances/happiness-day>
- (2018, 10 de octubre). Hasta un 20% de los adolescentes sufren problemas de salud mental que no se detectan o tratan. *Noticias ONU*. <https://news.un.org/es/story/2018/10/1443452>
- Representante Especial sobre la Violencia contra los Niños. (2020). *Salud mental*. <https://violenceagainstchildren.un.org/es/content/salud-mental>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2018). *Buenas políticas y prácticas en educación para la salud, 10: Respuestas del sector de la educación frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas*. UNESCO.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo: salud mental nuevos conocimientos y nuevas esperanzas*. OMS.
- (2017). *Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse* [Comunicado de prensa]. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>
- (2019). *La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>
- (2021a). *Salud mental del adolescente: notas descriptivas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health#:~:text=Trastornos%20emocionales&text=Se%20calcula%20que%20el%203,a%2019%20a%C3%B1os%20padecen%20depresi%C3%B3n>
- (2021b). *Trastornos mentales: notas descriptivas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- (2022a). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos: Panorama general*. OMS.
- (2022b). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- (2022c). *Trastornos mentales*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- (2022d). *Clasificación internacional de enfermedades* (11ª ed.). OMS.
- (2023a). *Depresión*. OMS. [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=El%20trastorno%20depresivo%20\(o%20depresi%C3%B3n,sobre%20el%20d%C3%ADa%20a%20d%C3%ADa](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=El%20trastorno%20depresivo%20(o%20depresi%C3%B3n,sobre%20el%20d%C3%ADa%20a%20d%C3%ADa)

- (2023b). *Tabaco: notas descriptivas*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- (2023c). *Día Mundial contra la Prevención del Suicidio: creando esperanza a través de la acción*. OMS. <https://www.who.int/es/campaigns/world-suicide-prevention-day/2023>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018). *World Mental Health Day 2018*. OPS. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14710:world-mental-health-day-2018&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14710:world-mental-health-day-2018&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0)
- (2019). *Los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en el mundo, afirman expertos*. OPS. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15481:mental-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15481:mental-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
- (2022). *El alcohol en la adolescencia*. OPS.
- (2023). *La OMS lanzó nuevos recursos sobre la prevención y despenalización del suicidio*. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/12-9-2023-oms-lanzo-nuevos-recursos-sobre-prevencion-despenalizacion-suicidio>
- Ortega-Andrade N. A., Viramontes-Martínez, L. M. y Jiménez-Rodríguez, D. (2021). El enojo desde la perspectiva de un grupo de niños y niñas mexicanos. *European Scientific Journal*, 17(5), 51. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n5p51>
- Ospina, L., Ulloa, F. y Ruiz, L. (2019). Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Semergen*, 45(8), 546-551.
- Parra, M. y Briceño, I. (2013). Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Enfermería Neurológica*, 12(3), 118-121.
- Peker, G., Rosenfeld, N., Febbraio, A., Loiza, C., Abalo, M., Serfaty, D., Rodríguez, P. y Stigliano, M. (2017). *Autoestima y adolescencia* [Ponencia]. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.
- Pérez, M. y Sánchez, P. (2022). Anxiety in childhood and adolescence [Ansiedad en la infancia y adolescencia]. *Pediatría Integral*, 26(1), 40-47.
- Plaza, J., Urguen, P. y Bejarano, F. (2017). Validez y confiabilidad en la investigación cualitativa. *Arje*, 11(21), 352-357.
- Ramírez, M. (2022). *Las emociones a través de la educación física en educación infantil*. Universidad de Jaén.
- Ramón, E., Martínez, B., Granada, J., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., Guerrero, S. y Sáez, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339-1345. <https://doi.org/10.20960/nh.02641>
- Ramos, I., Sepúlveda, J. y Fernández, M. (2017). Perfil físico y psicológico del adolescente víctima de *bullying*, según percepción de los docentes. Barquisimeto, Estado Lara. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 80(2), 52-57.
- Real Academia Española (RAE) (2023a). Comparación. *Diccionario de la lengua española*. RAE. <https://www.rae.es/drae2001/comparación>



- (2023b). Fracaso. *Diccionario de la lengua española*. RAE. <https://dle.rae.es/fracaso>
- Real Academia Española (RAE) (2023c). Miedo. *Diccionario de la lengua española*. RAE. <https://www.rae.es/drae2001/miedo>
- (2023d). Tristeza. *Diccionario de la lengua española*. RAE. <https://www.rae.es/desen/tristeza>
- (2023e). Soledad. *Diccionario de la lengua española*. RAE. <https://www.rae.es/drae2001/soledad>
- Rendón-Quintero, E. y Rodríguez-Gómez, R. (2021) Ausencia paterna en la infancia: Vivencias en personas con enfermedad mental. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 3-25. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.19.2.4453>
- Reséndiz, R. (2008). Biografía: Proceso y nudos teóricos-metodológicos. En M. L. Tarrés (coord.), *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 135-170). Porrúa.
- Rey J., Bella-Awusah T. y Jing, L. (2017). Depresión en niños y adolescentes. En J. M. Rey (ed.), *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Reyes, V., Reséndiz, A., Alcázar, R. y Reidl, L. (2017). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*, 20(38), 240-255. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2544>
- Ricardo, C., Álvarez, M., Franco, J., Zaraza, D. y Caro, J. (2021). Creencias de los padres acerca de los trastornos mentales de sus hijos en una consulta universitaria en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 108-115.
- Rivadeneira, Y., Ojeda, F., Quinto, E. y Viejó, I. (2019). Estrategias de afrontamiento ante el acoso escolar en estudiantes de la ciudad de Loja. *Psicología Unemi*, 3(5), 33-43.
- Robles, B. (2011). The in-depth interview: A useful technique in the field of physical anthropology [La entrevista en profundidad: una técnica útil en el campo de la antropología física]. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.
- Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403.
- Rodríguez, L. M. (2021). *Amistad en la adolescencia y su relación con los valores y la empatía* [Ponencia]. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-012/752>
- Rodríguez-López, A., Rodríguez-Ortiz, E. y Romero-González, B. (2021). Autolesiones no suicidas en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria: Aspectos nucleares. *Colombia Médica (Cali)*, 52(1), 1-11.
- Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Sage.
- Rohner, R. y Carrasco, M. Á. (2014). Teoría de la aceptación-rechazo interpersonal (IPARTheory): Bases conceptuales, método y evidencia empírica. *Acción Psicológica*, 11(2), 9-26. <https://doi.org/10.5944/ap.11.2.14172>

- Roizblatt, S. A., Leiva, F., Valentina, M. y Maida S. A. (2018). Separación o divorcio de los padres. Consecuencias en los hijos y recomendaciones a los padres y pediatras. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 166-172. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200166>
- Rojas, A. y Pilco, A. (2023). Autoestima y habilidades sociales en adolescentes. *LATAM: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 3823-3833.
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K. y Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229.
- Ruiz, L. (2022). Trastornos del comportamiento alimentario. *Pediatría Integral*, 26(2), 76-82.
- Sainos-López, D., Sánchez-Morales, M., Vázquez-Cruz, E. y Gutiérrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar*, 22(2), 54-57.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-148.
- Salvador, J. y Boderó, L. (2019). Cuando los padres se divorcian: ¿Cómo afecta emocionalmente a los hijos en edad infantil? *Espirales: Revista Multidisciplinaria de Investigación Científica*, 3(28), 1-8.
- Sánchez, M. (2020). *Prevención y atención de factores de riesgo en niñas, niños y adolescentes: Guía del curso virtual (unidad 2)*. UNESCO.
- Sánchez Mascaraque, P. y Cohen, D. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere*, 8(1), 16-27.
- Sánchez-Sánchez, T. (2018). Autolesiones en la adolescencia: significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 29(1), 185-209.
- Sánchez-Xicoténcatl, C. O., Andrade Palos, P., Betancourt Ocampo, D. y Vital Cedillo, G. (2013). Escala de resistencia a la presión de los amigos para el consumo del alcohol. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 917-929. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70942-6](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70942-6)
- Sani Ceron, G. (2022). *Programa "Manejando Nuestro Enojo" para desarrollar conductas asertivas en niños de tercero de básica de una escuela de Guayaquil*. Universidad Cesar Vallejo, Perú.
- Santamarina, C. (2007). Historias de vida e historia oral. En J. Delgado y J. Gutiérrez (coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis Psicológica.
- Sarmiento, P., Pérez, C., Durán, Y., Upegui, D. Rodríguez, F. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes. *Adolescere*, 7(3), 65-75.
- Sauceda, J. y Maldonado, J. (2016). El abuso psicológico al niño en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 15-25.
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Universidad de La Plata, Facultad de Trabajo Social.
- Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco*.

- 2016-2017. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- (2023). *Trastornos de la conducta alimentaria afectan a 25% de adolescentes*. (Prensa, 004). SS. <https://www.gob.mx/salud/prensa/004-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-afectan-a-25-de-adolescentes>
- Seguel, M. (2023). Trastornos del sueño en trastornos del ánimo y de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(3), 487-493.
- Siabato, F., Forero, X. y Salamanca, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos [Association between depression and suicidal ideation in a group of Colombian adolescents]. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61.
- Silva, M., Valdez, L., Díaz, G. y Paredes, S. (2022). El covid-19 en la salud mental de los adolescentes en Lima Sur, Perú. *Horizonte de la Ciencia*, 12(22), 219-231.
- Soutullo, C. y Collins, C. (2022). Depresión mayor en niños y adolescentes. *Pediatría Integral*, 26(2), 83.e1-83.e16.
- Suárez Palacio, P. A. y Vélez Múnera, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 173- 198. <https://doi.org/10.25057/21452776.1046>
- Tang, Q. (2018). Prefacio. En *Buenas políticas y prácticas en educación para la salud, 10: Respuestas del sector de la educación frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas*. UNESCO.
- Tarrés, S. (2021). *El sentimiento de culpabilidad en los niños: cuando el sentirse culpable se convierte en una emoción dañina y paralizante para los niños*. Guía Infantil. <https://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/autoestima/el-sentimiento-de-culpabilidad-en-los-ninos/>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., De la Fuente-Martín, A. y Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: Consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 34(2), 264-277.
- Uceda-Maza, F. X., Navarro-Pérez, J.-J. y Pérez-Cosín, J. V. (2016). Adolescentes y drogas: Su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales*, 58, 63-75. <https://journals.openedition.org/revestudsoc/346>
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. y Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36(5), 417-420.
- Urbiola, A., Jáuregui, P., Pérez, M., Londoño, N., Momeñe, J. (2019). Dependencia emocional y esquemas desadaptativos tempranos: estudio comparativo entre España y Colombia en relaciones de noviazgo. *Ansiedad y Estrés*, 25, 97-104.
- Vanega-Romero, S., Sosa-Correa, M. y Castillo-Ayuso, R. (2018). Acoso escolar, ira y de-

- presión en adolescentes mexicanos: Un estudio preliminar de la eficacia de una intervención. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 49-54.
- Vargas-Jaimes, C., Villafaña-Montiel, L. G., Moysén-Chimal, A., Eguiluz-Romo, L. L. (2019). Perfil de padres con un hijo con tentativa suicida: indicadores afectivos y conductuales. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, (78), 64-73. <https://doi.org/10.33064/iycuaa2019782235>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-60). Gedisa.
- Vázquez-Salas, A., Hubert, C., Portillo-Romero, A., Valdez-Santiago, R., Barrientos-Gutiérrez, T., Villalobos, A. (2023). Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: ENSANUT 2022. *Salud Pública de México*, 65(1), S117-S125. <https://doi.org/10.21149/14827>
- Vela, F. (2008). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En M. L. Tarrés, *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 63-96). Porrúa.
- Virú-Loza, M. A. (2017). Factores protectores contra la automedicación en personas con enfermedad reciente que no buscaron atención en un establecimiento de salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 398-404. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14260>
- Voltas, N. y Canals, J. (2018). La depresión en la adolescencia: ¿un problema enmascarado? *Revista de Estudios de la Juventud*, 18(121), 25-44.
- Zarragoitia, I. (2010). La estigmatización en la depresión. *Alcmeón: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(3), 254-268.

## Notas sobre las autoras

### **Emma Alexandra Zamarripa Esparza**

Es doctora en filosofía con orientación en trabajo social y políticas comparadas de bienestar social por la Universidad Autónoma de Nuevo León, maestra en desarrollo regional y licenciada en economía por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Actualmente es profesora de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL, profesora invitada de la Universidad Anáhuac On Line y miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel candidata y cuenta con perfil PRODEP. También es integrante de la REDFAM y de la RIIIM y colaboradora del Cuerpo Académico Consolidado “Cultura, Identidades y Género”. Sus líneas de investigación son familia, género, cuidados, maternidad, salud emocional, política social y migración. En los últimos años realizó trabajos de investigación vinculados al tema del cuidado y la salud emocional de las mujeres cuidadoras, las madres adolescentes, personas migrantes, niños y adolescentes, a través de los proyectos: “Factores de riesgo y factores protectores del bienestar asociados a los niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios debido al confinamiento por covid-19”, financiado por el Conacyt; “Estudiando y criando durante la pandemia por covid-19”; “Trayectoria de Salud Psicoemocional de los Adolescentes. Antes, durante y después de la pandemia del covid-19”, financiado por PAICYT y PRONACES; “Derecho y acceso a la salud de los migrantes: Trayectorias de atención a la salud de personas en movilidad por ciudades del noreste de México y región del Valle de Texas” financiado por el Conacyt.

Correo institucional: [ezamarripae@uanl.edu.mx](mailto:ezamarripae@uanl.edu.mx)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0317-7752>

Google Scholar: <https://scholar.google.com.mx/citations?user=lSovK-gwAAAAJ&hl=es>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Emma-Alexandra-Zamarripa-Esparza>

Academia.edu: <https://uanl.academia.edu/EmmaAlexandraZamarripaEsparza>

### **Rosa María Flores Martínez**

Es doctora en Filosofía con orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social, maestra en Ciencias con orientación en Trabajo Social, ambos grados por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Asimismo, cuenta con la licenciatura en Trabajo Social por la Universidad Juárez del Estado de Durango. Actualmente es profesora e investigadora en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL. Pertenecer al Sistema Nacional de Investigadores, donde cuenta con el nivel I. Además, es miembro de la RIIIM, la ACANITS y la ALAP. Tiene perfil PRODEP. Forma parte del cuerpo académico consolidado “Políticas sociales”. Ha coordinado y colaborado en diversas investigaciones y publicado en revistas nacionales e internacionales. Sus líneas de investigación versan sobre política social, migración, vejez, calidad de vida, género y familia.

Correo institucional: [rosa.floresma@uanl.edu.mx](mailto:rosa.floresma@uanl.edu.mx)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2432-124X>

Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?user=u8VINjsAAAAJ&hl=es>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Rosa-Maria-Flores-Martinez>

Academia.edu: <https://uanl.academia.edu/ROSAMARIAFLORES>

### **Ana María Martínez Jerez**

Es doctora en psicología y maestra en psicología clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México; también es maestra en educación humanista por la Universidad Iberoamericana y licenciada en psicología por la Universidad del Noreste. Se desempeña como profesora investigadora en la

Universidad Autónoma de Tamaulipas. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores con el nivel de candidata. Cuenta con Perfil PRODEP y es Colaboradora del Cuerpo Académico Consolidado “Bienestar Económico y Social”. Ha sido consultora para el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Es autora del libro: *Violencia sexual vivida por varones. Una mirada desde las construcciones de género*.

Correo institucional: [ajerez@docentes.uat.edu.mx](mailto:ajerez@docentes.uat.edu.mx)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4725-9031>

Google Scholar: [https://scholar.google.com.mx/citations?user=8WfO\\_XkAAAAJ&hl=es](https://scholar.google.com.mx/citations?user=8WfO_XkAAAAJ&hl=es)

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Ana-Martinez-Jerez>

Academia.edu: <https://independent.academia.edu/AnaMaríaMartínez-Jerez>





# Índice general

<i>Agradecimientos</i> . . . . .	11
<i>Prólogo</i> . . . . .	13
<i>Prefacio</i> . . . . .	19
<i>Introducción</i> . . . . .	25
La salud mental en el mundo . . . . .	26
Determinantes de la salud mental. . . . .	31
1. La salud mental de los adolescentes . . . . .	35
Objetivo general. . . . .	38
Objetivos específicos . . . . .	39
2. El método científico . . . . .	41
La investigación cualitativa como vía de acceso a la realidad social . . . . .	41
Criterios de inclusión. . . . .	45
Criterios de exclusión. . . . .	45
Viabilidad en el acceso al campo . . . . .	45
Consideraciones éticas . . . . .	46
Ventajas y limitaciones del estudio . . . . .	47
Criterios de validez . . . . .	48
Análisis de los datos . . . . .	49
3. Fundamentación teórica . . . . .	51
Las emociones. . . . .	55
Conductas de riesgo . . . . .	59
Trastornos de la conducta alimentaria . . . . .	62
Autolesiones . . . . .	63
Ideación suicida e intentos de suicidio . . . . .	64
Estrategias de afrontamiento. . . . .	65

4. La resistencia en la vida de Sergio. . . . .	67
El acoso escolar . . . . .	68
La violencia doméstica . . . . .	72
La preocupación excesiva . . . . .	74
Los golpes a la pared como manejo del estrés . . . . .	76
El deporte y las películas como estrategias de afrontamiento . . . . .	77
5. El vacío en la vida de Luz . . . . .	81
Los trastornos alimenticios . . . . .	84
Las autolesiones, otra salida . . . . .	88
La delgada línea entre la autolesión y la ideación suicida. . . . .	92
6. La tristeza en la vida de Álvaro . . . . .	95
El consumo de drogas . . . . .	98
La rehabilitación física, pero no emocional . . . . .	101
Los efectos de la violencia emocional . . . . .	103
Estrategia de afrontamiento . . . . .	106
7. La ira en la vida de Constanza. . . . .	109
El acoso escolar provocado por el enojo . . . . .	114
El consumo de tabaco y alcohol . . . . .	118
Las autolesiones, la salida temporal del hartazgo . . . . .	120
Los altibajos emocionales provocados por la tristeza-depresión. . . . .	121
8. El duelo en la vida de Antonio . . . . .	125
El consumo de marihuana . . . . .	127
Los episodios de ansiedad . . . . .	129
Conflictos familiares y su incidencia en el malestar mental . . . . .	133
La ideación suicida . . . . .	136
9. La baja autoestima en la vida de Bárbara. . . . .	139
La anorexia . . . . .	142
El autolesionarse como fin del desborde emocional . . . . .	145
La familia: un recurso de apoyo social . . . . .	149

10. El miedo en la vida de Emilio . . . . .	153
La bulimia en la infancia . . . . .	155
Las rupturas de pareja y su incidencia en las conductas de riesgo . . . . .	157
La depresión y los trastornos del sueño . . . . .	159
Las autolesiones y el intento de terminar con la vida . . . . .	162
El intento de suicidio . . . . .	164
11. La soledad en la vida de Luisa . . . . .	167
Las autolesiones y el estilo parental . . . . .	172
La complejidad de la psicoterapia . . . . .	175
La ideación suicida y su relación con la depresión y la baja autoestima . . . . .	177
12. El fracaso en la vida de Julián . . . . .	181
La vergüenza por el rechazo parental . . . . .	181
El abismo de la depresión . . . . .	186
El suicidio como un recurso para dejar de sufrir . . . . .	190
13. El malestar mental en la vida de Mariana. . . . .	195
La tristeza . . . . .	196
La depresión y su incidencia en la alimentación . . . . .	201
La ansiedad y los trastornos del sueño . . . . .	202
La depresión y la ansiedad, el binomio imperfecto . . . . .	204
Las autolesiones como factor de riesgo para escalar hacia la conducta suicida . . . . .	207
El intento de suicidio . . . . .	210
<i>Consideraciones finales: un abordaje desde la perspectiva de los participantes . . . . .</i>	215
<i>Referencias . . . . .</i>	221
<i>Notas sobre las autoras . . . . .</i>	237
<i>Índice general. . . . .</i>	241

*Trayectoria de salud mental en la adolescencia  
tardía: emociones, conductas de riesgo, autolesiones  
e ideación suicida. Un análisis desde el ámbito social de*

Emma Alexandra Zamarripa Esparza, Rosa María Flores

Martínez, Ana María Martínez Jerez, publicado por Ediciones

Comunicación Científica, S. A. de C. V., se terminó de imprimir en julio

de 2024, en los talleres de Ultradigital Press, S. A. de C. V., Centeno 195, Col.

Valle del Sur, 09819, Ciudad de México. El tiraje fue de 50 ejemplares impresos y en

versión digital para acceso abierto en los formatos PDF, EPUB y HTML.

En la salud mental interviene el malestar y el bienestar, ambos presentes en todas las etapas de la vida; sin embargo, cuando el malestar emocional no es gestionado de forma adecuada puede agravarse. Dentro de este libro se visibiliza la historia de diez adolescentes —cinco hombres y cinco mujeres— que presentaron malestar emocional en la infancia y conductas de riesgo, autolesiones e ideación suicida en la adolescencia. Con fundamento en la teoría del estrés y la emoción de Richard Lazarus (2000), se analizan los eventos estresantes que vivieron los participantes, las emociones que emanaron de éstos, el manejo, los recursos y las personas con los que contaban, así como las estrategias que fueron desarrollando desde la niñez y la adolescencia para afrontar el malestar emocional. La metodología utilizada fue de corte cualitativo y su técnica fue la entrevista en profundidad. El trabajo de campo se realizó en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Entre los principales hallazgos se destaca la resiliencia y el deseo de los diez participantes por preservar su bienestar.



**Emma Alexandra Zamarripa Esparza** es doctora en Filosofía con orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social; es miembro del SNII del Conahcyt y sus líneas de investigación son emociones, cuidado, salud mental, infancia, adolescencia y políticas sociales.



**Rosa María Flores Martínez** es doctora en Filosofía con orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social; es miembro del SNII del Conahcyt (nivel I), y sus líneas de investigación son política social, migración, vejez, calidad de vida, género y familia.



**Ana María Martínez Jerez** es doctora en Psicología, miembro del SNII del Conahcyt. Sus líneas de investigación son grupos vulnerables, género, masculinidades, violencia y sexualidad. Es autora del libro *Violencia sexual vivida por varones: Una mirada desde las construcciones de género* (2017).



Dimensions



DOI.ORG/10.52501/CC.192



**COMUNICACIÓN CIENTÍFICA** PUBLICACIONES ARBITRADAS  
HUMANIDADES, SOCIALES Y CIENCIAS  
[www.comunicacion-cientifica.com](http://www.comunicacion-cientifica.com)



ISBN-13: 978-607-9104-37-5



9 786079 104375