



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PSICOLOGÍA

Autocortes: Una corporización de lo no dicho

Memoria para optar al título de Psicólogo

Constanza Rojas Vivanco

PROFESOR PATROCINANTE

Claudio Zamorano

Santiago de Chile

Enero 2016

ÍNDICE	
RESUMEN.....	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN.....	4
EL FENÓMENO DE LOS AUTOCORTES	4
CORPORIZACIÓN Y CLINICA SISTEMICA	9
MENTE CORPORIZADA	11
LO NO DICHO	13
NUESTRA HIPÓTESIS.....	16
UNA MIRADA A UN CASO.....	18
A MODO DE CIERRE.....	23
REFERENCIAS	24
ANEXOS: FORMATO PARA LA PUBLICACIÓN	27

AUTOCORTES: UNA CORPORIZACIÓN DE LO NO DICHO

Self-cut: an embodiment of the unsaid

RESUMEN

El siguiente artículo propone una aproximación teórica al fenómeno de los autocortes desde una perspectiva sistémico relacional. En primer lugar, se presenta una revisión de las investigaciones existentes en torno a autocortes y con ello se sitúa este artículo y su contribución. En segundo lugar, se plantea cómo los modelos sistémico-relacionales han tenido dificultades para otorgar un status ontológico al individuo y su corporalidad.

Tercero, se introduce el concepto de *mente corporizada* como propuesta teórica que permite considerar al cuerpo como campo de sentido. En cuarto lugar, se plantea el concepto de *lo no dicho* como asedio al sentido que elicit la continuidad de la identidad.

Por último, se plantea la hipótesis de este trabajo y se presenta una viñeta clínica revisada a la luz de la propuesta teórica.

Palabras claves: *Autocortes, Corporización, Sentido, Lo no dicho.*

ABSTRACT

The following article propose a theoretical approximation to the phenomenon of self-cut from a systemic-relational perspective. In first place, a revision of the investigations present around self-cut is showed and with that this article is located and its contribution. In second place, it arises as the systemic-relational models have had difficulties to give an ontological status to the individual and his corporality. Third, it is introduced the concept of *Embodied Mind* as a theoretical proposal that can considerate the body as a sense-making field. In fourth place, it arises the concept of *the unsaid* as siege to the sense-making that arouse the continuity of the identity. To finish, the hypothesis of this work is raised and a clinical vignette is presented under the light of the theoretical proposal.

Key words: *Self-cut, Embodiment, Sense-making, Unsaid.*

INTRODUCCIÓN

Si bien la conducta de infligirse cortes no es un fenómeno clínico nuevo, la literatura existente asegura que la prevalencia en muestras clínicas y no clínicas de adolescentes ha ido en aumento. A pesar de esto, la larga tradición de investigaciones en torno al fenómeno no ha sido capaz de proporcionar modelos comprensivos y dispositivos de intervención clínica que faciliten su abordaje (Brown y Kimball, 2013).

Como enuncian algunas de las críticas a las investigaciones realizadas, los estudios han sido más bien descriptivos y han explorado vagamente la funcionalidad o los “por qué” de las conductas de autocortes (Laye-Gindhu y Schonert, 2005), centrándose mayoritariamente en aspectos epidemiológicos, relación con la psicopatología clásica y prevención del suicidio.

Además del alcance de los estudios, existe una dimensión del fenómeno mayoritariamente ausente en las propuestas explicativas, quizá por tratarse de un ámbito que se ha visto históricamente excluido del objeto de estudio de la psicología: el cuerpo.

Nos encontramos, entonces, frente al desafío de generar hipótesis que sean capaces de dar cuenta de la complejidad del fenómeno y nos permitan pensar mapas para comprender cómo autoinfligirse heridas emerge como una posibilidad.

En dicho contexto, este trabajo busca proponer una aproximación teórica al fenómeno de los autocortes en adolescentes desde una perspectiva sistémico relacional, mediante el ejercicio hermenéutico de poner en circulación los conceptos de *corporización* y *lo no dicho*.

EL FENÓMENO DE LOS AUTOCORTES

El estudio de los autocortes, y ampliamente de las autolesiones, es extenso y diverso. Desde los años 60', se han planteado diferentes líneas de investigación y comprensión que derivan, consecuentemente, en distintas propuestas de intervención. El interés primero, y que abre paso a las autolesiones como fenómeno particular de estudio, fue establecer una diferencia entre estas prácticas y los intentos de suicidio.

“... el acto de suicidio y el acto de automutilación son diferentes. El suicidio es una salida a la muerte, pero la automutilación es una reentrada a un estado de normalidad.” (Favazza, 1996, pp. 271).

Desde aquella distinción, el interés de la psiquiatría y luego de la psicología por comprender el fenómeno ha ido en aumento, tanto por la complejidad de su abordaje psicoterapéutico como por un aumento en la demanda de atención clínica.

“Ciertamente, el autodaño no es un tópico clínico nuevo; sin embargo, independiente del crecimiento de las tasas de prevalencia, los investigadores aún no han logrado comprender adecuadamente las necesidades de tratamiento de aquellos que se involucran en este comportamiento (...) Independientemente de las investigaciones, las estadísticas indican que el autodaño es un asunto clínico de rápido crecimiento.” (Brown y Kimball, 2013, pp. 195).

En relación a ello, los autores sugieren principalmente dos hipótesis: la primera apunta a que la visibilización del fenómeno ha permitido que ocupe un lugar en la cultura dominante y con ello ha generado mayor divulgación en los medios de comunicación masivos (Laye-Gindhu y Schonert, 2005); la segunda, plantea que la modernidad, y la posmodernidad, han venido instalando ciertas premisas que hacen más frecuente este tipo de recursos identitarios (Le Breton, 2012; Morales, 2008).

Una de las principales líneas de investigación en autolesiones corresponde a estudios de índole psiquiátrica¹ centrados en aspectos epidemiológicos, factores protectores y de riesgo y comorbilidad con la psicopatología clásica. En ellos prevalece la visión de las autolesiones como síntoma de un trastorno y como principal factor de riesgo para el suicidio. Un estudio chileno concluye:

“...los pacientes que se automutilan presentan una mayor frecuencia significativa de Trastornos del Animo, Trastornos de Personalidad y cuadros Psicóticos...”. (Nader y Morales, 2008, pp. 23).

De acuerdo a la literatura, quienes se implican mayoritariamente en conductas autolesivas son adolescentes y, en específico, mujeres. Para autocortes se ha sugerido incluso un perfil típico:

¹ Ver Brown y Kimball (2013); Favazza (1996); Gratz (2003); Hawton, Hall, Simkin, Bale, Bond, Codd y Stewart (2003); Mikolajczak, Petrides y Hurry (2009); Ougrin (2014); Ougrin, Tranah, Leigh, Taylor, y Asarnow (2012); Vásquez (2012); Whitlock y Knox (2007).

“...una mujer joven, atractiva, inteligente, soltera, quien es promiscua o está sobre intimidada del sexo, fácilmente adicta e incapaz de relacionarse con otros...” (Favazza, 1996, pp. 164)

Los estudios sugieren una relación significativa con el trauma infantil, específicamente el abuso físico y/o sexual, y la calidad de los vínculos tempranos. En cuanto a su funcionalidad, Mikolajczak, Petrides y Hurry (2009) plantean que:

“El trabajo teórico, clínico y empírico indica que el autodaño constituye, primeramente, una estrategia de regulación emocional (...) Otra función importante del autodaño es el autocastigo. Funciones como expresar emociones estresantes, pedido de ayuda, reducción de síntomas disociativos, poner a prueba límites interpersonales y prevención de la agresión hacia otros también han sido reportadas...” (pp. 182)

A pesar de las conclusiones expuestas, algunos autores (Brown y Kimball, 2013; Laye-Gindhu y Schonert, 2005; McAllister, 2003; Ougrin, 2014) manifiestan críticas al desarrollo teórico alcanzado, puesto que presenta diferentes limitaciones:

“Primero, las conceptualizaciones y sistemas clasificatorios (los “qué”) del autodaño han variado de estudio en estudio (...) Segundo, son escasas las investigaciones que han explorado la frecuencia y naturaleza (...) Tercero, existe investigación limitada en cuanto a género y autodaño en muestras no clínicas de adolescentes. Sin embargo, es comúnmente declarado que más mujeres que hombres se implican en autodaño (...) Finalmente, existe una carencia de investigación que examine las motivaciones subyacentes al autodaño y a la funcionalidad que sirve (los por qué)...” (Laye-Gindhu y Schonert-Reich, 2005, pp. 447-448).

Existen otras líneas de investigación que diversifican y amplían la comprensión de las autolesiones.

Una de ellas corresponde al desarrollo teórico psicoanalítico en torno a automutilación e inscripciones corporales². Al respecto, el psiquiatra norteamericano

² Ver Manca (2011); Quiroz (2011); Rodulfo (1999)

Armando Favazza ³ sugiere que la literatura psicoanalítica temprana entiende las autolesiones como una castración simbólica que busca evitar la castración real; cuestión que resultaría de una inadecuada resolución edípica. En su propuesta, Favazza incorpora un acercamiento más antropológico que se embarca en la revisión de creencias, actitudes, prácticas e imágenes evocadoras que han tenido lugar en el devenir humano en relación al cuerpo, la automutilación y la mutilación dirigida a otros:

“Nuestra percepción de la automutilación como grotesca o hermosa, heroica o cobarde, impresionante o lastimera, significativa o sin-sentido, deriva en gran parte de las percepciones de aquellos que han vivido antes que nosotros. La automutilación no puede ser totalmente separada del concepto más general de mutilación dirigida a otros; las percepciones y prácticas de una están íntimamente relacionadas a la otra”. (Favazza, 1996, pp.4).

El vínculo inseparable que establece entre una práctica y otra sugiere pensar que sólo es posible comprender el fenómeno situándolo en contexto y en relación con la alteridad.

También en una línea antropológica, David Le Breton⁴ plantea que la individuación que exige la modernidad implica necesariamente una individuación del sentido; en otras palabras, ya no existe algo instituido socialmente, sino que el sujeto es el encargado de forjar su propio sentido.

Es comprensible, entonces, que para acceder a la vida adulta el adolescente se arroje a sí mismo en la búsqueda de límites de sentido y que sea capaz de probarlos a través de conductas que para otros se constituyen como riesgosas, entre ellas cortarse.

Este tipo de prueba de límites resulta un acto de sacrificio que busca rescatar lo esencial: “es un compromiso, un intento de restauración del sentido” (Le Breton, 2012, pp. 100). En ellos, el autor plantea que el uso del cuerpo se relaciona con lo inacabado de los procesos identitarios y, por lo tanto, con la dificultad de movilizar otros recursos de sentido.

Desde una perspectiva sistémica y en relación con el desarrollo antropológico, Morales (2008) propone el desafío de comprender los autocortes a través de la

³ Ver Favazza, A. (1996)

⁴ Le Breton, D. (1995; 2012)

consideración de tres elementos: el contexto socio-cultural posmoderno, la estructura o dinámica familiar y los rasgos psíquicos individuales.

Para él, “marcarse como inscripción corporal da cuenta de la búsqueda post-moderna de identidad, que obedecería al mandato de diferenciarse” (Morales, 2008, pp. 7).

También desde una perspectiva sistémica, Zamorano, Navarro y Sotta (2008) se preguntan por el sentido de los autocortes en el anclaje sistémico vivencial de los adolescentes. Como hipótesis, plantean que éstos emergen “en el fluir recursivo de coordinaciones conductuales consensuales que constituye el lenguaje” (Zamorano et al., 2008, pp. 5), siendo, en este sentido, “una palabra” con significado que forma parte de una red de interacciones e hilos lingüísticos.

Entonces, autoinfligirse cortes forma parte de un fluir relacional y en estos términos, se plantea cómo un contexto familiar determinado puede generar contradicciones y malestar en relación a la narración de identidad del adolescente, cuestión que no puede ser expresada en función de preservar cierto sistema:

“Los cortes, dada la dinámica expuesta, están ubicados en un lugar del vivir sistémico del adolescente que tiene sentido en el poder cambiar el nivel del dolor: del espacio psíquico al espacio corporal, y con ello lidiar con un dolor visible, que finalmente relaja y otorga una pausa en la lucha del parlamento interno, dada la imposibilidad de exponer sus angustias en su mundo familiar” (Zamorano et al., 2008, pp.9).

Siguiendo esta línea de investigación, nuestro artículo pretende ser un aporte en cuanto puede enriquecer y ampliar la mirada que se ha venido desarrollando desde una perspectiva sistémica con la circulación de conceptos provenientes de diferentes campos de conocimiento que permitan aprehender el fenómeno en su compleja totalidad.

En este sentido, se subrayará la importancia del cuerpo y el lugar en que se le ha situado en el devenir de los distintos modelos sistémicos; esto como contexto para introducir una propuesta que permita visualizarlo como lugar de sentido. Luego, se planteará cómo ciertas amenazas al sentido resultan en batallas donde los autocortes aparecen como un camino posible.

CORPORIZACIÓN Y CLINICA SISTEMICA

La tradición paradigmática de los modelos sistémico relacionales ha sido renuente a otorgarle un status ontológico al individuo que trascienda la trama de relaciones en que se expresa, y con ello también ha marginado de sus consideraciones lo más íntimo de su naturaleza: el cuerpo.

En este aspecto, Bertrando y Gilli (2008) señalan que el primer paso del divorcio entre la teoría sistémica y la atención al cuerpo estuvo en el hecho de mirar sólo al sistema familiar:

“La terapia sistémica ha dependido desde sus inicios de metáforas basadas en el cuerpo: [] si vemos a la familia como un “cuerpo” (pero por supuesto la familia no es “un” cuerpo a nivel descriptivo o fáctico), pondremos menos atención a los cuerpos individuales.” (pp. 365)

Esta cita confirma los esfuerzos deliberados en los inicios de la terapia sistémica por no distraerse con la singularidad encarnada de los integrantes del sistema familiar, no obstante, su total exclusión sólo era posible a nivel abstracto: los cuerpos permanecían ahí.

A pesar de dicha desconsideración, su presencia indesmentible implicó una tímida inclusión a través de la observación de los *mensajes analógicos*, concepto tomado del trabajo etológico de Gregory Bateson⁵, llevado a la práctica clínica por Paul Watzlawick⁶, y revisitado años después por los terapeutas italianos Luigi Boscolo y Paolo Bertrando⁷. La consideración del cuerpo a través de lo analógico consistió en describir todo acto comunicativo no verbal como un metamensaje que encuadra el entendido de la relación, lo cual permitió darle un lugar a la expresión corporal en la escena terapéutica pero siempre en función de lo que ocurría en la relación y no para contribuir a la exploración de la vivencia íntima, con lo cual la evidencia del cuerpo cumplió sólo un aspecto parcial: el valor comunicativo para la relación con otros.

Probablemente, el terapeuta que mayor énfasis le dio al cuerpo en los inicios de la clínica sistémica fue Milton Erickson, “quien también fue el primero en practicar un control

⁵ Ver Bateson, G. (1976)

⁶ Ver Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981)

⁷ Ver Boscolo, L. y Bertrando, P. (1998; 2000)

máximo sobre sus propios movimientos corporales, incluyendo la respiración y el tono de voz, con la típica actitud de alguien que se dedica a la hipnosis.” (Bertrando, 2008, pp. 366). Sin embargo, el trabajo de Erickson se desarrolla al margen de los modelos sistémicos de la época, aunque influencia de modo importante a Jay Haley, quien a su vez vuelve a ocultar el cuerpo en el Modelo Estratégico de su autoría por el privilegio de la hipótesis de la transacción del poder en las relaciones familiares.

Posteriormente, con la emergencia de los modelos sistémico relacionales centrados en el lenguaje de los años noventa, podemos señalar que se generó una nueva versión de esta disociación: cuerpo/relatos; de este modo, el cuerpo devino en un territorio desde el cual se expresan significados, premisas y narrativas. Siguiendo a Bertrando (2000), los modelos conversacionales y narrativos han generado *diálogos desencarnados* en sus prácticas clínicas, producto de la sobrevalorización de las palabras y las narraciones, oscureciendo la relevancia de la presencia corporal. En este aspecto, Bertrando (2008) señala:

“Al igual que las caras de la gente, los cuerpos de los clientes son algo con lo cual todos los practicantes sistémicos han trabajado durante toda su vida de terapeutas, aunque la mayoría de los escritores teóricos en este campo fueron incapaces de poner ese conocimiento tácito en palabras.” (pp. 366-367)

En este contexto, el modelo narrativo de White y Epston⁸ considera la *analogía del texto* para referir al yo como una producción escrita y por lo tanto –con Derrida (1989)- sujeta a un proceso de *edición*. Sin embargo, ¿dónde se registra esa escritura?; a diferencia de una mera encuadernación de un texto, la inscripción corporal de la historia humana ocurre sobre una materialidad que se mueve, respira y palpita.

Dicha subordinación del cuerpo al lenguaje ha generado prácticas terapéuticas que han disociado las narrativas de la corporalidad; en este aspecto, -desde otro ámbito del conocimiento- el biólogo chileno Francisco Varela (2000) toma nota de dicha omisión, y señala:

“la dimensión óptica del cuerpo ha sido subestimada de manera evidente en beneficio de las dimensiones socio-históricas y lingüísticas de la

⁸ ver White, M. y Epston, D. (1993)

experiencia...[nuestra] condición corporal no es, por cierto, ni ahistórica ni atemporal, ni está determinada por un programa genético fijo, (...) es una condición que sólo puede manifestarse al interior del lenguaje y de la historia, pero que no está determinada por lo histórico per se” (pp. 117-118).

Al respecto, y ante la ausencia de un marco comprensivo que permita situar la corporalidad en un primer plano, el trabajo de Francisco Varela es un buen candidato para aportar a la clínica sistémica a considerar al cuerpo en su presencia ineludible; Varela desarrolla el concepto de *Embodiment* -corporización- para referirse a nuestra forma de estar acoplados, nuestra forma de ser en el mundo, y con ello comprender nuestro cuerpo como nuestra *forma vivida*.

MENTE CORPORIZADA

Siguiendo el trabajo de Francisco Varela, el semiólogo alemán Andreas Weber (2001) señala que la creación mutua del mundo y del agente viviente proporciona la clave para entender por qué los organismos aparecen en tan notable calce en su medio ambiente, y por qué la comunicación dentro de ello es posible. Para dicho autor, el sistema nervioso, el cuerpo y el medio ambiente son sistemas dinámicos acoplados unos a otros en múltiples niveles. En esta misma línea, Rudrauf, Lutz, Cosmelli, Lachaux y Le van Quyen (2003) señalan que dado que la identidad del sistema depende de la dinámica de sus sistemas mutuamente empotrados, ésta está en constante peligro de ruptura, asedio que se resuelve temporalmente produciendo desde sí mismo un ámbito de interés sobre el medio en que se despliega. La identidad es intrínsecamente precaria y frágil.

Esta dinámica de recíproca codependencia llevan a Varela, Thompson y Rosch (1993) a cuestionar la posibilidad de una mente localizada, y en vez de ello, a plantear una concepción de *mente corporizada* –Embodied Mind-. Al respecto, Rudrauf et al. (2003) afirman que la mente no puede separarse del organismo entero; en este sentido, éstos autores plantean que el organismo como una red de elementos co-determinados hace que nuestras mentes sean –literalmente- inseparables no sólo del entorno externo, sino también del hecho de que no tenemos sólo un cerebro, sino un cuerpo entero. Al respecto, el concepto de *Embodiment* se refiere a nuestra forma de estar acoplados, configurando nuestra forma de ser en el mundo.

La mente corporizada aboga por considerar nuestro “yo” de un modo no centralizado, no localizado en algún lugar específico, sino como la emergencia de una inteligencia situada, esto es, como la experiencia concreta de ser posible en el mundo en el que nos desplegamos. Siguiendo a Varela (2000), nuestro “yo” –si bien no centralizado– se actualiza lingüística y auto referencialmente, configurándose como el centro de gravedad del sujeto mismo, de su experiencia, de su vida real.

La mente corporizada, por lo tanto, es una continuación de la dinámica auto referencial que habita en el corazón de lo vivo, constituyéndose a través de una dinámica biológica interna en una encarnación específica, la cual da lugar a una historia de acoplamiento a través del pliegue recíproco con su entorno, creando regularidades e inventando así una singular manera de ser en el mundo. La mente es fundamentalmente algo que surge de la tonalidad afectiva, que está incrustada en el cuerpo.

Profundizando en esta comprensión, Varela y Cohen (1989) consideran al cuerpo como un entrelazado permanente, temporal y en movimiento de tres dimensiones distintas: el cuerpo primordial, el cuerpo formativo y el cuerpo constituido. Al respecto, podemos resumir dicha propuesta en los siguientes términos:

- El cuerpo primordial refiere a los procesos biológicos a través de los cuales el cuerpo se constituye como unidad, por lo tanto es pre-lingüístico y anterior a cualquier yo que se nombre. El cuerpo primordial constituye las condiciones biológicas fundamentales sobre las que se asenta el yo relacional.
- El cuerpo formativo corresponde a las vías de constitución de la imagen del cuerpo que se construye en los primeros años de vida. Las condiciones de aquella constitución -en sus entramados relacional, afectivo y lingüístico- se encontrarían alojadas en sus vínculos tempranos.
- El cuerpo constituido se relaciona con la identidad social y lingüísticamente determinada, es decir, con el modo en que habitamos cierta trama discursiva que configura y delimita las posibilidades de nuestra significación.

De este modo, la teoría y práctica sistémico relacional debiera considerar el descentramiento del cuerpo en estos tres registros entrelazados que constituyen un proceso de reconocimiento activo que emerge y se moviliza en busca de garantizar la integridad a través del encuentro con el mundo.

Instalar el cuerpo en el centro de la comprensión clínica sistémica implica ir más allá de los gestos analógicos como valor comunicativo, si no considerar el cuerpo como un campo hermenéutico en sí mismo. En este aspecto, se hace necesario atender a las maneras corporales en que se registra la historia y el sentido, para encontrar en el cuerpo mismo la sensualidad, la sensibilidad y la preocupación.

Las distintas inscripciones corporales debieran ser expuestas en relación al entrelazado del cuerpo vivido: las maneras de expresar y tramitar el dolor a través del cuerpo, las maneras de cuidarlo o desprotegerlo, las prácticas corporales cotidianas, los silencios que se expresan en él, los modos en que se busca o evita la relación con otros para el reconocimiento del cuerpo y su imagen; en definitiva, atender a las maneras en que el cuerpo registra e inscribe la tramitación de los ámbitos de preocupación y sensibilidad de las personas.

LO NO DICHO

Históricamente, la clínica sistémica ha puesto su atención más bien a *lo visible que a lo no aparente*; los modelos sistémicos de primer orden –estructurales y estratégicos- trabajaron sobre las relaciones observables en las familias con la pretensión de poder describir objetivamente cómo eran las pautas de interacción que mantenían los problemas; posteriormente, con el advenimiento de los modelos sistémicos de segundo orden –constructivistas y milaneses- se difunde que la única posibilidad de establecer contacto con el sistema consultante es a través de las visiones de mundo, tanto del terapeuta como de los consultantes. Así entonces, se desplaza la noción de visibilidad: desde lo visible como evidencia a lo visible como visión. Con dicho giro epistemológico, se desarrollaron modelos terapéuticos que promovieron el trabajo con las premisas y creencias de los consultantes, con el objetivo de promover nuevos modos de *ver el mundo* que fueran más flexibles o acordes a los requerimientos que se les presentaban en sus vidas.

Sin embargo, la relación que la clínica sistémica ha establecido con *lo que no se muestra* ha sido un terreno de difícil consideración. En este aspecto, es a través del concepto de *lo no dicho* que algunos terapeutas sistémico relacionales han traído dicha posibilidad al plano clínico.

Al respecto, una manera de tratar *lo no dicho* fue desarrollada por Boscolo y Bertrando⁹ en relación a la comunicación analógica y también respecto de todo el bagaje teórico que un terapeuta ha aprendido, que no forma parte de su modelo, pero que tiene presencia en su quehacer.

Por otro lado, los terapeutas norteamericanos Harlene Anderson y Harry Goolishian traen a la clínica sistémica el concepto de *lo aún-no-dicho* a partir del trabajo del filósofo Hans Gadamer:

“Gadamer siempre citaba una frase de Hans Lipps que establece que cualquier relato lingüístico conlleva un “círculo de lo inexpresado”. Gadamer llama a esto ‘la infinitud de lo no dicho’. Es decir, ningún relato ni palabra está completo y claro. Todo conlleva significados no dichos y nuevas interpretaciones posibles que requieren expresión y articulación.” (pp. 381)

En este aspecto, Anderson y Goolishian (1988) considerarán lo *aún-no-dicho* como los pensamientos y conversaciones internos y privados, esto es, a los relatos que aún no han sido narrados ya sea porque nunca han estado disponibles o bien porque aún estándolos, no se presentan las condiciones relacionales para su expresión.

La práctica terapéutica de Harlene Anderson, que se consolida en el llamado Modelo Conversacional, se organiza fundamentalmente bajo dicha hipótesis, conformando el dispositivo clínico en un espacio conversacional abierto a la apertura de lo *aún-no-expresado*, afirmada en la esperanza que dicha obertura genere mayor libertad y alivio en la vida de las personas.

En esta misma línea de trabajo, el trabajador social Michael White¹⁰ al desarrollar el Modelo Narrativo a partir de los postulados teóricos del filósofo francés Michel Foucault, enfatiza la importancia de ir al rescate de los relatos que han quedado subyugados por las prácticas político narrativas dominantes, con la finalidad de generar una relación de agenciamiento y emancipación con su trama identitaria. Sin embargo, White no utilizó el concepto *de lo no dicho* en su obra si no sobre el final de su abrupta partida, cuando desarrolla la noción de *lo ausente pero implícito*¹¹; de acuerdo a dicho concepto, cada expresión de la vida está en una relación de contraste con su diferencia,

⁹ ver Boscolo y Bertrando (2000)

¹⁰ ver White y Epston (1993)

¹¹ ver Carey, M. et al (2009)

por lo cual las personas en padecimiento tendrían la posibilidad de conocer la esperanza y el valor, de lo contrario no sufrirían por su ausencia. De esta manera, White propone generar un mapa de andamiaje para rescatar dichas experiencias y así fortalecer los recursos de agenciamiento.

Michael White establece como una de las referencias de su último trabajo el pensamiento del filósofo franco-argelino Jacques Derridá; sin embargo, tampoco trabaja explícitamente con *lo no dicho* como concepto clave, aunque en su planteamiento de *lo ausente pero implícito* ésta idea está implicada.

Para fines del presente artículo, consideraremos el modo en que el mencionado Jacques Derridá trabaja el concepto de *lo no dicho*; dice el autor argelino que debemos considerar la imposibilidad de un hablar puro, puesto que co-existen muchas maneras de hablar y, por lo tanto, de referir un fenómeno –una *presencia*–, por lo cual la voz que refiere es constitutivamente impura, esto es, ha operado sobre su decir un proceso de edición que ha implicado una borradura, censura y selección. Aquello que se ha dejado al margen constituye la dimensión de lo indecible, que se ha generado ipso facto por el modo en que se ha organizado la expresión.

No obstante, esas *otras maneras de decir las cosas* no quedan excluidas, como dejadas en el olvido, inertes o desmayadas, si no por el contrario –afirma el autor– se dan permanentemente asediando la consistencia del habla “elegida”, desafiado su continuidad. En este aspecto, la dimensión de *lo no dicho* está en una relación de provocación y amenaza incesante respecto de lo dicho, ante lo cual la identidad puede ser comprendida como una expresión que se hace consistente y continúa para sobrellevar ese asedio, pero que en sus bases existen movimientos e inestabilidades, justamente porque la consistencia de la presencia –de la identidad– está siendo interpelada de modo incesante por las *otras maneras de decir las cosas*. *Lo no dicho*, a través de su asedio constante, posibilita el movimiento que genera la continuidad del sentido.

De este modo, podemos pensar que *lo no dicho*, al asediar permanentemente la integridad de la identidad, puede dejar su huella en la inscripción corporal. Si consideramos el cuerpo como un lugar que contiene el registro de la historia –con Derridá– lo podemos pensar como un espacio en el cual se expresa la tensión por mantener los límites de la escritura de la identidad: manifiesta la conquista de ser quienes somos pero, al mismo tiempo, expresa la tensión permanente de equilibrarse ante el

asedio de la diferencia. *Lo dicho y lo no dicho* libran su batalla en la corporización y por eso el cuerpo se anuda: en sus posturas, sus tics, sus desplazamientos; los nudos y las inscripciones corporales son mensajes encriptados, huellas que atestiguan.

NUESTRA HIPÓTESIS

Diversos autores (Marchesi, et al. 1994, Coleman, J. et al 2003) coinciden en considerar la adolescencia como una etapa de transformaciones e inestabilidad emocional en la cual se desarrollan comportamientos de experimentación -con aciertos y errores- en la búsqueda de una identidad propia. Es un período de cambios corporales, sociales y psicológicos en el que deben aprender a abordar los conflictos y problemas de una manera diferente y a comprender su mundo con mayor complejidad.

La adolescencia conlleva la pérdida de la inocencia deviniendo una etapa de enfrentamiento e interpelación que representa un batirse a duelo social y existencialmente; sin embargo, la pérdida no es sólo para los adolescentes, sino también para los padres: implica abandonar la 'Niñez' como ámbito de relación; en este aspecto, Fishman, C. (1990) señala que no solo el adolescente está luchando por su identidad, sino que los demás miembros de la familia también están cambiando, lo cual exige mirar el fenómeno no sólo en su dimensión íntima y personal, si no también en su naturaleza relacional y pública.

La adolescencia es el tiempo de hacer conciencia de ser *pura posibilidad* -en sentido Heideggeriano- pero asimismo, de toparse con las fronteras generadas por la historia. El adolescente interpela al contexto familiar, el cual -acostumbrado por años a esperar y cobijar al niño/a dentro de ciertos parámetros de significación- es puesto en jaque por las transformaciones que el crecimiento empuja.

En este sentido, distintos ámbitos que han quedado implícitos en la historia familiar son traídos a luz por el adolescente, que en esta etapa pone atención a lo incuestionado, desafiando a los padres a dar respuestas a preguntas incómodas. En dicha dinámica, los padres son demandados explícita o implícitamente a dar cuenta de episodios sensibles o sagrados, y desafiados a relacionarse con facetas de sí mismos que incluyen sentimientos de incomodidad. Antiguos fantasmas e historias difíciles de contar vuelven a asediar la estabilidad de las relaciones, empujando a los padres y a los adolescentes a la dimensión de *lo no dicho* de la historia familiar.

En este contexto, todos los integrantes de la relación deben responder:

- los padres a la –a veces sutil y no deliberada- provocación de sus hijos y a enfrentarse con aspectos de sí mismos que les generan incomodidad, y
- los adolescentes, a los sentimientos ambivalentes que les provoca entrar en la dimensión de lo incuestionado, ya sea al desafiar a sus padres o a trasgredir algún valor *sacro* de la historia.

En este contexto, los sentimientos de rabia y angustia suelen generar reacciones que obturan la posibilidad de abrir la historia y pensar en variaciones. En ocasiones, los padres zanján la coyuntura con autoritarismo, generando fuertes sentimientos de frustración en el adolescente; en otras, el adolescente no tolera no responder a un valor muy deseado en la historia. En ese intenso proceso emocional, el autocorte permite el silenciamiento del asedio del sentido, o dicho en términos de Le Breton (2012): “el cuerpo toma el relevo de la palabra informulable” (pp. 22)

Así entonces, los autocortes cumplen la función de cambiar el nivel del dolor: del espacio psíquico al espacio corporal, y con ello lidiar con un dolor visible que tiene un tiempo de duración; al mismo tiempo, dicho dolor físico finalmente relaja y otorga una pausa en la lucha del parlamento interno, dada la imposibilidad de exponer sus angustias en la relación porque su expresión asedia la continuidad incesante del sentido de la historia.

El autocorte puede ser pensado como una huella que deja su registro en el cuerpo y que expresa la tensión por mantener los márgenes de la identidad ante el asedio punzante de *lo otro*. Es una expresión corporizada de la tensión entre lo dicho y lo no dicho, dado que el vivir del adolescente no encuentra otro espacio para tramitar y delimitar los márgenes tanto de su identidad como de las condicionantes relacionales de la vida con sus padres.

Expuesto en inverso, lo silenciado por el auto-corte conecta con lo impensado, con *lo no dicho* que asedia la continuidad del sentido, de aspectos valiosos de la vida familiar. Abrir ese silencio desafía la historia.

UNA MIRADA A UN CASO

Consulta Josefina y sus padres.

Ella tiene 16 años.

1,67 m de altura, delgada, tez clara, pelo oscuro, ojos grandes y piercings.

Esquiva la mirada, no sonrío.

La familia viene a consultar por iniciativa de la madre, tras descubrir que Josefina se realizaba cortes. Ella no fue considerada en la decisión de ir al psicólogo

Respecto a estar aquí, Josefina alega -con gestos- no saber qué decir y sólo llora en silencio con mirada atemorizada y un temblor de piernas que no se detiene. La madre relata haber notado recientemente que su hija se hacía cortes en las muñecas; dice sentirse culpable de no haberse percatado antes, pues los cortes habrían comenzado hace al menos un año. Los padres mencionan:

Papá: “No entiendo por qué nos salieron hijos tan raros”.

Mamá: “No es sólo la adolescencia, yo creo que le pasa algo más”.

Comentarios clínicos:

*La conducta de Josefina surge como una provocación, intencionada o no, en cuanto **empuja a la madre a revisar aspectos de sí misma**. Irrumpe la culpa y con ella la posibilidad de ser una mala madre. ¿Cuánto de la adherencia a un proceso psicoterapéutico se sostiene en aquel asedio?*

*Ser “raro” aparece como una característica de los hijos y al mismo tiempo, como un valor indeseado. Visto de otro modo, pareciera que **esta familia valora justamente no ser “raro”** y en este sentido, los hijos se convierten en transgresores de ciertos valores sacros que forman parte de la historia del entramado familiar.*

*El espacio terapéutico resulta por sí mismo amenazante para Josefina, pues convoca a hablar de ella. Los padres la relatan y esperan que también Josefina ocupe el espacio con su voz; ella, sin embargo, no puede: no articula palabra. **Sólo el agobio que se aprecia***

en su cuerpo -que se anuda, estremece y recoge- pareciera dar cuenta del sufrimiento y la lucha de la que está siendo presa.

En una sesión sin los padres, Josefina comenta:

“Me gusta hacerme cambios en el pelo, también me gustan los piercings y los tatuajes, aunque todavía no tengo ningún tatuaje” “Mis amigas del colegio son como yo... como *Emos*.”

“No hago nada. A veces escucho música y dibujo” “No me gusta salir” “Antes íbamos con mis amigas a unos *carretes* gays... No soy gay, pero me gusta ese mundo por la música y el estilo”

Comentarios clínicos:

*La evitación de los otros y la modificación estética remite a la pregunta por el cuerpo, en particular, por el **reconocimiento del cuerpo como imagen** ¿qué se está registrando en esos cambios o en aquella evitación? ¿Qué se está materializando?*

*Asimismo, surge la pregunta respecto a cómo aquel reconocimiento remite a sus vínculos familiares y la **imposibilidad de poner en relación aquello que se registra corporalmente**.*

*Ser “**Emo**” conecta con ser “**raro**”. El mundo de sus amigas aparece como la posibilidad de la diferencia y, en este sentido, resulta un desafío para aquellas relaciones que han permitido la continuidad identitaria en la comodidad de ciertos parámetros de significación.*

*Involucrarse en salidas o relaciones se vincula con **el propio deseo, ámbito que en el caso de Josefina parece obturado**. ¿Cuánto de aquellas elecciones empujarían a Josefina a transitar por lo impensado?*

Para Josefina, su casa es como todas las demás y sus papás tienen una relación que describe como “normal”: “No es ni buena ni mala”.

“Mi papá no habla, en eso me parezco a él (...) Mi mamá es entretenida y chora, antes era dueña de casa, pero empezó a trabajar hace 3 años” “Mi hermano vive su mundo y en

realidad nunca hablamos... A veces jugamos playstation” “Estamos juntos los domingos, pero no hablamos muchas cosas porque mi papá se enoja rápido”.

Comentarios clínicos:

*Comunicarse, dialogar y desplegar afectos no son prácticas frecuentes en esta familia; en su contraste, tiene lugar **relacionarse en torno a lo trivial y puramente funcional**. De alguna manera, esto ha garantizado la estabilidad del sistema, ¿qué historias difíciles de contar han posibilitado la ausencia del diálogo y los afectos?*

*En la escena que grafica Josefina, el padre surge como **figura reguladora de las transgresiones, defensora del orden establecido y marginadora de las diferencias**.*

A solas con los padres, los cuerpos son especialmente interesantes: no se miran ni se tocan y la madre se sienta en el rincón más alejado, quedando al borde de la silla. Cuentan:

“Estamos separados hace un mes, pero seguimos viviendo juntos. Los niños no saben; no queremos decirles porque les puede afectar y debemos estar unidos ahora que a la Josefina le pasa esto”.

Padre: “Nunca estuvimos enamorados. Nos conocimos dos semanas y se nos ocurrió casarnos. Yo ya estaba grande, ella era linda y necesitaba a alguien que me hiciera compañía y se encargara de la casa.”

Madre: “Yo lo quería y quería tener familia”.

El padre menciona que siempre han tenido problemas: “Por mucho tiempo, cuando yo me iba a acostar, ella siempre estaba durmiendo... Yo creo que se hacía la dormida” “Más encima, hubo un tiempo en que no se arreglaba nunca, andaba todo el día dando vueltas por la casa con el pelo amarrado y vestida de *polar*... ¡Imagínese eso!”.

La madre llora y agrega: “Me he sentido humillada muchas veces y ya no podía aguantar... Siempre decía este tipo de cosas delante de los niños” “Él nunca fue cariñoso conmigo ni me decía que me veía bonita. Cuando me puse a trabajar me empecé a sentir mejor, ahora me arreglo y me veo bien” “En ese tiempo, yo estoy segura que él me engañó con mi hermana y desde ahí para mi nada es lo mismo”

Comentarios clínicos:

*Asistir a terapia por Josefina, trae a primer plano a los padres en su ejercicio paterno y con ello, al desafío de revisar su historia. **Se ven arrastrados a reabrir momentos de la historia conyugal que resultan incómodos y difíciles de contar, relacionándose con facetas de sí mismos que conectan con lo no dicho de su propia historia.***

*El trabajo sobre la historia conyugal permite apreciar **valores asociados a la importancia de la imagen y a la relación de ésta con la posibilidad de ser deseado, amado y/o querido.** Estos valores dan luces de la manera en que se han establecido las vías para la constitución de la imagen (cuerpo formativo) y también iluminan en torno a la trama discursiva posible de habitar (cuerpo constituido).*

*Al revisar la historia que se relata, parece que la imagen resulta importante en sentidos más amplios también: resulta relevante, por ejemplo, parecer una familia tradicionalmente conformada o parecer que permanecen unidos en las adversidades. En este sentido, **la historia familiar también dignifica en cuanto se sostiene en cualidades que merecen reconocimiento.***

Al comienzo de una sesión, la madre solicita entrar a solas. Comenta a la terapeuta que tiene una idea de lo que le puede estar pasando a su hija: “Lo he estado pensando harto y me acordé de algo que pasó con un niño” “Parece que a ella le gustaba, pero le daba vergüenza todo” “Desde ahí que anda con esa cuestión de que se ve fea, anda más para dentro y se queda encerrada”

Cuando se le pregunta a Josefina sobre las relaciones románticas comenta: “No ando con nadie y si me gustaba alguien, pero ya no” “En los *carretes* gays que íbamos con mis amigas conocí a un niño una vez. Nos llevábamos súper bien y conversábamos todos los días. Nos gustaba la misma música y teníamos un estilo parecido...Yo pensaba que era gay, pero un día me di cuenta que me estaba *joteando* y después me dijo que yo le gustaba. En ese momento le dejé de hablar”.

Comentarios clínicos:

*La hipótesis de la madre releva aspectos que sitúan en primer plano el campo de las relaciones y específicamente, el lugar que la imagen ocupa en ellas. En este ejercicio hipotético, **la madre no sólo hace emerger posibilidades sobre la vida íntima de***

Josefina, sino que además nos muestra aspectos relevantes de su propia historia.

*La cuestión de la imagen recuerda a la historia conyugal y nos invita a pensar cómo aquel ámbito se ha convertido en una matriz que cobija ciertos parámetros que delimitan las formas de ser en esta familia. Se podría pensar, entonces, que **a través del despertar adolescente de Josefina se comienzan a abrir, insinuar y reactualizar pasajes dolorosos de la historia relacional familiar.** Así, cuando la madre mira a su hija, se ve a sí misma.*

*Este tipo de relación con la imagen podría permitir entender las dificultades de Josefina para ponerse en relación, sobre todo en las de carácter romántico, pues, de alguna manera, en ese tipo de relaciones se pone en juego, por excelencia, la imagen como parte importante de la seducción. Además de esto, esta dificultad de Josefina recuerda también a los padres en su **censura de la sexualidad.***

Cuando la terapeuta pregunta por los cortes, Josefina cuenta:

“Había investigado en internet sobre los cortes y cómo hacerlo con el filo de un sacapuntas”

“Un día que estaba sola en mi casa fui al baño. Cuando entré me miré en el espejo y me dio rabia, pena ser como soy. No me gusta nada de mí, no sé cómo le podría gustar a alguien. Me puse a llorar y me sentía tan mal que no sabía qué hacer. Estaba temblando... Fui a buscar el sacapuntas y cuando me corté se sintió extraño. No sé qué sentí, pero ya no tenía tanta rabia ni pena”.

“Sería más fácil si fuera diferente”.

T: “¿Qué sería más fácil?”

J: “Todo”.

Comentarios clínicos:

*¿Qué refleja el reflejo cuando Josefina se mira en el espejo? Pues aparece ella, pero no sólo como una instantánea del momento, sino que **ella en su relación consigo misma, con otros, con su contexto y con su historia.***

*Cuando Josefina se mira en el espejo aparece su imagen; una imagen que tiene un peso particular en esta familia. **Mirarse conlleva necesariamente verse en sus faltas, en aquello que no es, y esto ha sido trazado por la historia relacional de los padres.***

*En este sentido, ¿qué refleja el reflejo cuando Josefina se mira en el espejo? Refleja a su madre y su ropa de polar; a su padre reclamando mayor sensualidad; a su madre y la posibilidad de sentirse humillada: **manifiesta algunos de los momentos no dichos más dolorosos e incómodos de la historia familiar.***

*La conexión con este campo de lo no dicho inunda de angustia en cuanto asedia sin vías posibles de expresión. **El corte viene a interrumpir –corporizar- esta amenaza,** silenciando y asegurando, de esta manera, la continuidad del sentido en relación a la historia familiar que se ha venido contando.*

A MODO DE CIERRE

En gran manera, los autocortes suponen un desafío en nuestro quehacer profesional y en el encuentro con el otro. Enfrentarnos a quien se autoagrede nos invita a transitar, como muchos fenómenos clínicos, por aquello que incomoda, y que al mismo tiempo, busca lanzarnos fuera. Sin embargo, los autocortes poseen algunas características especiales que los vuelven, por un lado, un reto agotador y, por otro, una provocación seductora para la investigación y el trabajo psicoterapéutico.

Una de esas características es su apariencia de código encriptado y, la otra, la relación ineludible con el cuerpo en cuanto constituye la tela para aquella inscripción. Ambas, envuelven al fenómeno en una capa enigmática que lejos de disolverse, aporta a la generación de nuevas preguntas a medida que se avanza en su estudio.

Este trabajo en particular, busca contribuir, si bien no a la disolución total de esta nebulosa, al menos a disiparla parcialmente con ciertas luces que direccionen caminos por donde continuar la investigación, específicamente en la profundización del anclaje sistémico relacional donde se sostiene esta práctica y, al mismo tiempo, el lugar del cuerpo como campo de sentido.

REFERENCIAS

- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process* 27 (1988): 371–393
- Bateson, G. (1976). *Pasos Hacia Una Ecología de la Mente*. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires
- Bertrando, P. (2000). Texto y Contexto: Narrativa, Posmodernidad y Cibernética. *Journal of Family Therapy*, 22, 83–103.
- Bertrando, P. y Gilli, G. (2008) Danzas emocionales: diálogos terapéuticos como sistemas encarnados, *Journal of Family Therapy* (2008) 30: 362–373.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia Sistémica Individual*, Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1998). Terapia sistémica y lenguaje. Del interés por la organización del sistema a la centralidad del lenguaje. *Sistemas Familiares*, 14 (2) 53-62.
- Brown, T. y Kimball, T. (2013). Cutting to live: a phenomenology of self-harm. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39 (2), 195–208.
- Carey, M., Walther, M. y Russell, M. (2009). The Absent but Implicit: A Map to Support Therapeutic Enquiry. *Family Process*, 48 (3), 319-331.
- Coleman J. y Hendry L. (2003), *Psicología de la Adolescencia*. España: Ediciones Morata.
- Derrida, J. (1989). *La Escritura y la Diferencia*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London.
- Fishman, C. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas: un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

- Gratz, K. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2).
- Hawton, K., Hall, S., Simkin, S., Bale, L., Bond, A., Codd, S. y Stewart, A. (2003). Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (8), 1191–1198.
- Kirchner, T., Ferrera, L., Forns, M. y Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 39 (4), 226-235.
- Laye-Gindhu, A. y Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34 (5), 447-457.
- Le Breton, D. (2012). *La edad solitaria: Adolescencia y sufrimiento*. Lom Ediciones, Santiago.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo?. *Psicoanálisis*, 33 (1), 77-88.
- Marchesi, A., Palacios, J. Coll, C.(comp.) (1994). *Desarrollo Psicológico y Educación*. España: Editorial Alianza.
- McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 177–185
- Mikolajczak, M., Petrides, K., y Hurry, J. (2009) Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 181–193.
- Morales, G. (2008). Autocortes y adolescencia post-moderna. *Revista de familias & terapias*, 15 (25).
- Nader, A. y Morales, A. (2008). Síndrome de automutilación en adolescentes: Análisis comparativo de comorbilidad. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 19 (2), 21-28.

Ougrin, D. (2014). Commentary: Self-harm: a global health priority-reflections on Brunner et al. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (4), 349-351.

Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L. y Asarnow, J. R. (2012). Practitioner Review: Self-harm in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53 (4), 337-350.

Quiroz, J. (2011). Marcas en el cuerpo, marcas en la adolescencia. *Uaricha Revista de Psicología*, 15, 107-112.

Rodulfo, R. (1999). *Dibujos fuera del papel: de la caricia a la lectoescritura en el niño*. Editorial Paidós: Buenos Aires.

Rudrauf, D., Lutz, A., Cosmelli, D., Lachaux, J-P y Le van quyen, M. (2003). From autopoiesis to neurophenomenology: Francisco Varela's exploration of the biophysics of being, *Biol Res* 36: 27-65.

Varela, F. (2000). *El Fenómeno de la Vida*. Santiago de Chile: Ediciones Dolmen.

Varela, F., Thompson, E. y Rosch, E. (1993). *De Cuerpo Presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Varela, F. y Cohen, A. (1989). Le corps evocateur: une relecture de l'immunité. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 40, 193-213.

Vásquez, M. (2012). Narrativas de los adolescentes que se auto inflingen cortes y el proceso de construcción de identidad en el contexto de sus relaciones familiares. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Editorial Herder. Barcelona.

Weber, A. (2001). The 'surplus of meaning': Biosemiotic aspects in Francisco J. Varela's philosophy of cognition. *Cybernetics & Human Knowing*, 9 (2), 11-29.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Whitlock, J. y Knox, K. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archive Pediatric Adolescent Medicine*, 161, 634-640.

Zamorano, C., Navarro, C. y Sotta, M. (2008). Adolescentes que se autoinfligen heridas: Una propuesta explicativa. *Revista de Familias y terapias*, 16 (25), 107-123.

ANEXOS: FORMATO PARA LA PUBLICACIÓN

REVISTA DE FAMILIAS Y TERAPIAS

BASES PARA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

La revista De Familias y Terapias es una publicación semestral, abierta a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento sobre la familia, desde la perspectiva teórica, clínica, educacional y social. Los trabajos enviados deberán atenerse a las siguientes condiciones:

PRESENTACIÓN

Los artículos deben ser originales y no haber sido publicados ante ninguna revista nacional ni internacional.

Cada trabajo no deberá exceder de 30 páginas, o 6.000 palabras, incluyendo la página de título, el resumen, el texto, las referencias, tablas y figuras.

Las páginas deberán estar escritas a espacios de 1.5 y por una sola cara.

En vez de subrayar use la fuente cursiva.

Envíe el original y dos copias, más un disco de computador preparado en MS Word.

Todos los informes de casos deberán proteger la confidencialidad del paciente.

ENTREGA

El trabajo deberá ser remitido a Sergio Bernales, Director de De Familias y Terapias a Avda. Larraín 6925, La Reina, Santiago de Chile.

Correo electrónico: revista@ichtf.cl

TÍTULO / PÁGINA DE PRESENTACIÓN:

Incluya: Título, (el título debe estar en español e inglés)

Nota del autor, nombre del autor y afiliación institucional.

Se deberá indicar nombres completos de los autores, en orden según su contribución, indicando primero al autor guía.

Los nombres de los autores no deberán ser incluidos en ninguna de las páginas siguientes.

RESUMEN

Deberá tener un máximo de 150 palabras para informes de estudios empíricos; 120 palabras para reseñas ó artículos teóricos.

El Resumen debe estar escrito en español y en inglés

PALABRAS CLAVES

Se deben señalar al menos 5 palabras claves (castellano e inglés) que sirvan como descriptores de la publicación

ENCABEZADOS

La revista usa un formato de dos columnas, por lo tanto los encabezados deben ser cortos.

En general se usan tres niveles de encabezados dentro del texto. A continuación los ejemplos:

Formato de encabezado principal:

Encabezado Centrado en Mayúsculas y Minúsculas

Formato de sub-encabezado principal:

Encabezado Lateral, Alineado a la Izquierda, en Cursiva, en Mayúsculas y Minúsculas

Formato de sub-encabezado menor:

Con sangría, en cursiva, encabezado de párrafo en minúsculas, terminando con un punto.

TABLAS

Limite el uso de tablas a datos que tengan correlación específica con el contenido del artículo, o para comunicar grandes cantidades de datos de manera eficiente. Entregue una hoja separada para cada tabla; entregue un título para cada tabla; cite la tabla dentro del texto e indique su ubicación.

FIGURAS

Se deberán proporcionar impresiones con brillo de alto contraste o copias listas de cámara. Digite el título, pie de impresión y notas a doble espacio en una hoja separada. Cite la figura dentro del texto e indique su ubicación.

NOTAS AL PIE

La aparición de una nota al pie deberá estar indicada por un número superior (súper índice) en el lugar apropiado dentro del texto. La lista numerada de notas al pie, digitada a doble espacio, deberá aparecer después de la lista de referencia.

REFERENCIAS EN EL TEXTO

Cite el autor y la fecha de los trabajos usados. La primera cita puede incluir hasta cuatro autores; en citas siguientes de 3-4 autores, indique el apellido del primer autor, luego et al. y la fecha de publicación, por ejemplo Jones et al. (1994). Múltiples citas deberán listarse en orden alfabético.

BIBLIOGRAFÍA

Estas deberán calzar con el trabajo citado en el texto y vice-versa. Liste los autores en orden alfabético. A continuación ejemplos breves; por favor note el estilo de sangría. Para obtener instrucciones completas, vea el APA Publication Manual,(5ª ed., pp. 215–281).

ARTÍCULO DE REVISTA

Escriba en forma completa los títulos de artículos de revistas. Ejemplo:

Sulzki, C & Greaser, D (2004). "Acerca de la violencia: Un credo para terapeutas" *Sistemas Familiares* 20 (1-2), 17-23.

CAPÍTULO EN UN LIBRO EDITADO

Requiere los nombres del autor y editor, así como las páginas de capítulo. Ejemplo:

Erazo, R & Larach, V (2000). *Psiquiatría de Enlace el interconsulta en el Hospital general*. En Heerlein (Ed) *Psiquiatría Clínica* (pp. 699-710). Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago de Chile.

LIBRO COMPLETO

Ejemplo:

Schön, D (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Temas de Educación, Paidós.

RESEÑAS DE LIBROS

Los libros así como comentarios de artículos de publicaciones profesionales en el área, deberán ser enviados a Sergio Bernales, Director de De Familias y Terapias, Avda. Larraín 6925, La Reina, Santiago de Chile. Correo electrónico: revista@ichtf.cl

La Revista de Familias y Terapias pone a la venta online a través del portal del Instituto Chileno de Terapia Familiar algunos de los artículos publicados en cada número. Dichos artículos son seleccionados por el editor de la Revista. Si su artículo es publicado podrá ser puesto a la venta online. Por tanto, presentar artículos implica la aceptación de que éste pudiera ser puesto a la venta online si la edición de la revista así lo determina.

La revista se reserva el derecho a publicar o no publicar el trabajo, así como a corregir el texto si lo estima necesario. La evaluación del Comité Editorial será comunicada al autor.