

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

*UN ESTUDIO DEL TRASTORNO DE LA AUTOMUTILACIÓN VISTO COMO UNA
FORMA DE COMUNICACIÓN*

Tesis para optar al título de Comunicadora Social

Presentada por:

Catalina Torres Benjumea

Asesor:

Richard Tamayo Nieto

Docente Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Enero de 2011

Bogotá, enero 18 de 2011

Doctor:

Jürgen Horlbeck

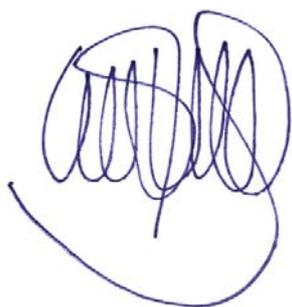
Decano académico

Facultad de comunicación y lenguaje

Apreciado, Jürgen:

Quiero presentarle el trabajo de grado "*Un estudio del trastorno de la automutilación visto como una forma de comunicación*" de la estudiante Catalina Torres Benjumea. A mi juicio, este trabajo es sustentable.

Cordialmente,

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Richard Tamayo Nieto

Asesor del Trabajo

Dedicatoria y agradecimientos

Dedicar... creo que una persona dedica un poema o una canción porque tiene un significado en el corazón. ¿Los trabajos de grado se dedican? Si es así, mi dedicatoria va a Richie, porque él sabe de qué estoy hablando cuando digo *self-injury*.

Primero gracias al señor Richard Tamayo por la paciencia, las ideas y la intención de creer en mí. Mil gracias por no dejarme ahí y no mamarse en la mitad.

Y después gracias a mi familia, a María Victoria Benjumea, a la abuela, a mi mamá, a mi hermanita, a las tías, los primos... Siempre pensé que eso de agradecerle a la familia era mero formalismo y hoy he visto que los únicos que están ahí siempre, así estés en la peor, son ellos. Al final tengo un poder superior que me salvó de una muerte casi segura y a mi familia que está para ayudarme a levantar cuando la veo imposible.

Gracias a las historias, a las familias, los amores del pasado, el buen amor del presente y a esta nueva familia que está tratando de durar, como puede.

Tabla de contenido

Capítulo 1: Aspectos socioculturales de la automutilación

1.1 Intervenciones corporales

1.1.1 Escarificaciones

1.1.2 Pírsines

1.1.3 Tatuajes

1.1.3.1 Tipos de tatuajes

1.1.4 Mutilación

1.1.4.1 Prácticas modernas de mutilación

1.1.5 Expansiones

1.2 Intervenciones corporales en tradiciones y culturas

1.2.1 Rituales y prácticas automutilatorias culturalmente sancionados

1.2.2 Curativo

1.2.3 Espiritual

1.2.4 Sacrificio y sufrimiento

1.2.5 Orden social

1.2.6 Automutilación patológica

1.2.7 Creencias, actitudes, prácticas e imágenes de la automutilación

1.3 Ritos

1.3.1 El tantrismo tibetano

1.3.2 El misticismo de los indios norteamericanos

1.4 Referencias socioculturales

1.4.1 Imágenes mutilativas en el arte secular

1.4.2 Mutilación en la literatura

1.4.3 Cine y escritura corporal

1.5 Redes sociales

Capítulo 2: Una mirada a la automutilación desde la psiquiatría y la psicología

2.1 Conceptos

2.2 Descripción clínica y epidemiológica

2.3 Etiología de los fenómenos automutilatorios

2.4 Grupos que se automutilan

2.5 Las familias

2.6 Tratamiento: Confianza y confidencialidad

Capítulo 3: El cuerpo como una superficie de escritura

3.1 Definición etimológica de escritura

3.2 Historia de la escritura

3.3 Modificaciones corporales como formas antropológicas de la escritura

3.4 Testimonios

3.4.1 Andrew de 22 años

3.4.2 Melanie de 16 años

3.4.3 Fran de 53 años

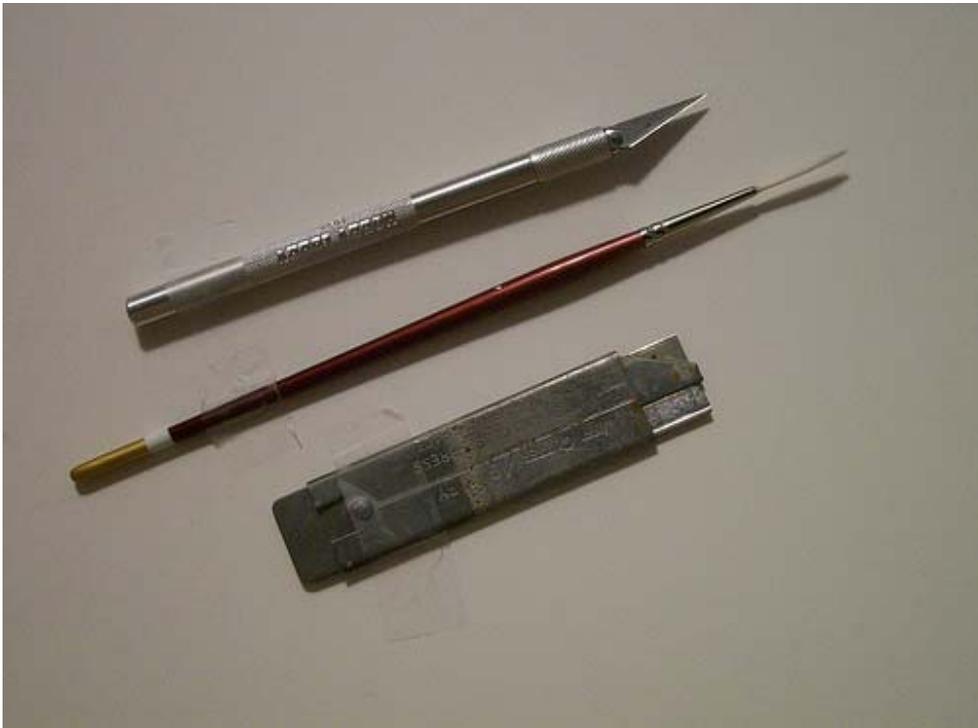
3.4.4 Ana de 24 años

3.5 Usando el cuerpo como una superficie de escritura a través de la mutilación

3.6 La automutilación y los sistemas escriturales

Conclusiones

Bibliografía



By: visibleducts (<http://www.flickr.com/photos/visibleducts/3040826536>)

Introducción

La automutilación es un trastorno que, en algún momento, pensé era una moda de los *emos* o de las personas adolescentes. En una conversación con mi asesor de tesis, después de un lamentable accidente, surgió la duda de qué es *self-injury* y cómo se dice en español. La automutilación tiene muchos sinónimos. Pero *self-injury* o el hecho de autoherirse tiene un significado diferente, por lo menos, gramaticalmente. Herirse no es mutilarse, herirse es dañarse o dañar una persona produciéndose/le una herida o una contusión. Según el DRAE, mutilar es arrancar o cortar un pedazo del cuerpo con violencia. Herirse a sí mismo es una traducción que se acercaría más a hacerse daño, que suena menos grave que autoinfligirse o automutilarse. También hablamos de que en un principio los humanos menos evolucionados como los cromañones, y de ahí para abajo, debieron haberse escrito en sus cuerpos para transportar la información.

Ese día me quedé pensando en cómo habría sido esa vida en la que todo era tan pesado y complicado y que, de alguna manera, las herramientas tenían que ayudar a llevar información a otros lados sin que eso implicara tanto esfuerzo. Y es posible que los primeros humanos necesitaran acordarse y se hubieran cortado la piel para que les quedara la información permanentemente en un lugar accesible.

También pensaba en la adolescencia y en los dolores de los amores fugaces en donde el dolor del abandono del otro implicaba un desgarramiento interno espantador, un dolor muy profundo que no encontraba adentro. Debo confesar que en mi adolescencia fui bastante dramática y que, en unos momentos, me hice doler y creí que el dolor físico sí atenuaba el

dolor de los corazones rotos. Esa fue otra de las razones por las que me interesó saber qué era la automutilación y si eso que yo había hecho en mi adolescencia tenía ese nombre tan grave y pesado.

Con el paso de los días sentí más curiosidad y empecé a leer desinteresadamente algunos blogs de gente entre los 18 y 30 años que se expresaban de forma diferente con respecto a los traumas de la vida. Las personas “normales” no intentaban hacerse doler cuando les pasaba algo negativo en la vida. Muchas personas a las que les pregunté simplemente se aíslan y se toman su tiempo para sentir el dolor y después se ocupan y se vuelven activos de nuevo. Las personas normales no sienten que se les acaba la vida ni sienten que el dolor físico es la solución a los problemas emocionales. Luego, la automutilación es una percepción alterada de la realidad que hace que unas personas, que no son tantas, adquieran unas técnicas deformadas de expresión y de comunicación con el mundo exterior.

La automutilación, finalmente era para mí una manera de comunicar, de forma distorsionada, un estado de ánimo, una frustración o una manera de llamar la atención, al menos en un principio. Las redes sociales y la internet, en general, están llenas de información errada de estas personas que están cortándose y sufriendo de graves trastornos pensando que es la única vida normal y la forma correcta de pertenecer al mundo sin ser malinterpretados. Aunque hay artículos e investigaciones con respecto a la automutilación no hay estudios específicos que la relacionen con la comunicación como tal y menos como una tecnología escritural.

Este trabajo de grado busca ser una propuesta para el análisis de la automutilación desde un planteamiento de un sistema escritural que muestre las maneras en las que se manifiesta este desorden y a su vez comunica de una forma sistemática lo que el ser “enfermo” no puede transmitir. También mostrar desde un campo social la importancia de la automutilación a través de las culturas tradicionales y manifestar los diferentes puntos de vista de las culturas orientales y occidentales tradicionales y el cambio de formato que sufre la automutilación en la actualidad.

Con este fin he decidido dividir esta investigación en tres capítulos que muestren un recorrido por la automutilación desde los aspectos socioculturales, médicos y desde la

historia de la escritura haciendo un análisis antropológico de las modificaciones corporales como manifestaciones escriturales.

En la primera parte el objetivo es explicar los aspectos socioculturales en relación con las modificaciones corporales y la automutilación vista desde las tradiciones y los ritos. Identificar las intervenciones corporales y los usos que se les han dado desde la antigüedad y cómo las formas han cambiado o en qué se parecen todavía. También explorar las ideas culturales de curación y espiritualidad relacionadas con este trastorno como una solución y como un indicador de características humanas como el crecimiento o el cambio de estado civil en una comunidad. Es importante mostrar también cómo las manifestaciones culturales tales como el arte, la literatura y el cine han adoptado este concepto y han creado su propio punto de vista y las transformaciones creativas de una misma “acción”.

En el siguiente capítulo la función principal es definir científicamente, a través de teorías clínicas, psiquiátricas y psicológicas, la automutilación y buscar comorbilidades para separar y aclarar qué es automutilación y con qué se ha confundido, cuáles son las características de las personas que sufren de este desorden y a qué población le afecta más.Cuál es la etiología y la etimología de esta característica para poder descubrir cómo se comporta en el cuerpo y en la mente y si supone o no una conducta sistemática en la manifestación externa o corporal. Esta sección quiere mostrar algunos tratamientos que han funcionado para, de alguna manera, controlar la enfermedad, mejorar los aspectos psicológicos, físicos o reducir la frecuencia entre cada episodio de autoheridas.

El tercer capítulo se divide en varias partes que explican y atan de alguna forma los dos primeros. La primera parte se centra en definir etimológicamente la escritura para empezar con la definición de escribir y así buscar una relación entre la escritura y las maneras de automutilación que se han definido en los dos primeros capítulos. Parece importante buscar las consecuencias de la escritura en la historia del mundo y explicar las modificaciones corporales del primer capítulo como formas antropológicas de escritura para relacionar así las transformaciones corporales con la cultura, la sociedad y la escritura en el sentido más básico y primario. Es importante también mostrar, a través de los testimonios de las personas que se han automutilado, las formas de este desorden desde los que padecen de este trastorno. Luego, para soportar lo anterior y darle forma al sentido original de la tesis,

se plantea el cuerpo como una superficie de escritura y finalmente se concluye con un acercamiento a los sistemas escriturales y la automutilación vista como un sistema metódico de escritura.

Capítulo 1. Aspectos socioculturales de la automutilación

En el primer capítulo el objetivo es identificar a nivel sociocultural los múltiples significados de la automutilación, describir cuáles son las modificaciones corporales usadas hoy en día y el sentido que tienen estas alteraciones en las culturas tradicionales. Por medio de las definiciones también describir las prácticas antropológicamente culturales, las restricciones sociales y los grupos de personas que se automutilan así como las maneras de interactuar en internet. Todo esto con el fin de identificar los principios culturales y sociales de algunas sociedades tradicionales y de las variaciones que han sufrido hasta la actualidad para entender la automutilación desde el ámbito social, los ritos y rituales de algunas tradiciones y desde la actualidad como una manifestación de moda e identificación con algunos movimientos urbanos.

1.1 Intervenciones corporales

1.1.1 Escarificaciones



By: Fepe55 (<http://www.fepe55.com.ar/blog/2006/12/09/escarificacion/>)

La escarificación es el acto de provocar cicatrices en la piel por cortes, quemaduras por sustancias químicas o por fuego. El cuerpo crea una costra como resultado de la muerte del tejido. En algunas culturas antiguas, que sobreviven en la actualidad, existen rituales de transición a una etapa diferente de la vida en los que la escarificación juega un papel importante para identificar a los adultos de la tribu. Esta técnica de automutilación se usa hoy en día también en la cultura occidental con fines decorativos como una forma de tatuaje sin tinta.

A la escarificación por medio de quemadura se le llama *branding*, se realiza por quemaduras en la piel con frío, calor o por químicos. Las quemaduras por calor se hacen calentando un material, usualmente metal, que produce una quemadura de tercer grado, la que más tarde se convierte en una cicatriz. La señal que queda, generalmente, es una línea un poco más oscura que la piel. Aunque con las diferentes pieles, las cicatrices quedan disímiles. Por ejemplo, algunas personas cicatrizan en forma queloide y queda un poco más gruesa, más oscura y en relieve.

La escarificación por medio de cortadas o *cutting* es un procedimiento por el cual una persona va cortando la piel con un bisturí dándole una forma específica que luego se convertirá en una cicatriz también.

La escarificación removiendo la piel es muy parecida al *cutting*. La diferencia radica en que en este procedimiento lo que produce la cicatriz es el corte con el bisturí y en el *skin removal* lo que produce la cicatriz es la retirada de la piel de su lugar con una espátula. El corte en sí no es tan profundo como en el *cutting*, lo que hacen es hacer la figura más superficial en la piel y luego remueven la piel para rellenar la figura quitándola para que esta cambie de color.

En Oceanía existen tribus como las de Papúa -Nueva Guinea- que realizan un ritual que consiste en agarrar un trozo de bambú afilado y cortar la piel generando escarificaciones para simular la piel de los cocodrilos. Algunas de estas tribus le rinden culto a los cocodrilos y realizan este ritual del corte de la piel como una forma significativa del paso de la adolescencia a la adultez. Esto simboliza la fuerza y la resistencia que deben adquirir los jóvenes para alcanzar el estado de adultez, de lo contrario, si no se escarifica no podrá ser considerado como adulto. Algunos miembros de la tribu mueren en el proceso del ritual.

1.1.2 Pírsines



By: Rich Abrahamson (<http://well.blogs.nytimes.com/2008/06/13/the-complications-of-body-piercing/>)

Los pírsines (Adaptación gráfica propuesta para la expresión inglesa (*body piercing*)) son una perforación en la piel en cualquier superficie del cuerpo diferente al lóbulo de la oreja para introducir un ornamento. Esta modificación corporal ha sido un reflejo de valores culturales, religiosos y espirituales. En la actualidad es una manifestación de moda y existen varios procedimientos y formas de ponerse estas joyas específicas. En occidente se usaba una ‘perforación’ únicamente en las oreja para las mujeres al nacer que llevarían el resto de la vida.

El pírsin, como lo conocemos en la actualidad, tuvo sus inicios a mediados de los setentas en el mundo gay de San Francisco. En Inglaterra se montó la primera tienda dedicada a la venta de joyería para perforaciones en el cuerpo. Inglaterra es todavía el lugar donde más se hacen estas perforaciones corporales. Aunque esta práctica ha ido asociada y vinculada a todo tipo de contraculturas musicales, sociales y alternativas; lo cierto es que hoy en día es casi una forma de vida. (http://www.elcuerpo.es/articulo_item.php?numero=76)

“Todavía hoy son muchas las etnias que se reconocen por las pinturas, los collares u otros adornos. En ocasiones, identifican a guerreros, cazadores, a la esposa del jefe de la tribu, hechiceros... Otras veces, se consideran signo de belleza y tienen un mero sentido estético. En todo caso, traen historia.” (http://www.elcuerpo.es/articulo_item.php?numero=76)

En Egipto, un adorno en el ombligo significaba que quien lo llevaba pertenecía a la realeza; en la época romana se distinguían castas por medio de los pírsines; los centuriones de más alta graduación y los gladiadores más valerosos se los ponían en los pezones como

signo de valentía. Los guerreros Potok llevan en el tabique nasal una hoja de árbol, el disco labial y cicatrices en la espalda. En América del Sur los indios Cashinawa se perforaban la nariz para insertarse plumas de colores que indicaban su rango (http://www.elcuerpo.es/articulo_item.php?numero=76).

1.1.3 Tatuajes



By: Karim Estefan

“El término tatuaje se refiere a la inserción de pigmentos en la piel utilizando agujas, hueso, cuchillos, u otros instrumentos, con el fin de crear un diseño decorativo. El tatuaje es una forma permanente de modificación corporal, y se ha encontrado en todos los continentes del mundo, así como entre las poblaciones de la mayoría de islas. Las primeras pruebas de los tatuajes se remontan al Neolítico: momias y otros artefactos que datan del año 6000 aC en Europa y del año 4000 aC en Egipto. El tatuaje probablemente se propagó desde el Oriente Medio a las Islas del Pacífico, y más tarde a las Américas, a través de India, China y Japón. Se encontraron evidencias de tatuajes en el año 1000 aC prácticamente en todas partes.” (Encyclopedia of Body Adornment, 26).

La palabra "tatuaje" llegó por primera vez a Europa gracias a los marineros quienes descubrieron esta práctica entre los tahitianos y hawaianos. “Tatau” significa marcar o golpear dos veces en tahitiano y fue de esa palabra que salió tatuaje. Aunque hay otra teoría

que sostiene que la palabra tatuaje viene del francés tatouge, tatuage viene del verbo totouer (tatuarse) tomado del inglés tattoo. El inglés lo tomó del taíno. (<http://etimologias.dechile.net/?tai.no>)

1.1.3.1 Tipos de Tatuaje

Para la Academia Americana de Dermatología, existen cinco principales tipos de tatuajes: - “Tatuajes traumáticos: son creados por la inserción no deseada de polvo o suciedad debajo de la piel que deja un área pigmentada aun después de la curación. Esto ocurre comúnmente después de accidentes de bicicleta, motocicleta, o lesiones con la punción de un lápiz de grafito en la piel” [American Academy of Dermatology]. - “Tatuajes de aficionado: son colocados por la gente sin preparación técnica, y a menudo tienen muy poco arte o detalle. El método más común consiste en colocar tinta china por debajo de la piel con un alfiler. Tinta de lapiceros, carbón, o cenizas son también usados como pigmentos” [American Academy of Dermatology]. - “Tatuajes profesionales: pueden adoptar dos formas: tatuajes culturales y tatuajes modernos. Los tatuajes culturales se hacen usando los métodos tradicionales de un grupo étnico o patrimonio cultural determinado, como en las islas del Pacífico Sur. Los tatuajes modernos se realizan utilizando herramientas profesionales, y son realizados por artistas o técnicos que son pagados por su trabajo. Una variedad de pigmentos de diferentes colores son utilizados y su calidad artística varía de pobre a fantástico” [American Academy of Dermatology]. - “Tatuajes médicos: son utilizados para delinear marcas permanentes para la radioterapia, y son realizados por un médico” [American Academy of Dermatology]. - “Tatuajes cosméticos: se utilizan como maquillaje permanente tal como delineador de ojos, lápiz labial, rubor, cabello y cejas. El tatuaje cosmético también es utilizado para sustituir un pezón después de la mamoplastia, para camuflar el vitíligo (la ausencia de pigmento de color en la piel), o para cubrir un tatuaje no deseado” [American Academy of Dermatology].

En Egipto las mujeres se tatuaban más que los hombres y los tatuajes tenían fines protectores; en Polinesia las tribus los usaban como una manera de adornar su cuerpo; los indios de Norte América usaban los tatuajes como un ritual de transición de la adolescencia a la adultez. En Japón, en el siglo X a.C. el tatuaje era utilizado por personas poderosas

incluyendo el emperador, que lo usaba como ornamento corporal, aunque también lo usaron para marcar delincuentes. En occidente el tatuaje como es conocido hoy en día llegó por vía marítima. James Cook fue el encargado de traer desde Polinesia esta manera de modificación corporal. Los marineros aprendieron esta técnica y en 1870, en Nueva York se da un primer acercamiento a lo que iba a ser una tienda de tatuajes.

1.1.4 Mutilación

La automutilación no puede separarse totalmente del concepto de la mutilación dirigida contra otros; las percepciones y prácticas de una están estrechamente vinculadas con la otra. Sin embargo; en la mutilación, las víctimas no quieren ser mutiladas. A nivel intelectual es más fácil de entender ya que generalmente puede ser explicada o racionalizada en términos bastante simples tales como que la persona lo haya hecho por razones de venganza o en el nombre de Dios. Esta es una respuesta razonable, no justificable, pero está dentro de los entendimientos lógicos del pensamiento. La auto-mutilación, en cambio, es un fenómeno que desafía la comprensión de una respuesta profunda y racional (Favazza, 1996,18). Según la RAE la mutilación es el acto de cortar un miembro o una parte del cuerpo de una manera violenta.

Muchas de las prácticas mutilatorias son culturalmente aceptadas y se asocian con la curación, la espiritualidad y la condición social o de los individuos dentro de esa cultura. Por ejemplo, se considera el caso de un chamán meso americano. Antes de que un individuo se convierta en un chamán, debe someterse a mutilaciones rituales y a un sufrimiento intenso para obtener las capacidades especiales para curarse a sí mismo y a otros. Un segundo ejemplo consiste en la iniciación de los adolescentes. En este tipo de iniciaciones, los adolescentes sufren modificaciones corporales dolorosas como un rito de paso al mundo adulto. Los aborígenes australianos utilizan piedras para cortar y abrir sus penes a lo largo de la longitud de la uretra durante los ritos de iniciación de los adolescentes.

Los rituales de mutilación y modificación corporal a menudo tienen el propósito de corregir o evitar las situaciones que amenazan la estabilidad de la sociedad: la enfermedad o los dioses enojados. Además, la iniciación de los adolescentes ayuda a mantener el orden

dentro de la sociedad. Los adolescentes soportan dolor y sufrimiento para ganar la aceptación en la vida comunitaria como adultos.

1.1.4.1 Prácticas modernas de mutilación

Ninguna cultura acepta el cuerpo en su estado natural. El maquillaje, la pintura corporal, las pinturas de guerra, los tatuajes, los pírsines y las escarificaciones han desempeñado un papel en la historia y la moda a través del tiempo. Algunas de las prácticas de mutilación que se llevan a cabo hoy en día, son la ablación genital femenina en África y en países musulmanes, perforación de aretes en los bebés e infantes, la circuncisión judía y, los rituales de claustros con prácticas medievales (autoflagelación, ropajes que torturan, carencia de sueño, entre otros).

1.1.5 Expansiones



(encontrado en: <http://www.seraforum.com/forum/showthread.php?t=2200>)

Las expansiones son perforaciones en el cuerpo que se amplían mediante una técnica de dilatación en donde se introduce una barra y se fuerza la zona lentamente hasta llegar al ancho deseado. El límite de la expansión depende de la cantidad de piel que tenga el lugar escogido. La zona más común es la oreja, aunque la lengua es también un sitio frecuentemente expandido.

1.2 Intervenciones corporales en tradiciones y culturas

1.2.1 Rituales y prácticas automutilatorias culturalmente sancionados

En el libro *Bodies under siege* se identifican algunas dificultades que existen para delinear

los rituales y las prácticas automutilatorias en una sociedad. Los rituales culturales indican actividades repetitivas de manera consistente a través de varias generaciones que reflejan las tradiciones, el simbolismo y las creencias de una sociedad. El ritual de la danza del sol de los “indios planos” consiste en que los guerreros de élite son llevados por los miembros de la tribu una vez al año en una ceremonia espiritual y física. Les insertan unos chuzos debajo de los músculos de su pecho y espalda y estos deben liberarse. Las prácticas culturales implican actividades que pueden ser caprichosas y que a menudo tienen poco significado profundo. Perforarse las orejas o la nariz con el fin de usar joyas es un ejemplo de ellas. Los rituales y las prácticas automutilatorias sirven para prevenir la aparición de las condiciones y para corregir o curar cuando se producen. Los rituales trabajan promoviendo curación, espiritualidad y orden social (Favazza, 1996,226).

1.2.2 Curativo

La mayoría de los seres vivos comparten la lucha por la supervivencia y la evasión del dolor. Los animales tienen como única ayuda los instintos, pero los seres humanos son capaces de trascender el instinto y de idear estrategias para enfrentar las heridas, las enfermedades y el dolor. Hoy en día ponemos nuestra fe en estrategias científicas, pero antes de que la ciencia existiera había otras formas de lidiar con las amenazas contra la vida. El origen de las creencias en la eficacia de la automutilación como un comportamiento sanador que prevenía y curaba enfermedades es oscuro, pero algunas han estado presentes desde principios de la existencia humana. Por ejemplo los Hamdsha, los curanderos musulmanes en Marruecos, se abren la cabeza en dos y le sumergen en la sangre pan o terrones de azúcar y después se los comen; es creído que en la sangre de los curanderos reside un poder curativo. En “la isla de los hombres menstruantes” en Papúa, Nueva Guinea, creen que las mujeres son saludables por su periodo menstrual. Los hombres, con el fin de mantener su salud, su fuerza y su atractivo, mimetizan el ciclo natural de purificación de la mujer, induciéndose hemorragias nasales (Favazza, 1996,226).

1.2.3 Espiritual

Es preciso decir que la mayoría de las personas en todas las sociedades han creído en espíritus sobrenaturales tales como dioses, demonios y almas. Ya que sus poderes son ilimitados, los espíritus han sido implicados en actividades inexplicables y en la buena o mala suerte de las diferentes sociedades; por ejemplo las malas cosechas o los éxitos en las batallas. Establecer y mantener las relaciones correctas con los espíritus para evitar desastres para motivar la prosperidad en el mundo, sobre todo esta motivación de prosperidad, ha sido una gran motivación para las actividades humanas. El ritual automutilatorio del sacrificio y de enmienda es especialmente agradable para los espíritus y, de acuerdo con algunos místicos, son capaces de ayudar a los humanos a lograr un estado especial de éxtasis y de visión. Los sacerdotes devotos a la gran madre diosa Cybele se castran a sí mismos para demostrar su duelo y la identificación con Attia, quien se castró, murió y fue resucitado. Los padres cristianos del desierto castigaban sus cuerpos para lograr redención, y por siglos la iglesia canonizaba como santos a las personas que mortificaban celosamente su carne (Favazza, 1996, 227).

1.2.4 Sacrificio y sufrimiento

Durante varios episodios maníacos en el transcurso de 12 años, una mujer se quitó gran parte de su lengua, se cortó sus brazos, se laceró gravemente su vagina con sus manos, se quemó la piel y se encegució a sí misma tratando de sacarse los ojos. Ella dijo que Dios le había ordenado purificar su cuerpo por medio de la escarificación. (Favazza, 1996,29). Como este hay varios casos expuestos en el libro *Bodies Under Siege* que muestran la importancia de la escarificación en la religión.

Una viuda de 48 años de edad se acusaba de ser una gran pecadora. Salió desnuda a la calle y le preguntó a un ministro y otros hombres si querían casarse con ella. Sintió que sus ojos eran pecadores, ya que había mirado a las cosas mundanas. Después de leer la palabra de Mateo y el Nuevo Testamento, con cuidado se sacó sus ojos y pidió a los médicos cortar las piernas y los pies, señalando que Cristo había sacrificado su sangre para llegar a ser santo. El concepto de sacrificio es muy importante desde los fundadores de la antropología moderna (Bourdillon and Fortes,1980) en el siglo XIX. La teoría de Tylor estaba basada

en la conexión entre el sacrificio y la oración. Ésta dice que una persona que ofrece un valioso regalo de oblación a una deidad prevé que la divinidad le responderá con un favor especial, como la recuperación de una enfermedad o la beneficencia en general. La teoría de Frazer sostiene que la sangre y la carne de una víctima sacrificada sirven para rejuvenecer a los dioses y para evitar que se mueran los devotos. La teoría de Smith se centra en la comunión que se establece entre un grupo y su deidad, como resultado de comer la carne del animal sacrificado o de la víctima humana. (Favazza, 1996).

La teoría de Hubert y Mauss es diferente y define los actos de sacrificios religiosos que, por la consagración de una víctima, modifican el estado moral del sacrificador o de ciertos objetos en el que está interesado. Un rito de sacrificio es un procedimiento para establecer una comunión entre lo sagrado y lo profano con la víctima como intermediario. Algunas de estas teorías aseveran que una poderosa energía se libera en el momento del sacrificio (Favazza, 1996,30).

1.2.5 Orden social

El caos es la mayor amenaza para la estabilidad del universo. Sin el orden social, los hombres y las mujeres no sabrían cómo comportarse adecuadamente. Muchos hombres creen que la sexualidad femenina descontrolada caería en disturbios volcando las cosas al revés. Sin orden los hombres y mujeres no aceptarían las responsabilidades de la adultez cuando les llega la edad. Las personas no estarían en condiciones de diferenciar a los miembros de la tribu de los enemigos, los líderes de los seguidores, mujeres casadas de las solteras. La alteración o destrucción de los tejidos del cuerpo ayuda a establecer el control de las cosas y conservan el orden social. En Sudan y otros países africanos la sexualidad de las mujeres es controlada por un procedimiento quirúrgico en los genitales; en China la controlan partiéndoles los huesos de los pies. Los patrones de la escarificación no son usados sólo para realzar la belleza sino que también pueden indicar el estatus social. Un número considerable de tribus se cortan unos dedos específicos como una insignia del clan o una especie de apellido, una viuda se corta un dedo cuando se va a volver a casar. Los indios cabeza-plana moldean los cráneos de sus hijos para producir una cabeza con una forma claramente identificable (Favazza, 1996,231).

La importancia de la automutilación está demostrada y encontrada con gran frecuencia en los ritos de iniciación adolescente. Muchos antropólogos han entendido que el propósito de estos ritos son la adquisición de los nuevos roles sociales y la condición necesaria para la conservación ordenada de la vida en una comunidad. Las mutilaciones que los adolescentes aceptan voluntariamente son dolorosas y muchas veces brutales: los dientes se los pueden tumbar a golpes, les perforan el tabique, el pene rajado a lo largo de la longitud de la uretra, largas áreas de piel escarificada. Estas mutilaciones son componentes integrales de los ritos de inicio y al parecer cumplen varias funciones importantes. Ellos incrementan el drama y el significado de estas ceremonias, se concentran en los adolescentes y les permiten demostrar su fuerza interior. También están pendientes de que el grupo social tenga poder y que no tolere rebeldías en contra de la autoridad; los niños son transformados en adultos cuando se sobreponen a sus miedos y permiten someterse al dolor y a la mutilación. Las emociones intensas del ritual tienden a fomentar los lazos entre los adolescentes que participaron y los adultos que los mutilaron. De hecho, el proceso mutilatorio induce a tener una experiencia emocional fuerte que tiene el potencial para madurar la conciencia, perder la inocencia de la niñez y ser más consciente de la edad adulta (Favazza, 1996,232).

1.2.6 Automutilación patológica

El primer paso para hacer algo con respecto a un problema es ponerle un nombre y una clasificación. Ciertamente los médicos eran conscientes de la automutilación como lo demuestran los numerosos informes de los primeros casos, pero no hubo intentos de ir más allá de la terminología hasta 1938. En este tiempo Karl Menninger describió y clasificó la automutilación en cuatro categorías: neurótica, psicótica, orgánica y religiosa. Como es usual Menninger estaba adelantado a su tiempo pues nadie estaba listo para lidiar o pensar en la automutilación en ese momento. La automutilación era considerada como un tipo de comportamiento suicida (Favazza, 1996,232).

1.2.7 Creencias, actitudes, prácticas e imágenes de la automutilación

Las creencias, actitudes, prácticas e imágenes se han difundido a través de latitudes, longitudes y siglos. Nuestra percepción de la de automutilación como grotesca o hermosa, heroica o cobarde, impresionante o triste, significativa o sin sentido se deriva en gran parte de las percepciones de aquellos que la han vivido antes que nosotros. La automutilación ha sido transmitida a través de grandes pinturas, estatuas y arte popular, en novelas y cuentos de hadas, en libros de historia y cuentos de viajeros, en rituales religiosos y tradiciones laicas, en la ejecución de guerras y en el castigo de los criminales, en canciones sonadas y obras teatrales, en las maneras como curamos a los enfermos y enterramos a los muertos, en como levantamos a los niños y en el manejo de los animales (Favazza, 1996,22-46).

La automutilación no puede ser totalmente separada del concepto más general de la mutilación dirigida hacia otros; las percepciones y prácticas de una están íntimamente relacionadas con la otra. La mutilación de víctimas en contra de su voluntad plantea menos problemas a la hora de comprenderlo porque puede ser explicado o racionalizado en términos relativamente sencillos, como una venganza o un método de generar miedo en los demás. Aún cuando una persona mutila a otras por razones de carácter, la solución razonable tradicionalmente y estipulada por ley ha sido encerrar a la persona en prisión, en un hospital mental, o matarla. La automutilación, en cambio, es un fenómeno profundo que no le da lugar a la comprensión o a las respuestas racionales (Favazza, 1996,22-46).

1.3 Ritos

1.3.1 El tantrismo tibetano

El libro tibetano de la muerte o La gran liberación del pensamiento de audiencia en el Bardo describen una serie de meditaciones acerca de las experiencias del nacimiento y de la muerte como experiencias en seis estados psicológicos. Durante estos estados el meditador debe experimentar seis estado psicológicos. Mientras pasa por estos estados el meditador debe enfrentarse a varias deidades que aparecen. “*Bar* significa dentro de y *do* una isla o marca, algo así como un lugar de referencia que yace entre dos cosas. Es parecido a una isla en medio de un lago. El concepto *Bardo* está basado en el periodo entre sanidad y locura, o en el periodo entre confusión y sabiduría; como si el pasado hubiera pasado ya y el futuro

aún no, es como una brecha entre los dos. El *Bardo* aísla, la persona necesita 7 semanas en total oscuridad, es la forma de meditación más arriesgada y también la más gratificante. El meditador experimenta luminosidad y visiones acompañadas de colores brillantes y sonidos. El meditador se siente desatado del mundo, como cabezas gigantes flotando a través del universo y escucha el sonido de miles de truenos sin embargo, no hay nada para que vibre. Las primeras visiones son de divinidades pacíficas que le permiten al meditador experimentar la paz eterna del cosmos. Pero después se acercan las deidades iracundas de la mutilación que son como un signo de la pasión cósmica y la agresión. La iluminación se produce cuando el meditador entiende que él es una proyección de estas imágenes dentro de sí mismo.

Después de la muerte viene el renacer. La lectura del Bardo es especialmente significativa para las personas que se están muriendo porque con los conocimientos adquiridos pueden buscar una “matriz o vientre” el cual entrar para renacer (Favazza, 1996,11).

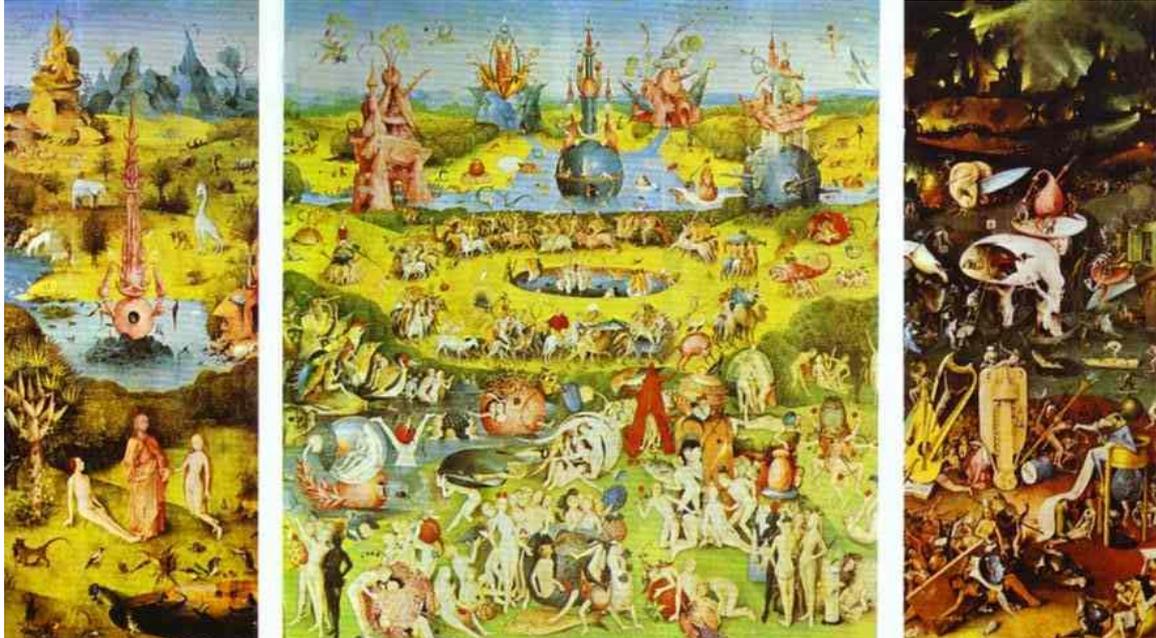
1.3.2 El misticismo de los indios norteamericanos

La danza del sol de los indios de las praderas es un ritual que se describe en el primer capítulo del libro *Bodies Under Siege* como el índice de toda una cultura, no sólo en un sentido material, sino con respecto al patrón de toda la vida, social e ideal, que guía en su desarrollo el genio particular de los cazadores y guerreros de la pradera... La danza del sol es esencialmente una interpretación y una filosofía de vida. Es un ritual de ocho días característicos de las tribus cazadoras de búfalos tales como la Araphaoe, la Cheyenne y la Dakota. Si bien los participantes de este ritual son voluntarios, la tribu entera participa e alabara en la ejecución del ritual para así beneficiarse del sufrimiento y de la automutilación de los bailarines.

El clímax de la ceremonia es “La contemplación de la danza del sol” que representa el peligro de la vida de un guerrero, es decir, la captura, tortura y liberación del mismo. Los bailarines son “capturados” por guerreros mientras que las mujeres cantan canciones de dolor de duelo; en tiempos pasados estos bailarines, eran torturados. Hoy en día el derramamiento de sangre está prohibido por la ley federal estadounidense. (Favazza, 1996,12).

1.4 Referencias socioculturales

1.4.1 Imágenes mutilativas en el arte secular



Las imágenes visuales del tríptico 'El jardín de las delicias' del siglo XVI (el Bosch) se encuentra entre los más famosos e increíbles cuadros en el arte occidental. El tema de la pintura es la caída del hombre de la gracia, su indulgencia en actividades pecaminosas (especialmente la lujuria) y los castigos infernales por sus transgresiones. Los pecadores se agrupan; los jugadores por ejemplo se representan con los dados en sus manos, pero sus manos han sido cortadas, mientras que los perros y roedores carcomen sus cuerpos. Los hombres disfrutaban demasiado de la música en un grito de dolor porque tienen flautas incrustadas en el recto, dos orejas mutiladas con una daga larga que sobresale como una "máquina de guerra fálica". Una de las figuras centrales de la pintura es el hombre de árbol que tiene las piernas laceradas en forma de tronco y el torso es en forma de huevo agrietado que se abre para mostrar una "taberna" llena de almas perdidas. Los caballeros llenos de ira son desgarrados. Un pecador con pájaros saliendo de su ano está siendo devorado por un pájaro repugnante que, a su vez, defeca humanos en un pozo negro lleno de vómito, heces, y monedas de oro (Favazza, 1996,16).

Una comprensión completa de las imágenes de Bosch requiere el conocimiento de las minucias del simbolismo medieval en general y de las variantes holandesas en particular.

Una persona que pintó imágenes tan terribles podría ser diagnosticada con una patología esquizofrénica; pero las imágenes de Bosch estaban bien adaptadas al momento cultural de su tiempo. La mutilación y la tortura eran consideradas como las inevitables consecuencias de la vida pecaminosa. Era una época en la que los ojos de Dios veían todas las faltas. En su obra Mesa de los pecados capitales (The Seven Deadly Sins) representa a un Cristo mutilado dentro de la pupila del ojo de Dios, que ve claramente las transgresiones de la humanidad. "Cuidado, cuidado, Dios lo ve" son las palabras inscritas alrededor de la pupila (Favazza, 1996,16). La mutilación y la tortura en la cultura occidental han sido representaciones de castigo para poder salvar, para poder limpiar el malestar que deja "el pecado".

Otros artistas del siglo XX que muestran algún tipo de mutilación son Dalí y el surrealismo y Picasso, quien destrozó el cuerpo humano y lo volvió a armar de maneras diferentes en un intento de clarificar la percepción a través de la distorsión, y dos de las obras más importantes del arte clásico, La samotracia sin cabeza y el torso mutilado de la Venus de Milo (Favazza, 1996,17).



1.4.2 Mutilación en la literatura

Favazza describe un acercamiento a la literatura para ejemplificar cómo desde la antigüedad la automutilación ha estado presente en las manifestaciones socioculturales. El primer ejemplo que usa es en el libro número 6 de Heródoto llamado Erato. Cleómenes fue

un líder espartano que abandonó la ciudad por participar en complicadas intrigas políticas. Fue llevado de vuelta a Esparta y restaurado a una posición alta. Sin embargo, siempre había sido un poco loco, pero tan pronto como regresó a Esparta perdió el sentido completamente y cuando su familia se dio cuenta de su comportamiento lunático y decidieron restringirle el movimiento. Atado, se dio cuenta de que en ese momento sólo estaba bajo el cuidado de un guardia. Entonces le pidió el cuchillo al siervo y al rehusarse, Cleómenes lo amenazó con hacerle cosas atroces cuando lo liberaran. El hombre quedó tan asustado que decidió darle el cuchillo. Tan pronto como tuvo el cuchillo en la mano, Cleómenes comenzó a mutilarse las espinillas. Cortó su carne en tiras ascendiendo hasta sus muslos, las caderas y los costados hasta llegar su vientre que cortó en pedacitos (Favazza, 1996.18).

1.4.3 Cine y escritura corporal

The pillow book o Escrito en el cuerpo, como lo tradujeron para los hispanos, es una película que muestra el cuerpo como una superficie de escritura y más aún como parte esencial del mensaje. El mensajero es un signo más del código. La película muestra también una manera diferente de expresión mediante el cuerpo, hace que la superficie en la que se escribe tenga características específicas para que tanto la forma como el fondo cobren significado con el fin de mantener un sentido en lo que se escribe, cómo y dónde. La protagonista es una joven que siente un placer especial cuando de caligrafía se trata. En un principio siente placer siendo usada como superficie escritural, pero únicamente siente placer cuando la caligrafía es artística y bien escrita. Con el tiempo y la falta de personas que escriben de la manera que le gusta, en una conversación con el que más adelante sería su amante, decide crear una estrategia para seducir al editor homosexual con su pareja. La relación entre el amor, el placer y la necesidad de usar a ese otro como lienzo son la parte más importante de la película haciendo pertinente traerla para mostrar, a manera de referencia sociocultural, una forma del uso del cuerpo como una superficie de escritura.

Memento es una película de un hombre que tuvo un trauma cerebral y éste le causó amnesia anterógrada. Para recordar cosas recurre a tatuarse el cuerpo. Lo que trae el tema de la escritura en el cuerpo como mecanismo práctico para poder portar la información. Este personaje necesita recordar lo que pasa en su vida a corto plazo ya que al otro día no puede

recordar lo que hizo. Al principio de la película el protagonista crea un sistema de escritura en el cual el cuerpo funciona como superficie escritural con el fin de recordar información vital. Debido a su condición discapacitada, él se tatúa el cuerpo de tal manera que pueda llevar las notas importantes sin que se pierdan o se borren. El cuerpo como superficie de escritura para recordar y trasportar información.

1.5. Redes sociales

En algunas redes sociales como Facebook hay grupos creados por personas que se automutilan y por personas que buscan ayudar a los jóvenes (principalmente) que sufren de este desorden. Estos, generalmente, tienen entre 100 y 300 miembros y son creados en esencia con el fin de apoyar a las personas que se han automutilado y se sienten incomprendidos. En el “muro” o página principal tienen una forma particular de comunicarse y de contar las veces que se cortan o el tiempo que llevan sin hacerlo. De esta manera se crean relaciones de confianza. En uno de los grupos plantearon la idea de crear el día internacional para prevenir la automutilación (1 de marzo). El símbolo de la automutilación es un lazo color naranja (igual al del cáncer o al del SIDA). Las descripciones de algunos de los grupos son una forma de atraer la atención de las personas son: “Este grupo es para reunir a las personas que se autohieren en cualquier manera o forma. ¡No estás solo! [...]”(Matt Sintex et al., 2009) “he empezado un grupo de soporte para las personas que se automutilan en St Hellens. Me he automutilado por un tiempo ahora. Es como le he hecho frente a la depresión, al estrés y a la ansiedad por lo tanto soy consciente de la falta de apoyo disponible y el estigma asociado a ella (Matt Sintex et al., 2009).

En otras redes sociales como ‘yahoo groups’ hay miles de grupos que tratan de reunir a personas que sufren de este trastorno. Algunos son estrictos con el ingreso a nuevos miembros, por ejemplo el grupo Self_Injury1 necesita que la persona que quiere ingresar al grupo responda a 3 preguntas antes de aceptar a un miembro, ¿cómo te automutilas?, ¿en promedio, cuántas veces te automutilas? Y ¿cuántos años tienes y desde hace cuánto tiempo te automutilas?. En facebook, aunque no es tan riguroso el proceso de selección, existen grupos que para pertenecer se debe esperar a que el administrador acepte la solicitud.

En las comunidades virtuales y los foros existe un factor común entre las personas que se

autolesionan y es que les parece ofensivo que les digan o que les insinúen que lo hacen para llamar la atención. En un foro de automutilación y cultura dark, dedicado a la charla y a la ayuda mutua entre participantes, los participantes se enfocan, en su mayoría, en aclarar que hacerse daño a ellos mismos no es sinónimo de llamar la atención y que es un acto ignorante aseverar tal afirmación. En estos foros hay miles de jóvenes preocupados no solo por ellos mismos sino por los amigos que tienen este desorden. Por ejemplo en Yahoo groups hay un espacio para hacer preguntas y dejarlas por tiempo indefinido para que las personas que pertenecen al grupo puedan, a través de su experiencia, ayudar a responder estas inquietudes. Jennifer es una adolescente preocupada por su amiga que se corta y todo el tiempo está hablando de las cortadas que se hace “y se las muestra a todo el que puede”, dice la adolescente que pregunta. En dos días que llevaba la pregunta para el 7 de enero había 3 respuestas de miembros del grupo para darle apoyo y orientarla hacia lo que ella puede hacer desde una perspectiva juvenil y poco profesional. En Facebook ya hay una mecánica parecida y también surgen estas manifestaciones de preocupación por el otro que sufre, sin embargo, no son tan efectivas y tienden a caer en la desactualización.

Suicide girls es una página web que muestra fotografías eróticas al estilo pin up y perfiles escritos de mujeres jóvenes góticas, punk o alguna manifestación estética independiente. Esta página funciona como una comunidad que tiene entrevistas, fotos y comunicación escrita con las jóvenes *suicide*. Para entrar a la mayoría de las funciones de la página es necesario pagar la inscripción. Esta estética de diferenciación por medio del cuerpo exige, de alguna manera que las mujeres que quieran pertenecer deben tener en su cuerpo o en sus cualidades que comuniquen una forma diferente. La mayoría tienen modificaciones corporales (están tatuadas o tienen perforaciones).

En algunos blogs referentes a la anorexia y a la bulimia (Ana y Mía) los escritores hacen referencia a la autoagresión como un método para adelgazar. Se conoce como técnica pro SI (self-injury). “Estas técnicas tienen como objetivo enseñar a las jóvenes a infringirse distintos grados de dolor para quemar calorías y controlar la propia voluntad.” (www.anaymia.com). Algunos blogs aseguran que autoherirse refuerza la voluntad y el autocontrol, activa las funciones generales del organismo, adelgaza a gran velocidad, incluso por encima de 1 kg al día y que golpearse transfiere la masa corporal hacia alguna parte específica donde se origine el dolor.

En estas páginas explican las técnicas y hablan de medicamentos y dietas exageradas para perder peso rápida y eficientemente. Pero al hacerle clic a los ítems esta desmiente los mitos acerca de la anorexia y la bulimia. Estas páginas fueron construidas hace algún tiempo como una vía de protección para unos grupos de personas jóvenes (en su mayoría mujeres) que escribían sus experiencias en los blogs con respecto a la anorexia y la bulimia y además daban consejos y tips para adelgazar más y trucos para que los familiares cercanos no se dieran cuenta. Las medidas preventivas que se tomaron empezaron siendo radicales y estas páginas eran rápidamente sacadas de línea.

Teniendo un panorama de la automutilación en la sociedad y en las diferentes culturas se pretende a continuación definir la automutilación desde un punto de vista siquiátrico y psicológico. Que muestre la parte científica de este trastorno. Con este capítulo se puede concluir que la automutilación es parte del ser humano desde antes de las tribus urbanas que han incrementado esta práctica en las últimas décadas.

Capítulo 2. Una mirada a la automutilación desde la siquiatria y la sicología

En este capítulo se definirá qué es automutilación desde el campo meramente científico con el fin de determinar conceptos básicos, descripciones clínicas estudios epidemiológicos, la etiología de este trastorno. Y a su vez los tratamientos que se le da tanto a los pacientes que sufren de este trastorno como a los familiares. En este capítulo también mostrarán algunos resultados de estudios que indican el tamizaje de los adolescentes que se automutilan.

2.1 Conceptos

La automutilación no es una nueva tendencia o fenómeno reciente entre los adolescentes. Según McDonald C (2006) ésta puede ser dividida en 3 categorías: mayor, estereotípica y moderada/superficial. Esta última categoría es la más frecuente entre los adolescentes e incluye cortarse, quemarse y tallarse figuras en la piel con un cuchillo. (McDonald, 2006 Agosto: 193;200) Mena et al. en 2007 definieron la automutilación como un conjunto de conductas diversas en su presentación clínica, pero con elementos psico-patológicos comunes (Mena et al. oct 2007). “La psiquiatría moderna con énfasis categorial la describe generalmente como un síntoma presente en muchos síndromes de distinta etiología” (Mena et al. oct 2007). Algunos de los síndromes clínicos que incluyen la automutilación como un signo son el autismo, el retardo mental, el Síndrome de Tourette, los trastornos de personalidad, la depresión mayor, la psicosis, el trastorno obsesivo compulsivo, los Síndromes Orgánicos, la tricotilomanía, el Lesh Nihan, el Cornelia de Lange, el Prader-Willi, la CIPA (insensibilidad congénita con anhidrosis), el daño medular, la trisomía 16q, el daño medular y el trastorno afectivo (Mena et al. oct 2007). La automutilación es descrita también como un comportamiento normal del desarrollo cuando presenta una expresión clínica menor (Head banging, onicofagia y pellizcamiento de la piel). Clínicamente, la automutilación puede presentarse como Tics, estereotipias, rituales,

compulsión o como una forma de comunicación (Mena et al. oct 2007).

Mena et al. plantearon que “Al intentar una descripción fenomenológica y no clasificatoria de la automutilación es necesario abordar el problema desde dos perspectivas psicopatológicas complementarias: la despersonalización y el trastorno del control de impulsos” (Mena et al. oct 2007). Messer JM et al. en 2008 publicaron también siete modelos históricamente significativos para estudiar la conducta de la automutilación en adolescentes y plantearon que los de mayor relevancia empírica fueron los del modelo conductual/ambiental que incluía entre otros el modelo de la despersonalización (Messer, Fremoun; Jan:162-78). El síndrome de despersonalización fue descrito por Esquirol en 1838 y es un cuadro relativamente frecuente en la práctica psiquiátrica y neurológica. Ha sido definido como "una alteración en la percepción o en la experiencia de sí mismo, de modo que el individuo se siente ajeno y distante, como si fuera un observador externo de sus propios procesos mentales o de su cuerpo". El síntoma fue referido inicialmente a pacientes depresivos. Dugas (Mena et al. oct 2007), conceptualizó el fenómeno como una alteración de la conciencia de sí mismo en la que está perdida la sensación de ser sujeto o agente generador de actividad mental. El fenómeno incluye también experiencias de irrealidad respecto del propio cuerpo y del entorno (desrealización) (Mena et al. oct 2007). Los principales componentes psicopatológicos de la despersonalización pueden ser los sentimientos de irrealidad, de automatización, una auto-observación, las alteraciones en la imagen corporal o en la vivencia del tiempo, las alteraciones emocionales tales como la ausencia de subjetividad emocional y la falta de respuestas (Mena et al. oct 2007). “Desde las primeras descripciones de la despersonalización se ha propuesto la existencia de alteraciones en la experiencia del dolor en pacientes afectados por este cuadro clínico. En la actualidad, diferentes estudios experimentales psico-fisiológicos han demostrado un umbral aumentado de dolor en sujetos despersonalizados. Sin embargo, al observar el fenómeno desde una perspectiva neuro-psiquiátrica, la respuesta al dolor en la despersonalización se asemeja más al fenómeno de "asimbolía al dolor". En esta condición neurológica los pacientes discriminan estímulos dolorosos, pero no evidencian respuestas motoras y emocionales ante estos (Mena et al. oct 2007). Mena et al. plantearon que estos datos reportados relacionarían la despersonalización y su experiencia alterada del dolor con los fenómenos auto-mutilatorios en que incurren muchos pacientes durante estados

disociativos” (Mena et al. oct 2007).

El primer paso para hacer algo con respecto a un problema es ponerle un nombre y una clasificación. Ciertamente los médicos eran conscientes de la automutilación como lo demuestran los numerosos informes de los primeros casos, pero no hubo intentos de ir más allá de la terminología hasta 1938. En este tiempo Karl Menninger describió y clasificó la automutilación en cuatro categorías: neurótica, psicótica, orgánica y religiosa. Como es usual Menninger estaba adelantado a su tiempo nadie estaba listo para lidiar o pensar en la automutilación en ese momento. La automutilación era considerada como un tipo de comportamiento suicida. (Favazza, 1996)

El modelo del “estudio del control de los impulsos se inicia históricamente con la consideración de la voluntad como eje fundamental de la filosofía y la psicología. Así, durante los siglos XVIII y XIX, las enfermedades mentales se consideraron ligadas etiológicamente a alteraciones en la voluntad. Posteriormente, desde fines del siglo XIX y durante el siglo XX las corrientes psicológicas predominantes determinaron un relativo olvido del concepto de voluntad en favor de nuevos modos de entender las conductas sanas y enfermas” (Mena et al. oct 2007). “En la actualidad se consideran impulsivos aquellos actos ejecutados enérgicamente sin deliberación o reflexión y bajo la influencia de una presión que limita la libertad de voluntad del sujeto. Se incluyen nosológicamente como ‘trastornos del control de impulsos’ (Mena et al. oct 2007).

De otro lado, Stanley B et al. (2001) definieron la automutilación como una agresión a sí mismo sin intención de morir. Las formas más frecuentes de hacerlo son cortadas y quemaduras; sostienen que los individuos con el trastorno límite de la personalidad están en gran peligro de cometer suicidio, muchas veces sin querer. Estos autores publicaron que la automutilación está caracterizada por un incremento en la tensión y la ansiedad antes del acto y preocupación con una urgencia fuerte y persistente de hacerse daño a sí mismo. En algún momento los deseos se vuelven incontrolables, son más intensos y el individuo se siente impotente para resistir ese deseo, es ahí cuando se autoflagela. Las personas que sufren de este desorden refieren que algunas de las motivaciones son el autocastigo, la disminución de la tensión y la ansiedad, la mejoría en su estado de ánimo, y el poder soportar situaciones y sentimientos inaguantables y que después de realizado manifiestan sensación de bienestar. Stanley B et al. aseguraron que las personas que sufren del trastorno

de automutilación son más depresivas y ansiosas que los suicidas que no sufren de este desorden. La actividad sexual impulsiva es más frecuente al igual que la ansiedad mental, la ansiedad somática, la inestabilidad afectiva, la sensación de aburrimiento y vacío, y la sensibilidad aguda al rechazo personal. Estos individuos son afectivamente inestables y muestran dificultades para relacionarse con otras personas (Stanley et al. Mar 2001: 427).

Otros autores como Harker-Longton W y Fish R (2002) definieron la automutilación como “perjudicar y dañar la salud de la persona que lo sufre”. También señalaron que los comportamientos automutilatorios se pueden manifestar de diferentes formas tales como golpearse la cabeza o la cara contra la pared o el piso y darse cachetadas o puños. Ellos sostuvieron que el comportamiento de autoherirse no implica un atentado para destruir ni sugiere agresión, simplemente significa un comportamiento que produce heridas físicas al cuerpo del propio individuo (Harker-Longton and Fish, 2002: 137).

Ross S y Heath N (2002) definieron la automutilación como atentar deliberadamente contra el tejido corporal sin intención de quitarse la vida. Estos autores sugirieron que esta conducta ha incrementado en los adolescentes y describieron la relación entre la automutilación, la ansiedad y la sintomatología depresiva. Reportaron el uso de un solo método de automutilación y también que los métodos más frecuentemente usados entre los adolescentes son las cortadas en las extremidades y los golpes a sí mismos. Estos resultados son concordantes con los estudios de Favazza y Conterio en 1989 y por Herpetz en 1995. Según Ross S para muchos adolescentes la automutilación es un comportamiento temporal que está presente en un periodo específico de estrés o de conflictos en la vida y después de superar este momento no lo vuelven a hacer. Estos autores plantearon una posible explicación a este desorden definiéndolo como una forma poco ortodoxa de aliviar el sufrimiento y el estrés producido por un ambiente estresante. La explicación es consistente con los modelos de reducción de ansiedad, es decir, que los estudios que se han hecho para tratar la ansiedad producen una sensación parecida a la que describen los pacientes que se automutilan después de cometer el acto (Ross y Heath ; 2002; 31, 1).

Ross S et al. plantearon que es muy importante resaltar que existe un grupo de sujetos adolescentes que tiene similitudes en los signos automutilatorios, sin embargo; los síntomas son, claramente, diferentes: los pacientes refirieron sentir rabia contra otra persona y un sentimiento de impotencia a reaccionar y mostrar su rabia y terminaban

pegándose contra las paredes y autohiriéndose. En contraposición, los adolescentes que se automutilan describen sentimientos de odio a sí mismos o necesidad de autocastigarse (Ross y Heath ; 2002; 31, 1).

De otro lado, Dinesh et al. en 2003 publicaron que el término *autoherirse* abarca una serie de comportamientos y se refiere a cualquier acto con resultado no mortal que incluye los actos de ingestión de sustancias en exceso de su dosis terapéutica prescrita (Bhugra et al. 2003; 49; 247). Pocos estudios han examinado las autolesiones como una conducta continua. Una prioridad en el estudio de Aviva Laye-Gindhu et al. en el año 2005 fue comprender cómo los adolescentes definían la automutilación y cuáles eran los comportamientos que ellos consideraban autolesionantes. Curiosamente los jóvenes la definieron como cortarse, pegarse, morderse, partirse los huesos y tener una actitud temeraria con disposición a realizar actividades de alto impacto. Algunos también expresaron que los trastornos alimentarios y el abuso de píldoras sin intento de suicidio constituyen una forma de automutilarse. También se revisaron los puntos de vista de los adolescentes en una forma integral junto con las opiniones de los autores ya que es fundamental tener los síntomas claros y estos sólo pueden ser expresados por el paciente. Los pacientes aseguraron que las sensaciones de ira, depresión, dolor, entre otras, disminuyeron durante y después del acto de autoherirse (Laye-Gindhu y Schonert; 2005, Vol. 34, No. 5, pp. 447–457). En resumen, estos resultados ponen en relieve que la conducta automutilatoria se presenta principalmente en privado y no apoya la creencia común y de larga data de que la automutilación es una forma de manipular o una demanda de atención (Laye-Gindhu y Schonert; 2005, Vol. 34, No. 5, pp. 447–457). Los autores afirman que automutilarse muestra, de alguna manera, una conducta suicida. Este desorden puede tener un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad con las percepciones erróneas de la letalidad de los intentos de suicidio y de la idea suicida.

Otros autores como Crouch W y Wright J (2004) definieron la automutilación como una respuesta a un conflicto, a un sentimiento de angustia o de rabia. Describieron dos subgrupos en este trastorno: el primero conformado por aquellos que se automutilan por un motivo genuino, es decir una depresión, una tristeza, un ataque de ansiedad o una altercación que no pueden manejar; el segundo grupo son las personas que se automutilan para llamar la atención. Estos autores concluyeron en su estudio que los jóvenes que se

automutilan experimentan sentimientos intensos de ira, enojo, disgusto y conflictos internos. El acto de automutilarse es una solución temporal para estos sentimientos y conflictos (Crouch y Wright. 2004; 9; 185).

Chapman A et al. 2005 hicieron referencia a este desorden desde el estudio del trastorno de la personalidad límite. La mayoría de los tratamientos de los pacientes buscaron la contención de acciones suicidas o parasuicidas. La idea de que la autoflagelación es un acto de escapar y evadir un dolor emocional tiene un soporte empírico. Los individuos que se automutilan reportan típicamente que el comportamiento alivia rápidamente una tensión o ansiedad efímera o pasajera. Algunos individuos reportan también que su automutilación reduce temporalmente la rabia, la ansiedad, la tristeza, la depresión y la vergüenza (Chapman et al. 2005; 35, 4).

Otros investigadores como Adler P et al. en 2007 afirmaron que estudios anteriores consideraron la autolesión como un intento de suicidio y como una debilidad patológica. Sin embargo, hoy en día, es reconocido como un medio por el cual las personas buscan una forma de alivio temporal y ven a los pacientes que sufren de este desorden capaces y resistentes (Adler y Adler 2007 Vol 36 N. 5 pg. 537-570). De otro lado, autores como Williams K et al. en 2007 describieron que la automutilación está categorizada como un desorden de impulso-control específico en el DSM-IV y está descrito como un acto repetido de cortarse o hurgarse la piel o un daño corporal que se ha hecho de manera compulsiva. La automutilación es difícil de diagnosticar. Su incidencia en los adolescentes ha aumentado en los últimos 10 años. Algunos siquiátras y sicólogos han descrito que este comportamiento ha formado parte de la vida de los pacientes antes de su primera consulta y que además son muy eficientes escondiendo ese comportamiento. La literatura publicada sobre la automutilación ha aumentado pero se requieren estudios epidemiológicos sobre comportamientos como cortarse o pellizcarse. Este desorden, a menudo, coexiste con otros trastornos que requieren control con droga psicotrópica cuya administración debe ser realizada por psiquiatría clínica especializada en niños y adolescentes. Las autoras de este artículo en su revisión bibliográfica ayudan a establecer la automutilación como una forma desadaptada de auto ayuda y alivio de un dolor interno. Está clasificado en la rama de la autoagresión intencional o conductas autodestructivas como el parasuicidio y el intento de suicidio (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

Adler y Adler en 2007 plantearon que la automutilación representa un intento de autoayuda. Los comportamientos proporcionan ayuda a corto plazo y las consecuencias de autoherirse son la liberación de la ansiedad, la despersonalización, pensamientos acelerados y la fluctuación de emociones. Para otras personas produce la disminución en la despersonalización (como un polo a tierra), la euforia, los deseos sexuales, la disminución de la ira, la satisfacción de autocastigarse, la seguridad, la manipulación de otros y el alivio de los sentimientos como la depresión, la soledad, la pérdida y la alienación. Proporciona una sensación de control, confirma la presencia de un cuerpo, embota los sentimientos y convierte el dolor emocional insoportable en un dolor físico manejable. La automutilación como tal representa una estrategia de regulación emocional y una técnica para poner fin a los episodios disociativos (Adler y Adler 2007 Vol 36 N. 5 pg. 537-570).

2.2 Descripción clínica y epidemiológica

La automutilación es mal entendida con frecuencia. Se diferencia del suicidio y de los gestos suicidas en que no hay un intento de quitarse la vida, en vez de eso es un acto que se practica con el fin de aliviar un dolor interno o emocional, una preocupación, tensión o ansiedad. Aunque no hay un diagnóstico claro de este desorden es considerado como un síntoma de los trastornos múltiples incluyendo la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y del alcohol, trastornos de la alimentación y desórdenes de ajuste o de adaptación, trastorno de personalidad antisocial, trastorno de estrés postraumático, la psicosis y el retraso mental (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45). La teoría biosocial centra su atención en desarrollar un entendimiento empírico y teórico de los comportamientos que tienen como función dejar de sentir o escapar de las sensaciones incómodas para darle un tratamiento y permitirle al paciente una mejoría en la parte física y mental, es decir, buscar con intervenciones de salud mental mejorar la condición física del paciente y evitar la automutilación (Chapman y 2005; 35, 4;).

Dado que la automutilación se presenta típicamente en los adolescentes y puede convertirse en un hábito es necesario que los investigadores y los profesionales de la salud obtengan más información sobre las autolesiones que se inician durante este periodo crítico de crecimiento y desarrollo. El estado emocional de los adolescentes que se automutilan es predominantemente negativo. Las emociones más comunes referidas por los adolescentes

estudiados fueron la ira, la depresión, la soledad y la frustración. En contraste, las emociones como la culpa, la vergüenza y el asco aumentaron sustancialmente después de un tiempo de haberse automutilado. También hubo un aumento correspondiente en las sensaciones positivas, sobre todo, el alivio. La función más frecuente de la automutilación es la regulación del afecto y la reducción de la depresión, la ansiedad, el estrés, el auto-odio, la ira, el autocastigo, la sensación de la soledad o la alienación o distracción de los problemas (Laye-Gindhu and Kimberly A. ;2005 Vol. 34, No. 5, pp. 447–457).

“Es importante señalar que al constituirse la automutilación como un criterio diagnóstico del trastorno límite de personalidad se genera una condición tautológica que dificulta el estudio fenomenológico de esta manifestación clínica y obliga a obviar esta conexión de causalidad que le otorga a la automutilación el carácter de síntoma ligado a un diagnóstico estandarizado” (Mena et al. oct 2007).

“La automutilación repetitiva se clasifica actualmente dentro de los trastornos del control de los impulsos no especificados. Estos cuadros clínicos comparten la imposibilidad de resistir el impulso o tendencia a realizar algún acto nocivo para el paciente o los demás. Generalmente, se produce tensión o excitación creciente previa y placer, gratificación o alivio durante el acto. [...] Otros cuadros clasificados bajo el rótulo de trastornos del control de impulsos son la cleptomanía, piromanía, ludopatía, tricotilomanía, trastorno explosivo intermitente, oniomanía o compras compulsivas, actividad sexual compulsiva y el pellizcamiento facial compulsivo” [...] “Se aprecian características distintivas respecto de los otros cuadros clínicos que se incluyen en los trastornos del control de impulsos. Si bien existe una alteración de la voluntad o control de impulsos, se evidencia también una importante relación entre los fenómenos de despersonalización y una alteración en la experiencia somático-afectiva del dolor que acompaña a estas conductas” (Mena et al. oct 2007).

Diversos estudios se han realizado para buscar la descripción del fenómeno de automutilación. El estudio de Bhugra et al. realizado en Londres en el año 2003 identificó 76 casos en un año sin diferencias estadísticamente significativas por raza pero si por sexo, en especial entre las mujeres (Bhugra et al.; 2003; 49; 247). Otro estudio realizado por Aviva Laye-Gindhu et al. en el año 2005 investigó la prevalencia, la naturaleza, la función y la relación de las autolesiones en la comunidad adolescente. El 15% de los estudiantes de

secundaria participantes en el estudio informaron haber tenido comportamientos automutilatorios. Las mujeres tienden a autolesionarse (20%) más que los hombres (9%). En general, los adolescentes que sí se lastiman tienden a ser más perturbados emocionalmente, a tener baja autoestima, a involucrarse en comportamientos antisociales, y tienen dificultades para controlar su rabia. Las mujeres tienen un mayor nivel de dificultad que los hombres para expresar esta clase de sensaciones. Se encontró que los múltiples comportamientos antisociales aumentan el riesgo de autolesión en especial para las mujeres (Laye-Gindhu and Kimberly A;2005 Vol. 34, No. 5, pp. 447–457).

La incidencia de la automutilación en los adolescentes ha aumentado considerablemente en los últimos 10 años. Pocos estudios realizados en Estados Unidos mostraron que de 4% a 38% de los sujetos tenía un comportamiento autodestructivo. Estudios poblaciones más grandes en el Reino Unido estimaron que 10% de las personas entre 11 y 25 presentaban estas conductas. Uno de cada cinco adolescentes tiene una enfermedad mental, de conducta o problemas emocionales. Otros desórdenes y abusos pueden estar asociados con una causa de automutilación. También encontraron que los adolescentes que se automutilan, usualmente, empiezan en la adolescencia temprana, continúan esa conducta de 10 a 20 años y pueden desarrollar desórdenes como trastornos con la alimentación, cleptomanía y adicción al alcohol o a cualquier sustancia (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

En un estudio realizado en 290 pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad encontraron que 91% de ellos reportó haber tenido comportamientos automutilatorios. De esos pacientes, 32,8% refirió haber comenzado a la edad de 12 años, 30,2% inició entre los 13 y los 17 y 37% comenzó a los 18 o más (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45). En otro estudio realizado por Rory C O'Connor et al. en el año 2005 en 737 estudiantes entre 15 y 16 años se encontró historia de automutilación en 6,2% con antecedente significativo de abuso sexual.

Concordante con los hallazgos descritos, Cyr, M. et al. en el año 2005 describieron 149 mujeres adolescentes con historia de abuso sexual en las que se encontró 62,1% con comportamiento automutilatorio al menos una vez en su vida.

En otro estudio realizado por Baker et al. en 2007 también se encontró una cuarta parte de los pacientes que se automutilaban con historia de abuso sexual. En este estudio el número de hombres y de mujeres fue similar y la mayoría tenía menos de 40 años. Las quemaduras

autoinfligidas fueron documentadas como un intento suicida deliberado para 8 de los 44 pacientes, mientras que 7 pacientes afirmaron haberlo hecho por rabia y por dolor, otros 7 pacientes declararon haberse autoherido por haber tenido problemas en sus relaciones. Otros motivos fueron el cambio de droga psiquiátrica, el abuso de alcohol y drogas, por la religión y por soledad y dolor. Tres cuartas partes de los pacientes que admitieron haberse quemado así mismos tenían un diagnóstico de depresión, 13 personas habían abusado de sustancias y 3 personas reportaron abuso físico (Baker; et al. 2007; 14, 8; pg. 28).

En este estudio hubo similitudes entre la edad de los pacientes que se habían quemado deliberadamente. La mitad de los pacientes admitidos en la sala de quemaduras fueron mujeres que es un porcentaje más alto de los ingresos de mujeres al área de quemados del hospital (Baker; et al. 2007; 14, 8; pg. 28).

Sólo 6 de los pacientes fueron readmitidos en múltiples ocasiones con quemaduras autoinfligidas. Estos pacientes tenían menos del 10% de la superficie total del cuerpo humano. Los 6 pacientes reportaron haber sido abusados sexualmente y tuvieron tendencia a quemarse con soda cáustica hecha en casa. Estos señalaron también que los motivos para hacerlo fueron la rabia y el dolor y nunca pensaron en el suicidio (Baker; et al. 2007; 14, 8; pg. 28).

Mena et al. aseveraron que “Aproximadamente 4% de los pacientes que se encuentran en hospitales psiquiátricos se lesionan a sí mismos con una relación por sexo de 3 mujeres por cada hombre. El fenómeno es más frecuente en los consumidores de droga (10 a 30%) y en pacientes con trastornos de personalidad borderline y antisocial” (Mena et al. oct 2007).

Nader et al. en 2008 publicaron también que los pacientes que se automutilan exhibieron una mayor frecuencia significativa de trastornos del ánimo, (85,1%), ideación suicida (61,7%), psicosis (36,2%), trastornos del desarrollo de la personalidad (74,7%) y una combinación de trastornos del ánimo, de la personalidad y abuso de sustancias (29,8%).

Murray CD et al. (2008) en otro estudio realizado en niños con prácticas de automutilación encontraron hallazgos similares a los de los autores anteriores pero agregaron una historia de abuso sexual, físico, desórdenes alimenticios y maltrato infantil por negligencia que producía una gran insatisfacción sobre la imagen corporal (Murray CD, Macdonald S y Fox J;2008; 13(1): 29-42).

En el estudio BELLA, realizado en Alemania en el 2008, en una muestra de 2 863 familias

con niños entre 7 y 17 años se encontró que la conducta automutilatoria durante los últimos 6 meses en adolescentes entre 11 y 17 años tuvo una frecuencia de 2,9%. En esta misma población el intento de suicidio fue reportado en 3,8% en el mismo grupo de edad. La prevalencia de automutilación, hiperactividad y baja calidad de vida reportada por los padres fue de 1,4% (Resch Fet al.; 2008; 17 Suppl 1:92-8).

2.3 Etiología de los fenómenos automutilatorios

Según Mena I et al. en 2007, existen diversas propuestas de modelos explicativos para abordar la automutilación. Especialmente interesante aparece el modelo teórico que la conceptualiza como un patrón conductual mal adaptativo que resultaría útil para regular estados disfóricos, comunicar distrés, expresar emociones y lograr un coping con estados disociativos (Mena et al. oct 2007). Mena I et al. (2007) plantean también que “diversos hallazgos apoyan una correlación entre automutilación y depleción serotoninérgica. Dicha correlación se ha inferido a partir de modelos animales de hetero-agresividad que demuestran una depleción de serotonina. Luego, al reconocer desde un punto de vista conceptual que la automutilación es una forma de agresividad auto-referida, se ha puesto interés en este sistema de neurotransmisión. En esta línea de investigación se ha reportado un beneficio clínico en pacientes portadores de Síndrome de Lesch-Nyhan con automutilación al ser tratados con un precursor de serotonina (5-hidroxitriptofano). Sin embargo, estudios posteriores no han replicado consistentemente estos hallazgos. Otro modo de relacionar la automutilación con una disfunción serotoninérgica es relacionando clínicamente los fenómenos automutilatorios con los trastornos obsesivo-compulsivos. Ambos comparten características psico-patológicas comunes. Así, se han reportado mejorías en síntomas obsesivo-compulsivos asociados con automutilación con el uso de inhibidores de recaptura de serotonina” (Mena et al. oct 2007).

Stanley B et al. en 2001 publicaron que la mayoría de las personas que se autoflagelan han intentado, al menos una vez, suicidarse. Sin embargo, los intentos de estas personas son considerados como no genuinos sino como una forma de llamar la atención o como una forma de manipular. A pesar de las opiniones, 10 % de estas personas termina, eventualmente cometiendo suicidio. Lamentablemente algunos siquiátras no consideran tan grave este trastorno (Stanley B et al. 2001).

Los mismos autores plantearon una disfunción del sistema opiáceo asociado con la automutilación. “Se sugiere que el sistema opiáceo de algunos sujetos se encontraría alterado de tal forma que se requeriría una liberación aumentada de opiáceos endógenos para mantener un tono opiatérgico adecuado. Los hallazgos que respaldan esta hipótesis reportan niveles aumentados de opiáceos endógenos (metencefalina), en pacientes hospitalizados por conductas automutilatorias. [...]. Sin embargo, la heterogeneidad de los estudios no permite extraer conclusiones definitivas en relación con la eficacia de estos tratamientos, siendo necesarios estudios longitudinales de casos y controles. El aumento de la actividad de opiáceos endógenos podría explicar parcialmente la observación clínica frecuente que relaciona los períodos de automutilación con una aparente insensibilidad al dolor o analgesia y a ciertos estados disociativos” (Mena et al. oct 2007).

“Otros estudios citados por Mena et al. describen la participación de sistemas noradrenérgicos centrales tales como la hiper-actividad de sistemas neuro-endocrinos asociados con el aumento del cortisol plasmático y estados de despersonalización” (Mena et al. oct 2007).

“Diversos hallazgos hacen posible plantear una asociación entre automutilación y una percepción alterada del dolor o de la experiencia somática de sí mismo. Dichos hallazgos relacionados entre sí, permiten plantear un modelo de automutilación basado en una estrategia de estudio de multi-nivel para fenómenos complejos. Los hallazgos generales que permiten la elaboración de esta hipótesis se detallan a continuación” (Mena et al. oct 2007).

“Modelos lesionales que inducen hipoestesia, disestesia o analgesia franca, se relacionan con conductas automutilatorias. Los medios empleados para inducir lesiones han sido vasculares, neurales, químicos o electrolíticos. Las lesiones se han producido en zonas periféricas, involucrando extremidades y han resultado en conductas automutilatorias repetitivas” (Mena et al. oct 2007).

Investigadores como Stanley B et al. (2001) sostienen que la diferencia entre un intento suicida y la automutilación es la intención al cometer el acto; sin embargo, las características son similares en algunos casos. Aseveraron que es menos complicado tratar el desorden de automutilación que el de un intento suicida. En el suicidio, a diferencia de la automutilación hay características diferentes de las sensaciones y los sentimientos. El sentimiento de desesperanza, desespero y depresión predominan en el suicidio. Es posible

que haya un subtipo de comportamientos suicidas en el que se experimenten sensaciones y sentimientos característicos de la automutilación así el fin sea la muerte y no la mejoría emocional. (Stanley B et al. 2001) En el estudio realizado por Stanley, B et al. (2001) en el que seleccionaron un grupo de 50 personas que habían intentado suicidarse sin sufrir del trastorno de automutilación y otras 50 personas que también intentaron suicidarse con el trastorno de automutilación presente, la conclusión fue que las diferencias por grupo no eran estadísticamente significativas, pero que las personas con trastorno de automutilación eran más agresivas y habían sufrido de mayor agresión intrafamiliar (Gameroff et al.; 2001; 158, 3 pg. 427).

Con la gran cantidad de cambios que ocurren durante la adolescencia los enfoques eficaces son de suma importancia para la salud y el bienestar del paciente. Ideas erróneas como la creencia de que la automutilación es simplemente una forma de buscar atención han impedido la búsqueda de ayuda por parte de los individuos que sufren este trastorno porque sienten mucha frustración al no sentirse entendidos. Diferentes motivaciones pueden indicar distintos enfoques de tratamiento. Por esta razón es importante comprender los significados específicos, las motivaciones y las funciones de la conducta de cada individuo. En conjunto, estos resultados ponen en relieve que la conducta automutilatoria se presenta principalmente en privado y no apoya la creencia común y de larga data de que la automutilación es una forma de manipular o una demanda de atención. El exceso de confianza centrada en las estrategias para afrontarlo tales como la evitación, la internalización, la rumia, la culpa y las fugas se ha asociado con el aumento de trastornos psicológicos (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl Vol. 34, No. 5, 2005, pp. 447–457).

Los factores de riesgo asociados con la automutilación deliberada pueden ser preocupaciones por la orientación sexual, la adicción al cigarrillo, problemas de pareja, baja autoestima, la autoculpa y la automedicación. La mayoría de las personas que se automutilaron no buscan ayuda ni antes ni después de haber cometido el acto (Anonymous 2004; 12,3; pg. 32).

En el artículo de Chapman A et al. (2005) se llegó a la conclusión de que hay una relación directa entre el trastorno límite de personalidad y el desorden de ansiedad, pero no se relacionan tan fuertemente con la automutilación. A pesar de esto la automutilación es, según el DSM-IV, una de las características para diagnosticar el trastorno límite de

personalidad (Chapman et al.; 2005; 35, 4).

Williams K et al. (2007) aseguraron que diagnosticar la automutilación implica no solo buscar los trastornos mentales sino mirar también otros factores de riesgo en la dinámica familiar. Estos factores incluyen ser adolescente, ser mujer, tener un historial de abuso sexual, físico o emocional en la adolescencia. Los niños que viven en hogares en donde presencian actos violentos o cualquier tipo de maltrato hacia otros individuos, también están en riesgo. Los adolescentes que están detenidos en las correccionales tienden también a correr el riesgo de automutilarse y por esto deben ser evaluados con frecuencia (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

Otros factores de riesgo para los adolescentes son las conductas tales como los cambios frecuentes de humor, la baja autoestima, la falta de control en los impulsos, una gran tristeza, llorar con frecuencia, rabia, ansiedad, decepción de sí mismo y la incapacidad para identificar los aspectos positivos de la vida. Otros indicadores de una posible manifestación de automutilación son el uso frecuente de ropa con mangas largas o pantalones largos en climas demasiado cálidos o la evasión de actividades que incluyan cambiarse o exhibirse frente a los otros (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

Los estudios hechos por Williams, K y co. (2007) han incluido la hipótesis de que puede haber un vínculo genético. En un estudio se observó un acto automutilativo en los animales y concluyeron que tal comportamiento en los animales está asociado con la predisposición genética. La automutilación en los seres humanos puede ser similar. Aunque los comportamientos de automutilación como cortarse son reconocidos como autoherirse, hay algunas formas más sutiles como morderse los labios, los dedos. La conclusión a la que llegaron es que hay una proteína llamada GNB3 que tiene una presencia importante en las personas que se automutilan y los pacientes con depresión. La combinación de la proteína con un rasgo de abuso sexual y con el trastorno de la personalidad límite incrementan significativamente el riesgo de pacientes depresivos entre 18 y 24 años. (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

2.4 Grupos que se automutilan

En un estudio realizado en pacientes dependientes de sustancias. De 136 pacientes varones evaluados el 34,6% fue considerada como grupo de automutiladores. En este grupo los

participantes eran, en su mayoría solteros y desempleados, con historias de abuso físico y sexual. Los pacientes también afirmaron que eran menores de edad al iniciar el consumo de sustancias (Evren C y Evrev B 2005; 80(1):15-22).

Hilt LM et al. (2008) estudiaron 94 niñas hispanas y afroamericanas en edades entre 10 y 14 años y se encontró que en 53 de ellas hubo comportamientos automutilatorios. Asociados con síntomas depresivos y una comunicación precaria con sus compañeros de la misma edad. (Hilt LM; et al.; 2008 76(1):63-71).

Las mujeres que se automutilaron fueron más propensas a fumar y en ambos sexos era más común que estuvieran tatuados y que buscaran constantemente actividades de alto riesgo. Estos autores subrayan la importancia de examinar la continuidad de las conductas autodestructivas en los pacientes y de las relaciones con las sensaciones previas (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl 2005 Vol. 34, No. 5, 447-457).

En resumen, los individuos con comportamientos automutiladores y con desordenes alimenticios vienen de hogares disfuncionales con una madre muy controladora y usualmente un padre ausente. Frecuentemente presentan un historial de trauma. Son depresivos y obsesivos, apegados a sus madres quienes retraen sus intentos de independencia. Las madres sobreprotectoras y controladoras mantienen a sus hijas como niñas pequeñas con sentimientos negativos hacia la menstruación, la madurez sexual, el desarrollo y la feminidad en general. Estos síntomas tienden a ser comportamientos autodestructivos para eliminar pensamientos negativos, tentaciones y actividades sexuales. Los síntomas, sean anoréxicos, bulímicos, o una forma de automutilación son visto como autoeróticos en la naturaleza y un sustituto de la masturbación. Se dice que los desordenes alimenticios y una automutilación delicada tiene una función catártica y purificadora puesto que modulan los estados de ansiedad, tensión sexual, ira o vacío disociado, y que además brindan una tremenda sensación de alivio casi física. El uso de sustitutos de estos previene la maduración y el crecimiento como mujeres, causando regresión a las fases pregenital con el uso de las defensas pregenitales, y la desaparición de las demandas de la sexualidad en la pubertad y en la madurez (Lane RC ;2002 Rev. 89(1):101-23).

La falta de arrepentimiento y la impulsividad en el acto hace que sea más probable la repetición del mismo. Por esto los médicos y trabajadores de la salud deben ser más conscientes de ello. Este estudio llegó a la conclusión de que las diferencias más

importantes tienen que ver con el género en lugar de la etnicidad. Las mujeres tienen tendencias más fuertes a automutilarse que los hombres. Estos autores sugirieron que los roles de género y la presión social en las adolescentes pueden ponerlas bajo presión y que sus recursos para combatir el estrés son limitados. El acto de autoagresión deliberada en esas circunstancias puede proporcionar un periodo de alivio (Bhugra et al. 2003; 49; 247). Crouch W. y Wright J(2004) concluyeron en su artículo que ser un miembro legítimo de automutiladores requieren un comportamiento para ser admitido en este grupo tales como mantener en secreto el acto de automutilarse y no hablar de ese tema. También afirmaron que la resistencia de los individuos que son legítimos autolesionados y no buscadores de atención explica, en parte, el crecimiento de este comportamiento(Crouch y Wright; 2004; 9; 185).

2.5 Las familias

McDonald et al. (2007) señalaron que las madres experimentaron culpa y vergüenza y que estos sentimientos formaron sus reacciones y sus respuestas. Estas madres estudiadas describieron las experiencias y los dilemas emocionales a tal grado que temían ser las responsables del comportamiento automutilatorio de sus hijos y tenían la incertidumbre sobre la manera de entender este trastorno y la forma de reaccionar de la mejor manera posible con sus hijos. También se encontraron dificultades en la lucha contra los efectos emocionales negativos para ellos mismos y para el resto de la familia. Las conclusiones de esta publicación proporcionan ideas para las enfermeras y los trabajadores de la salud para que la familia comprenda este trastorno y tengan reacciones efectivas. Los hallazgos de este estudio ilustraron el hecho de que la familia, sobre todo los padres, han sido afectados por una variable generadora de estrés y los efectos de estos dilemas de culpa y vergüenza son graves para estas madres. Se convirtieron en personas estresadas y abrumadas, tienen conductas hipervigilantes y se sienten demasiado responsables de las reacciones de su familia. Este estudio resaltó la culpa y la vergüenza mostrada por los padres de los adolescentes que se automutilan. Los resultados mostraron cómo la automutilación puede complicar la crianza de los hijos y el estilo de vida de los padres y los familiares (McDonald, O'Brien and Jackson ,2007; 11; 298).

Otro descubrimiento importante fue que los niveles de culpa y remordimiento de las madres

evaluadas estaban contribuyendo al aislamiento de sus hijos de las redes sociales de apoyo tradicionales, de los amigos y de la misma familia. Las madres expresaron una necesidad de información y conocimiento de lo que deben hacer y lo que deben esperar de los hijos que sufran de este trastorno. En estudios pasados se evidenció la falta de trabajadores de la salud que ayuden a pacientes y a sus familiares ya que piensan que este problema no tiene solución. Esto quiere decir que hay una gran necesidad de abrir más conversatorios abiertos acerca de los diferentes aspectos de la automutilación, para los padres de los pacientes, como una posibilidad para aligerar el aislamiento y la angustia (McDonald, O'Brien and Jackson ,2007; 11; 298).

Concordante con lo expuesto por McDonald sobre el papel de las madres frente a la automutilación de sus hijos, Ferdinand RF et al. (2007) reportaron la importancia de que los padres le comuniquen a los profesores las conductas agresivas de sus hijos para lograr una detección oportuna y prevención de la automutilación en niños y adolescentes (Ferdinand RF; 2007 115(1):28-55).

Uno de los factores de riesgo de la automutilación es la experiencia de un divorcio durante la infancia. El riesgo es mayor para las familias en donde ha habido discordias matrimoniales o cuando la madre era muy joven o no tenía suficiente educación. Las patologías mentales en los padres pueden ser otro factor de riesgo para que los hijos se automutilen. Los niños que heredan la vulnerabilidad biológica, los trastornos afectivos y el abuso de drogas de sus padres pueden ser más propensos a automutilarse. Los autores afirmaron que uno de los factores de riesgo más peligrosos era el haber vivido en un ambiente hostil y agresivo donde los miembros hubieran sido golpeados o haber sido abusado física, sexual o mentalmente en la infancia. La orientación sexual es otro factor social que ha aumentado la automutilación (Skegg;2005; Vol 366).

2.6 Tratamiento: confianza y confidencialidad

Después de la evaluación del paciente, una conclusión acerca de cuál es el tipo de tratamiento y de las posibilidades de éxito, la terapia puede empezar. Sin embargo, la automutilación requiere de un proceso de curación largo y es difícil de tratar. El éxito puede lograrse usando un enfoque multidisciplinario en el tratamiento. El aspecto más importante del tratamiento es la confianza con el paciente. Para que éste sea exitoso y para

proporcionar confidencialidad y confianza es necesario que el profesional se haga responsable y cumpla con esta tarea. Estos no deben culpar ni a los pacientes ni a los padres de los pacientes por hacerlo ya que pueden impedir el desarrollo de la confianza y el cumplimiento de la terapia (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45). Además, es indispensable que haya compatibilidad entre el paciente y el terapeuta para que la relación sea positiva. Los terapeutas deben reconocer el dolor emocional de los adolescentes y ayudarlos a solucionar los problemas para aliviar el dolor. El adolescente debe conocer las políticas de confidencialidad y que las cosas que se hablan en las terapias no serán discutidas fuera de éstas ni con sus familiares u otros terapeutas que pertenezcan a esta unidad. Sólo en situaciones extremas se deben detener, como que el paciente tenga la intención de hacerle daño a otro ser humano, a sí mismo o si la relación entre el terapeuta y el paciente no produce buenos resultados (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

Un cuestionario propuesto por la Asociación Médica Americana puede ser una herramienta útil para reconocer los adolescentes en riesgo; sin embargo, este instrumento no aborda específicamente la automutilación. Tiene en cuenta factores de riesgo como los trastornos alimenticios, el abuso de sustancias, la depresión y el suicidio. Las preguntas son sobre su historia médica, su estado de salud y además evalúa los factores de riesgo para los adolescentes en el entorno médico general. Aunque los adolescentes pueden responder este cuestionario solos, es mejor que estén supervisados por algún experto en salud como un médico siquiatra (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

Las evaluaciones que se le hacen a los pacientes deben incluir un examen completo de la piel para ver qué partes del cuerpo han sido cortadas o qué heridas pudieron haber sido provocadas por objetos punzantes, pellizcos o quemaduras (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

Harker-Longton,W y Fish,R (2002), sugirieron que para poder ser efectivos en el tratamiento y ayudar a una persona a entender el problema es necesario permitirle a esa persona contar con sus propias palabras cómo se siente con respecto a su problema dándole ánimo al paciente y alentándolo a entender desde una perspectiva personal el 'inside'. También reportaron en un estudio de caso que el manejo de los pacientes con comportamientos de automutilación también es de carácter complejo para el personal que los atiende ya que, por ejemplo, la paciente habla de cómo el humor y la manera de tratarla

alteran sus ganas de hacerse daño (Harker-Longton and Fish. J 2002; 6; 137).

Ross S y Heath N (2002) recomendaron que para obtener resultados confiables con respecto al estudio de la automutilación en la población adolescente, es importante resaltar la importancia de hacer los tamizajes y además las entrevistas personales para obtener resultados confiables. Sugieren también que el tratamiento para controlar la ansiedad puede ser usado también con pacientes que se automutilan. En consecuencia, presenta una hipótesis que plantea que la automutilación es una comorbilidad presente en pacientes con ansiedad y depresión (Ross and Heath; 2002; 31, 1).

Wendy Harker-Longton et al. publicaron que algunos tratamientos se concentran en evitar la automutilación física y no revisan las causas internas, haciendo que éste sea ineficaz ya que la problemática de fondo es, quizá, la fuerza más poderosa en este trastorno. “Las circunstancias que hacen que las personas se automutilen son subjetivas y personales” y pueden ser pasadas por alto por los profesionales. Por esta razón los factores de riesgo personales son, claramente, una contribución muy importante para el conocimiento de este desorden (Harker-Longton and Fish. J 2002; 6; 137).

Los profesionales de la salud necesitan tener un acercamiento individual hacia los padres para ayudarlos a reducir o controlar sus niveles de ansiedad para adoptar un estilo de vida más saludable, tal vez, fomentando el uso de la relajación, terapias alternativas o sugerirles estrategias efectivas para mejorar la salud mental, el bienestar y la calidad de vida. (McDonald, O'Brien and Jackson ,2007; 11; 298).

Dado que el tratamiento es un proceso largo, los terapeutas deben ser pacientes y darles aliento y ánimo tanto como les sea posible. El equipo debe estar coordinado por un psiquiatra o alguien que tenga experiencia con niños y adolescentes. En los colegios también debe haber psicólogos o trabajadores sociales. En algún punto será necesario involucrar a las instituciones pertinentes en caso de que el adolescente o sus padres no cumplan las normas. Estas instituciones pueden aportar información a los colegios, a los padres e incluso a los alumnos para que trabajen con las personas que tienen estos trastornos o los síntomas de los factores de estrés que llevan a la automutilación (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

La comunicación abierta puede ayudar a los padres a aceptar más fácilmente la conveniencia de buscar ayuda profesional y de sentirse más cómodos haciéndolo. Es esencial que los adolescentes que se automutilan, la familia, y los trabajadores de la salud

no se estigmaticen sino que se den cuenta de las dificultades que enfrentan los padres, especialmente las madres que se están sintiendo culpables todo el tiempo cuando los hijos son rebeldes, enfermos o asociales (McDonald, O'Brien and Jackson ,2007; 11; 298).

Los pacientes que se automutilan describen una sensación de despersonalización antes del acto y un alivio de la ansiedad y la tensión después del acto. Por lo tanto es importante que los adolescentes reduzcan el estrés del medio ambiente, aumenten la conectividad con los padres y los círculos sociales, mejorar las habilidades comunicativas, desarrollar medidas efectivas para auto-calmarse y mejorar el estado de ánimo y la regulación emocional. Las terapias para los individuos que se automutilan incluyen terapia individual, grupal y familiar, musicoterapia y el entrenamiento en aceptabilidad y habilidades comunicativas (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

Es importante consultar a los terapeutas expertos para ayudar con estos aspectos del cuidado. Los medicamentos deben ser autorizados por un siquiatra o por enfermeras psiquiátricas y deben estar siempre acompañados de terapias. Por ejemplo si un paciente experimenta ansiedad como resultado de una depresión debe ser tratada con medicamentos de primera línea además de las terapias anteriormente mencionadas (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45). Los pacientes deben tener también una dieta especial libre de cafeína y alimentos que puedan aumentar la ansiedad. Así mismo, deben evitar el consumo de sustancias químicas como las drogas y el alcohol que incrementan las conductas compulsivas (Williams, and Bydalek, 2007; vol 45).

Algunos tratamientos se concentran en evitar la automutilación física y no revisan las causas internas, haciendo que este sea ineficaz ya que la problemática de fondo es, quizá, la fuerza más poderosa en este trastorno. “Las circunstancias que hacen que las personas se automutilen son subjetivas y personales” y pueden ser pasadas por alto por los profesionales. Por esta razón los factores de riesgo personales son, claramente, una contribución muy importante para el conocimiento de este desorden (Harker-Longton and Fish. J 2002; 6; 137).

Muchos profesionales de la salud no se comunican de manera efectiva con sus pacientes y hacen sus diagnósticos sin tener en cuenta lo que manifiestan estos adolescentes. Los tratamientos efectivos deben tener en cuenta las expectativas del paciente, y el terapeuta debe lograr una relación de confianza para poder empezar el tratamiento. Algunos pacientes

que habían estado previamente en terapia manifestaron que las terapias en las que no hay confianza ni credibilidad por parte del trabajador de la salud les generaban más estrés que bienestar. En algunos estudios cuestionan la calidad de los tratamientos que se les da y destacan la falta de soporte social y de redes de apoyo para este grupo de personas que sufren de este trastorno que en los últimos años ha incrementado notablemente (Hurry et al. 2005: 125; 71).

Para algunos pacientes la automutilación permaneció oculta y sin tratamiento durante su niñez. En consecuencia la intervención no ha sido exitosa en el intento de detener el comportamiento. Como tampoco ha sido efectiva la prescripción de medicamentos sin un acompañamiento terapéutico. La impotencia de las intervenciones adecuadas para niños y adolescentes es crucial para detener el problema a tiempo ya que muchos problemas mentales son detectados cuando el paciente es adulto y los problemas se han vuelto más difíciles de tratar (Storey et al. 2005: 71).

Baker et al. (2007) en un estudio realizado en pacientes que se quemaban la piel señalaron un número importante de estos que tenía lesiones anteriores por comportamientos automutilatorios. El total de pacientes que tuvieron lesiones posteriores a las quemaduras autoinfligidas fue significativamente menor; sin embargo, sigue siendo necesario para asegurar que estos pacientes no vuelvan a cometer estos actos automutilatorios conseguir apoyo psiquiátrico y así prevenir la readmisión (Baker; Tonkin; Wood, Mar 2007: 28).

Estos hallazgos soportan la necesidad de que los trabajadores de la salud, incluyendo las enfermeras, normalicen las experiencias de culpabilidad y la vergüenza referidas por los padres dándoles información adecuada sobre los factores motivadores reales de las personas que se automutilan y discutiendo opciones realistas para crear estrategias útiles desde una mirada holística y un acercamiento a la familia, por ejemplo esto puede incluir una evaluación de todos los miembros de la familia, de los actos pasados que incrementaron la frecuencia de la autoflagelación y en el presente que puedan llegar a mejorar y reducir el comportamiento (McDonald, O'Brien and Jackson 2007: 11; 298).

Para terminar, Glenda McDonald et al. le proponen a los profesionales de las salud llevar a cabo un acercamiento individual hacia los padres para ayudarlos a reducir o controlar sus niveles de ansiedad y cambiar su estilo de vida, tal vez, fomentando el uso de la relajación, de terapias alternativas o sugerirles estrategias efectivas para mejorar la salud mental, el

bienestar y la calidad de vida (McDonald, O'Brien and Jackson 2007: 11; 298).

La definición de automutilación estaría incompleta sin una definición de escritura para entender el planteamiento de esta tesis. En este capítulo quedó claro qué es y qué no es automutilación, las comorbilidades de este trastorno y cómo funcionan los tratamientos para curarla o mejorar la condición del paciente. En el próximo capítulo se redefinirá la automutilación para ponerla en un contexto comunicativo y concretamente en un sistema escritural.

3. El cuerpo como una superficie de escritura

Este capítulo pretende explicar la relación que existe entre la escritura y la automutilación teniendo en cuenta las definiciones del capítulo anterior de automutilación y definiendo etimológicamente la escritura para poder llegar a la idea que se planteó en un principio de que este desorden se puede ver como una tecnología escritural. También se buscará tener claro un referente histórico de la escritura, las modificaciones corporales vistas desde un campo antropológico, testimonios reales de personas que se han automutilado y el uso del cuerpo como una superficie de escritura con el fin de sustentar y concluir la premisa del título del trabajo de grado.

3.1 Definición etimológica de escritura

“Escribir significa representar palabras o ideas (con letras u otros signos) con pluma o lápiz, o por medio de la mecanografía: *scribere* ‘escribir’ (sentido implícito: ‘grabar, raspar, esculpir’, ya que mucha escritura primitiva se hacía en piedra, en madera y luego en tabillas cubiertas de cera) del Indoeuropeo *skibh-* raspar, de *skeri-* cortar, separar, cerner, de *sker- ker- sek-* cortar” (Nuevo diccionario etimológico).

De entrada el escribir viene de raspar, esculpir, grabar. La escritura es un acontecimiento que rompe la historia humana en dos partes. Esta, de alguna manera secciona la oralidad y la convierte en una manera no tan confiable de comunicar donde la memoria puede fallar. En la historia muchas culturas tradicionales antiguas se modifican el cuerpo a través del tatuaje, las escarificaciones, entre otros, con el fin de comunicar grandes cambios de la vida.

3.2 Historia de la escritura

La escritura, hoy en día, no es un descubrimiento maravilloso ni un gran invento. La escritura estaba ahí desde siempre. No se cuestiona qué es escribir o de dónde salieron todos esos grafos que se usan para comunicarse. Se cree que escribir es reproducir palabras

por medio de letras. La verdad es que detrás de estas letras hay millones de modalidades, muchos alfabetos antes de este; y que además de esto el proceso de creación de un alfabeto es, como dice Haarmann en la *Historia universal de la escritura*, largo penoso y enormemente complejo y además se extendió a través de los siglos. Las primeras manifestaciones de escritura tienen fecha del segundo milenio antes de Cristo.

El primer pensamiento de escritura empieza con los fenicios y de ellos ha partido la primera idea de un alfabeto. Más o menos el año 1200 a.C. los fenicios crearon un sistema de escritura de 22 caracteres con el que se escribían palabras y lo hacían de derecha a izquierda. Este sistema era simple y accesible, las personas lo usaban para propagar el conocimiento y los principios culturales de ese momento. La diferencia clara con este sistema es que era más fácil escribir (reproducir palabras por medio de 'letras'), mientras que en otras culturas como la china existían castas dedicadas a la escritura y era un sistema complejísimo.

“No han sido pocos los que han considerado la cultura escrita como algo imprescindible para el progreso humano” (Haarmann, 1991, intro). Filósofos, escritores y poetas han compartido la idea de que la escritura es un pilar importante para la civilización. Haarmann cita en la introducción de su libro *Historia universal de la escritura* al historiador James H Breasted cuando dice que “la invención de la escritura y de un sistema cómodo de registro sobre el papel ha ejercido en el desarrollo posterior del género humano una influencia mucho mayor que ningún otro avance espiritual en la historia de la humanidad” (Haarmann, 1991).

La historia ha sido dividida por la escritura. Esta se divide en dos grandes ramas: la prehistoria, que estudia los hechos anteriores a la invención de la escritura y la historia, que estudia los hechos posteriores a la escritura. Es la escritura la que hace que los humanos dejen de ser bárbaros y empiecen a tener los principios de civilización. La tradición oral ha sido despreciada por la historia y no ha sido tomada en cuenta como un elemento tan importante como la escritura y hay varias hipótesis que sostienen esta idea. En la tradición oral la historia estaba totalmente sujeta a la memoria de uno o varios individuos, aunque sí ha sido utilizada para transmitir información y hoy en día en algunas culturas indígenas es la manera que usan algunos chamanes para pasar sus conocimientos. Por ejemplo; muchos

historiadores no están de acuerdo con que la tradición oral sea una forma destinada a comunicar ideas o fijar información porque sostienen que la memoria humana tiende a variar las vivencias con el tiempo y esto es fácilmente comprobable.

Desde los dibujos rupestres del paleolítico los humanos han tenido esa necesidad de plasmar en el exterior alguna condición del pensamiento. Y es probable que los dibujos hayan sido símbolos que, de algún modo, significaban algo más de lo que estaba pintado, es decir, los dibujos querían decir más de lo que estaba plasmado en ellos mismos, convirtiéndolos en un sistema de información que representan de una manera sensorial una grafía en virtud de unos rasgos asociados socialmente aceptados como algo específico. (Haarmann, 1991).

“En la fase más primitiva los signos gráficos todavía no están asociados a la escritura fonética de la lengua; la escritura sirve para fijar contenidos conceptuales y los signos corresponden a palabras determinadas. Dado que en esta modalidad gráfica no hay ninguna relación con los sonidos de la lengua, uno puede leer inscripciones sumerias de finales del IV milenio a.C. o textos chinos arcaicos en huesos oraculares del siglo XVI a.C. sin saber cómo se pronunciaba el sumerio o el chino de aquellos tiempos”. (Haarmann, 1991, Intro).

La escritura como signo del hombre civilizado ha sido una idea que han plasmado miles de pensadores, desde hace muchos años. Heródoto, Platón, Tácito, entre otros hablaban de la importancia del alfabeto y de la facilidad con la que ellos lo usaban para transmitir conocimiento a través del sistema de escritura, no del alfabeto en sí mismo (Haarmann, 1991, Intro).

3.3 Modificaciones corporales como formas antropológicas de escritura

“Los seres humanos han adornado y modificado el cuerpo humano desde hace miles de años, probablemente desde que el humano se convirtió en humano civilizado, es decir desde que consintió la posibilidad de que a través de elementos exteriores al cuerpo como la escritura o simplemente los grafos podía transmitir, de alguna manera un mensaje a su sociedad. Todas las culturas en todas partes han intentado cambiar su cuerpo en un intento por satisfacer su patrimonio cultural

las normas de belleza, así como sus creencias religiosas o las obligaciones sociales” (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

Las modificaciones corporales son, la mayoría, procesos que alteran el cuerpo de una forma permanente. Los tatuajes, los pírsines, las escarificaciones, las expansiones, las marcas, las mutilaciones son las más conocidas, hoy en día en occidente. La pintura corporal ha sido una práctica que se ha practicado, según algunos arqueólogos, desde el neolítico. Han encontrado momias con adornos y con evidencias de modificaciones intencionales del cráneo. Es claro que adornar y modificar el cuerpo es una práctica humana (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

Hoy en día todas las modificaciones corporales (incluso las temporales como pintarse el pelo o maquillarse) se encuentran en todas las culturas alrededor del mundo. Antropológicamente estas modificaciones son vistas como marcadores visibles de la edad, la condición socioeconómica, posibles afiliaciones a tribus y otras características sociales. La modificación corporal, por tanto, puede ser el paso de un ser humano a un ser social. El teólogo Michel Thevoz dice que “no hay cuerpo más que el cuerpo pintado” porque el cuerpo debe ser siempre el sello o la marca de la cultura y la sociedad. En conclusión el cuerpo sin marcar no puede moverse dentro de los canales de intercambio social (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

Muchas culturas que practican la escarificación, la perforación, el tatuaje y otros modos de modificaciones corporales permanentes creen que un humano no es completamente humano cuando el cuerpo no está adecuadamente adornado o modificado. Incluso la decisión del uso de maquillaje y la forma de peinarse puede ser vista como la diferencia entre el cuerpo humano y el de los otros animales. Modificaciones permanentes y temporales han marcado de forma contundente el cambio de civilizaciones, evoluciones de culturas, paso de etapas de la vida. (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

El cuerpo siempre se ha utilizado como medio de expresión y de autoconstrucción. En cada sociedad las marcas de un individuo (incluyendo la ropa, los adornos o las modificaciones temporales o permanentes) indican su posición social, su cultura y sus creencias. La mayoría son temporales, pero algunas son permanentes y muchas de estas producen dolor a la hora de hacérselas. Las marcas temporales, como la pintura corporal, son a menudo

usadas en un contexto ritual para distinguir a un individuo de los otros en celebraciones o en acontecimientos culturales o rituales, por otra parte las marcas permanentes como los tatuajes o las escarificaciones se usan generalmente para marcar un estado permanente del cuerpo como la edad adulta, el estado civil o la condición de la casta. (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

En las sociedades tradicionales el uso de pintura corporal, de tatuajes, de escarificaciones, de perforaciones, de aplanamiento de cabezas y las alteraciones genitales como la circuncisión son bastante comunes. Estas prácticas tienen múltiples significados, pero el significado central es la identificación social y la modificación para decorar el cuerpo. (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

La sociedad occidental, en un comienzo, usaba las modificaciones permanentes, como los tatuajes y las marcas permanentes, para castigar a los criminales y para denotar la pertenencia de esclavos y animales. Las clases dominantes usaban estas marcas permanentes como una forma de control y de identificación de los “castigados” y las propiedades. Al mismo tiempo las élites utilizaban peinados elaborados, joyas de piedras preciosas, ropa elegante y la cirugía estética para demostrar su estatus. También el uso de corsé para modificar no solo la postura sino el tamaño del cuerpo en relación con los estándares de la época. (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

En la sociedad moderna el deseo de moldear el cuerpo como un signo de pertenecer a la sociedad no ha cambiado, los hombres y mujeres usan maquillaje, joyas, peinados, cirugías cosméticas y dietas para transformar su cuerpo, para estar acorde con los estándares de estilo y moda del momento. Los cuerpos de moda son jóvenes, delgados y hermosos. Cuando estos estándares no pueden ser conseguidos a través del maquillaje, las dietas o los cortes de pelo, están disponibles las cirugías plásticas y las modificaciones más costosas para el que las pueda pagar. Otra forma de pertenecer, en la actualidad, es el desarrollo de unas tribus paralelas que no van con las tradiciones normativas. Estas usan modificaciones corporales permanentes como los tatuajes, los pírsines, las escarificaciones y las expansiones que permiten que los individuos salgan de los límites del orden social y pertenezcan a las subculturas alternativas. Desde el siglo pasado hemos visto el desarrollo de un movimiento que usa las modificaciones corporales para identificarse con una nueva

estética, una nueva vida sexual, una nueva vida espiritual o con el crecimiento personal. (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

Esta corriente, conocida hoy en día como el movimiento moderno primitivo, trae las técnicas de modificación corporal de las sociedades tradicionales y las creencias de oriente para resistir y retar de alguna manera las prácticas sociales modernas tradicionales occidentales. Los miembros del movimiento contemporáneo de modificación que se someten a modificaciones corporales por fuera de la norma y además de una forma extrema se ven ellos mismos como propietarios de su cuerpo y expresan sus identidades individuales. Los que pertenecen a este movimiento ven estas alteraciones como la forma de transformar el yo, mientras que la sociedad los ve como personas que se desfiguran o se mutilan voluntariamente. (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

Las modificaciones extremas como los tatuajes grandes o muy visibles (en la cara, los brazos o la cabeza), los pírsines en los genitales o en las partes no normativas del cuerpo como la cara, las cicatrices intencionales y los implantes o amputaciones voluntarias son vistas por algunas personas como un síntoma de trastorno dismórfico corporal y son mal vistos y severamente controlados. (Encyclopedia of Body Adornment, Intro).

La sociedad ha estado siempre rompiendo, de alguna forma, al ser humano invitándolo siempre a modificarse para poder pertenecer. Independientemente de la forma en la que las personas se “corten”, estas siempre se encuentran alterándose el cuerpo con el fin de pertenecer y dejar claro en la sociedad cuál es su postura frente a la sociedad y a la cultura a la que pertenecen.

3.4 Testimonios

Las experiencias de estas personas que se automutilan no pretenden más que mostrar los sistemas en los que se desarrolla este trastorno en las personas sin importar la edad, el sexo o la sociedad. En el capítulo anterior, en los estudios que se han realizado con respecto a la automutilación, se puso en evidencia que la automutilación es un desorden que se da en todos los estratos y que las más perjudicadas son las mujeres. Sin embargo hay índices de que los hombres también lo hacen y cada vez con más frecuencia.

3.4.1 Andrew de 22 años

Andrew es un joven de 22 años, escocés describe un episodio de automutilación. Después de un tiempo de terapia ha podido dejar de cortarse y ahora solo siente ganas, pero no lo lleva a cabo.

“Es ese sentimiento de nuevo. Despertar y ver manchas de sangre en las sábanas y en la alfombra. Libros y papelitos esparcidos por toda la habitación. Muebles rotos. Esa piquiña familiar en los brazos, en el torso. La cara manchada de rojo. Lo estaba haciendo tan bien, demasiado. 13 días desde la última vez. Me siento entumecido, aturdido, con resaca, estúpido. Difícilmente te puedes par; No has comido durante tres días y has perdido mucha sangre. ¿Qué estás tratando de mostrar? La empleada de servicio entra y ve lo pañuelos rojos en el suelo, te mira no muy segura de qué hacer. E intentas reconstruir exactamente lo que pasó anoche...

Has estado trabajando todo el día, con ganas de salir y relajarte, como disfrutarse solo. No hay gente alrededor. Vas a la licorera, compras algo de tomar, te sientas en tu habitación, pones tu música violenta-depresiva favorita. Algo pasa adentro, te das cuenta. Se siente como que en cualquier minuto vas a estallar. Se te ponen aguados los ojos y empiezas a llorar. El llanto se convierte en gemidos y gritos. Tratas de contenerte a ti mismo. Empiezas a patear la puerta. Tiras cosas por toda la habitación, por la ventana. No te puedes calmar. Ni siquiera saber qué fue lo que te puso en este estado en una primera instancia. Te clavas las uñas en la muñeca. No puedes sentir nada. Es como si estuvieras viendo la película de otro alguien, esa no eres tú. Te quitas la camisa, te miras en el espejo. Odio, asco, frustración, rabia, arrepentimiento. Es casi como un ritual sin siquiera pensar qué estás haciendo, agarras la cuchilla de la máquina... y la sangre empieza a gotear. Pongo algún antiséptico, lo haces de nuevo hasta que te calmas, estás satisfecho. Como cuando sales a tomarte un trago y te tomas uno o dos y quieres más pero sabes que es estúpido de tu parte, pero no te puedes controlar.

¿Cómo te sientes? Vivo. Real, entumecido, calmado, satisfecho. Esparces la sangre alrededor. Es enfermo pero la sangre se siente real, se siente humana, ¡Se siente

bien! Al mismo tiempo se siente el dolor, te mereces el dolor. Les cuentas a algunas personas que solo te hacen sentir peor. Ellos te dicen que eres manipulador, que estás buscando atención. Y lo crees. Unas personas creen que eres un enfermo, que eres raro. Una o dos pueden entender pero igual son cautelosos, en estado de shock por lo que les conté. Unos piensan que eres suicida, pero no lo eres.

Cortarse no es buscar atención. No es manipulación. Es un mecanismo automático, que no es placentero y potencialmente peligroso, pero funciona. Me ayuda a hacerle frente a las emociones fuertes que no sé manejar. No me digan enfermo, no me digan que pare. No traten de hacerme sentir culpable, así es como me siento desde antes. Escúchenme, denme soporte, ayúdenme” (Strong, 1999,1).

3.4.2 Melanie de 16 años

“La primera vez que me corté yo solo quería que la gente viera cuánto dolor tenía yo”, dice Melanie de 16 años, quien se ha cortado y quemado en los últimos tres años. “yo quería que alguien me viera”. En vez de notarla, su padre le criticaba la manera de cortarse y le mostraba unas formas mortales y más efectivas de cortarse las muñecas. (Strong, 1999,3).

Melanie le atribuye la responsabilidad al mal sentido del humor que tiene su papá. Ella dice que su mamá es su mejor amiga y dice que su papá es un gran ser en el fondo. La familia se ve más como un montón de extraños encerrados en un laberinto emocional: un padre que se esconde en su cuarto para evitar el contacto con su familia; una mamá que inventa excusas para justificar el comportamiento de su esposo; y dos hijas que comparten poco más que un gusto por objetos cortantes dejados a su suerte para encontrar confort y atención. (Strong, 1999).

“Yo rara vez veo a mi padre”, dice Jennifer, la hermana mayor de Melanie, que decidió empezar a cortarse hace un año. “lo más común es decirle hola. Ni siquiera comemos casi con él”. Melanie trata de muchas formas de unir a la familia, pero siempre fracasa en el intento. Los compañeros del colegio se burlan de ella porque todo el tiempo está vestida de negro y se pinta el pelo de negro también. Ella dice que no le importa, que no está ni un poquito resentida porque al menos ellos se dan cuenta de que está. (Strong, 1999,4).

'Hace algún tiempo escribió este poema que describe exactamente cómo se siente con el acto de cortarse:

'Este dolor lo puedo ver pero no lo puedo sentir

Me obsesiona

Cuando me corto, puedo ver de dónde sale

Y lo puedo ver sanar

Y puedo cuidarlo fácilmente.

Este dolor no tiene un lugar específico

Se mueve alrededor y se cuela en los lugares más extraños'. (Strong, 1999,5).

Después de contar su historia, Melanie hizo una afirmación que decía que ella no iba a volver a cortarse porque le parecía un acto estúpido que no llevaba a ningún lado, y que era un comportamiento adolescente. *“He llegado a la conclusión de que me voy a suicidar o voy a armar mi vida y la voy a arreglar. No vale la pena hacer esas estupideces que no solucionan nada”* (Strong, 1999). Menos de un mes después Melanie trató de suicidarse.

3.4.3 Fran de 53 años

Fran, una profesional judía de Nueva York de 53 años, se ha estado cortando y quemando a ella misma por más de 30 años. Ella dice que si se corta y no le sale la suficiente cantidad de sangre es parecido a comerse una ensalada con yogur, pensando en un filete de carne con papas. También asegura que es mucho más satisfactorio escribir con la sangre o hacer dibujos.

Esta mujer ha estado en abstención de hacerse daño por un periodo máximo de 9 meses en los que estuvo bajo un tratamiento con droga muy fuerte. Pero, como la mayoría de personas que se automutilan, ella no quiere dejar de hacerlo. Sus brazos, de los que está muy orgullosa, parecen una colcha de retazos. Se ha cortado tanto y han sido tan graves los cortes que hasta ha necesitado injertos de piel. *“Cortarme se ha convertido, con el pasar del tiempo, en una parte de mi vida, yo creo que no pienso tanto en eso”*, dice ella, que ha sido declarada siquiátricamente discapacitada desde 1993.

Fran, superficialmente, es sarcástica y conversadora, una buena anfitriona, contadora de historias con un sentido del humor amargo. Tal vez es la cubierta perfecta para poder

ocultar todas las emociones que no se da permiso de sentir. Por ejemplo la rabia, que es una de las sensaciones que lleva a Fran a cortarse. Para ella casi cualquier sentimiento negativo (el miedo, la frustración, la tristeza, el abandono) le provoca como una cascada de rabia tan intensa que la compara con un volcán en erupción. “*No hay tiempo para tener un diálogo interior, me corto o no me corto*”.

El único tratamiento que le ha funcionado a Fran para parar la automutilación compulsiva es consumir dosis masivas de droga sicotrópica, como *Haldol* o *Thorazine*, pero dice que se volvió una gorda inactiva y dormilona y no era tan efectivo porque cuando tenía crisis sin síntomas previos, no tomaba la medicina sino que se cortaba inmediatamente (Strong, 1999,8).

3.4.4 Ana de 24 años

Un caso particular puede ayudar a explicar un poco más cómo la automutilación usa el cuerpo como una superficie de escritura. Hace 4 años Ana tuvo un ataque de celos y sin saber bien lo que iba a hacer o lo que sentía, se agarró la cabeza y la empezó a tirar con fuerza contra la pared hasta que se puso un ojo morado. El dolor que le producía pensar en su pareja con otra persona era menor que el dolor que le produjo el hecho de darse golpes contra la pared.

La siguiente vez que sintió ese vacío y el abandono de su pareja agarró un bisturí y trató de cortarse una vena. Ver la sangre y sentir el dolor de buscar la vena fue suficiente para poder descansar esa noche y conciliar el sueño de nuevo. Ella está consciente de que no le gusta el dolor. El dolor en ella misma no le produce placer.

Cuando se siente abandonada recurre a agredirse de cualquier forma para no sentir ese dolor que no se puede ubicar en el cuerpo. Una vez, cuando un hombre salió de su casa y ella se sintió sola empezó a cortarse el antebrazo en figuras. Ella no se quería matar, es más, sabía perfectamente que de esa manera no se iba a morir y no pretendía hacerlo. El sentimiento de abandono producía en ella un dolor tan difícil de encontrar para poderlo “identificar y cuidar” que era necesario producir un corte para volver a salir y poderse inscribir de alguna manera en la sociedad como una persona que “pertenece”.

Un tiempo después, en una crisis y un episodio de intenso dolor, estaba mirando por la ventana de un quinto piso y, en su cabeza había pensado varias veces que si se tiraba no se iba a morir. Ahora en su cabeza era cierto que si se tiraba por esa ventana no se iba a morir porque la altura no era suficiente y como consecuencia de ese dolor decidió montar los dos pies y saltar. Su intención, finalmente no era morir, era aliviar un dolor que su cuerpo no era capaz de soportar.

El riesgo de la automutilación es que la persona que lo sufre puede morir teniendo la intención de, simplemente, expresar eso que no puede. La ruptura de su cuerpo por medio de cortes es la única manera que cree verdadera para expresarse tal y como cree que es.

3.5 Usando el cuerpo como una superficie de escritura a través de la mutilación

En las cuatro historias hay una incapacidad de comunicarse con el otro, una forma de no ser visto o comprendido, una falta de entendimiento del mundo en general hacia ellos desde su percepción. Las personas que se automutilan se comunican de esa manera con la sociedad, tratan de equilibrar la incapacidad de pertenecer o de expresarse mediante los cortes, las quemaduras y todas las formas de autoagresión. La escritura en sí misma es una forma de cortar, no solo la historia, sino también la superficie en donde se plasma lo escrito sea la piedra, la madera, el papel o el mismo cuerpo.



By: Darling03 (<http://www.flickr.com/photos/mackenziedarling/4339173834>)

El cuerpo en la automutilación es parte del mensaje, así como en la película *'The Pillow Book'*. La diferencia es que la automutilación no es una práctica que produzca placer, no trae una connotación masoquista. La automutilación es un trastorno mental que produce bienestar al expresar, a través de herir el cuerpo, lo que no se puede verbalizar adecuadamente. Esta manifestación escritural es a la comunicación, lo que las lágrimas son a la tristeza. Para algunas personas las lágrimas son la comunicación no verbal del cuerpo (Strong, 1999, 44). En el libro *A Bright Red Scream* la autora sostiene que las lágrimas son un paralenguaje, es decir un lenguaje que está construyéndose simultáneamente desde otro principio que no es parte del lenguaje común. Sin embargo, las personas que se cortan hablan de las lágrimas y dicen que ellos están demasiado paralizados para llorar o que les parece inadecuado para expresar y liberar las emociones tan abrumadoras y reprimidas que sienten.

Cortarse redefine los límites del cuerpo diferenciándose así de otros. La sangre fluyendo de las heridas demuestra que hay vida en el cuerpo en vez de vacío, esto es lo que siente algunas personas con el trastorno, el dolor del vacío dentro de sí. A nivel subconsciente, de acuerdo con una teoría psicoanalítica, la estimulación de la piel a través de la automutilación ayuda a reintegrar el astillado sentido del ser, reactivando de esta manera el ego del cuerpo (tal vez para reactivar una experiencia táctil que para los automutiladores es una sensación agradable y relajante) (Strong, 1999,47).

Las personas necesitan cortarse de alguna manera para poder pertenecer a una sociedad, deben aprender a no escuchar para poder escuchar realmente, a no ver, para poder ver lo que necesitan ver, a separarse de ellos mismos para poderse unir. En la automutilación las personas se cortan para dejar de sentir o para intentar sentir. A veces el dolor es tan fuerte y tan difícil de encontrar que lo hacen visible para poderlo cuidar y ver. Otras veces están tan adormecidas que necesitan escribirse para encontrarse una vez más. Para las personas que no sufren de esta perturbación, un corte de pelo, una camisa de una manera específica o la forma en la que se maquillan o no hace la incisión necesaria para diferenciarse o pertenecer a ciertas tribus para así conectarse con ciertas creencias, formas. Las personas que se automutilan tienden a escribir sobre su cuerpo esta historia para recordar el bienestar de pertenecerse, y por ese instante la sangre de la herida, la herida y el dolor pasan a ser esa forma de comunicarse con la parte de afuera que tanto les cuesta reconocer. El corte no es placentero, el corte alivia y hace que la persona crea que vuelve a la normalidad, que esa es la forma “normal” de pertenecer a una sociedad.

J. Derrida, en “*Circonfesión*” (circuncisión + confesión), explica la escritura social en el cuerpo antes de hacer conciencia de la escritura en sí. El ejemplo claro es la circuncisión. Un cuerpo al ser circuncidado se está denotando judío y con esto toda la carga cultural que trae. El cuerpo está siendo cortado, no sólo físicamente sino que culturalmente va a tener un lazo así el personaje decida no pertenecer a la “gran familia judía” (Derrida, 1990).

En la automutilación el sujeto no decide si se corta o no. En primera instancia es un impulso más fuerte que él mismo, algo que no puede controlar, es una sensación insostenible y lo hace casi sin darse cuenta. El fin de cortarse es el mismo de la circuncisión, finalmente pertenecer. Usar el cuerpo como una superficie que comunica

mediante un corte, un pedazo de escritura en el sentido más precario de la palabra: grabar, rasguñar para plasmarse encima de una superficie que sea parte, a su vez, del mensaje.

Las personas que se cortan usan su propia piel para cambiar sus estados de ánimo, para alcanzar un poco de entendimiento, para tener un poco de conciencia psicológica a través de un dolor intenso, y para comunicar un mensaje que, hasta hace poco, parecía indescifrable (Strong, 1999, 53).

Adicionalmente de ser una forma de sostenerse en la vida y de mantenerse cuerdo es también una forma manejar los estados internos. Cortarse es una forma de comunicarse, vieja pero útil, sobre todo para las personas que no pueden verbalizar correctamente lo que sienten. La automutilación proporciona una expresión concreta para el dolor que ellos sienten adentro, un lenguaje escrito en el cuerpo, a través de la sangre, las heridas y las cicatrices. (Strong, 1999,55).

3.6 La automutilación y los sistemas escriturales

Un sistema es un “conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto” (DRAE). Un sistema de escritura es un tipo de simbología usada para representar elementos en el lenguaje. Los sistemas se caracterizan por ser, sin excepción, esquemáticos. La idea de un sistema es poder realizar un procedimiento determinado haciéndolo siempre del mismo modo.

La escritura es una capacidad, adquirida y desarrollada en el tiempo y la práctica, de entender y hacerse entender mediante signos gráficos. Tiene una manera sistemática de funcionar. Las letras van ordenadas para así tener sentido y están arregladas para poder generar un contenido ordenado con un sentido específico.

En el libro “De la gramatología” Phillip Sollner hace una afirmación en la que plantea que la apariencia de los caracteres usados para la escritura no es la realidad, es decir, las letras que se usan para escribir no son realmente lo que está escrito (Derrida, 2008). Cuando se usa una letra no se dice la letra realmente, la letra en sí no expresa lo que se quiere decir. Las

letras no crean ni destruyen el sistema escritural, simplemente codifican el habla (Conversación con el profesor Juan F. Mejía, 2010).

En la automutilación se puede pensar en la escritura como un trazo, en rasgar la piel y no depende su apariencia sino de que esté inscrita, rasgada o cortada. Pensar las heridas como una manifestación de un sentimiento previo a la acción de cortar como tal. Un sistema escritural es, también, la manifestación de otra parte del lenguaje. Así mismo las personas que se automutilan tienden a cortarse cuando tienen la necesidad de expresar un sentimiento profundo que no saben bien dónde lo están sintiendo o no saben si, realmente lo que están sintiendo existe. Las cicatrices en sí mismas no son un sistema escritural ya que pueden producirse por un rasguño accidental, por accidentes, etc. Sin embargo; el conjunto de cicatrices, más la intención, más la producción escritural (de alguna manera) ordenada hace un sistema arreglado como el de la escritura. Los cortes de las personas que sufren de este trastorno son sistemáticos, así como la escritura. Estos buscan el sitio para hacerlo, los materiales y, muchas veces se cortan cerca a los hospitales en caso de que no puedan controlar la cantidad de cortes ni la fuerza con la que se cortan.

“Las personas que se cortan reportan la misma secuencia de eventos y estados emocionales antes y después de los episodios en los que se hieren a sí mismos. El combate que se produce a la hora de cortarse generalmente es provocado por una experiencia (real o percibida como real) de la pérdida o el abandono. Los automutiladores son sumamente sensibles al abandono porque ellos nunca se separaron correctamente de los primeros cuidadores y por esto viven en un perpetuo e insoportable estado de ansiedad por el abandono que los aniquila” (Strong, 1999, 55).

Escribir significa representar palabras o ideas, la automutilación es un desorden mental en el que el paciente es intolerante a algunas ideas o sentimientos como la ira la frustración, la depresión, entre otros. Cuando tiene alguno de estos sentimientos se hace daño a sí mismo para calmarse y dejar de sentir, para sentir alivio. Se hacen daño para poder sacarlo del sistema porque no encuentra cómo representarlo de otra manera. Las personas que se

autoherirse tienen un sistema con el que se realizan los cortes, los golpes, las quemaduras, entre otros. Las imágenes presentadas en esta investigación muestran cómo sistematizan la forma de autoherirse y cómo seleccionan una parte de cuerpo específica. La mayoría de las personas que tienen este desorden tienden a herirse de una sola forma y solamente en una parte del cuerpo, como estructurado sistemáticamente. Las partes más frecuentes para las cortadas suelen hacerse en las extremidades o en el estómago, los golpes en la cabeza, las quemaduras en las extremidades también.

La automutilación se puede identificar como una forma de comunicación, una manera de expresar y comunicar una idea o un sentimiento, a veces, palabras. Este desorden no sólo es una manera de comunicar sino que tiene indicios escriturales claros desde sus usos formativos en las culturas tradicionales. Autoherirse de una manera sistemática, como lo hacen estas personas, muestra una conexión con las tecnologías escriturales. En los testimonios se pueden leer los rituales de las personas y la forma sistemática que las personas adquieren para obtener siempre el mismo resultado de marcar su cuerpo para poder sentir alivio y representar a través de ese corte el sentimiento, sensación o idea que necesitan incorporar a su lenguaje limitado.

Conclusiones

1. La automutilación es un trastorno físico y mental en el que la persona no es tolerante a las diferentes frustraciones de la vida. También se planteó que la automutilación es un sistema que encuentra la persona para poder expresar un dolor intenso que siente dentro de sí y que crea una manera particular de hacerlo y una manera específica de hacerse daño. Esto implica que hay diferentes maneras de automutilarse. Es importante identificar que las personas que se automutilan, la mayoría no las motiva llamar la atención sino atenuar un dolor emocional mediante un dolor físico que es más fácil de detectar y de “cuidar”.
2. Se puede afirmar que la automutilación está relacionada con la comunicación en la medida en que las personas que se automutilan, un gran porcentaje, aseguran que no tienen una manera de expresar lo que sienten o lo que les produce el mundo exterior y utilizan esta herramienta (la automutilación) como una manera de convivir y pertenecer a una sociedad. Es como cuando las personas deben cortarse de alguna forma como cambiar su peinado o su ropa para pertenecer a una cultura o a la misma sociedad.
3. Es importante ahondar en el tema ya que la automutilación puede tener raíces en la prehistoria como una herramienta escritural y no un trastorno. Se piensa que es significativo continuar con investigaciones que justifiquen la automutilación como un sistema escritural que fue usado para poder transportar información y demostrar la pertenencia a alguna cultura. Del mismo modo relacionar las modificaciones

corporales con la comunicación escrita y los sistemas que se crean a partir de la necesidad de pertenecer a una comunidad y más a una sociedad.

4. La automutilación es, de muchas maneras, una manifestación de la comunicación y de la expresión de algunas personas que no pueden tener una relación con el mundo. Este desorden es una herramienta desarrollada para comunicarse con la sociedad, no necesariamente mostrando los cortes, sino de una manera interna. Esta produce bienestar y al estar en un estado de “alivio” la persona vuelve a “comunicarse” con el mundo exterior y así pertenece a una sociedad de nuevo.
5. Las modificaciones corporales, así muchos no las consideren automutilación, son una mutilación voluntaria del cuerpo con el fin de comunicar usando el organismo como superficie de escritura y como parte del mensaje. Esto no es una novedad, al contrario se han venido retomando en occidente las prácticas de las culturas tradicionales de modificación corporal.
6. Los tratamientos eficientes planteados por los profesionales de la salud estimulan a los pacientes a crear un lazo de confianza para que la persona afectada se pueda expresar de un modo en el que no necesite hacerse daño. Los tratamientos exitosos son los que crean lazos confiables y redes de comunicación reales entre el paciente y los profesionales de la salud.

Bibliografía

- <http://www.anaymia.com/> el 1 de febrero de 2010
- Matt Sintex et al. Self injury Awareness. Disponible el 16 de diciembre de 2009 en <http://www.facebook.com/group.php?v=info&gid=189140254062>;
- A bright red scream. Self-mutilation and the language of pain. Marilee Strong. Segunda edición, editorial Penguin books, 1999.
 - A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents Shana Ross; Nancy Heath Journal of Youth and Adolescence; Feb 2002; 31, 1; ABI/INFORM Global
- Adolescent Self-Mutilation: Diagnosis & treatment Kimberly A. Williams, DNSc, APRN-BC; and Katherine A. Bydalek, PhD, APRN-BC Journal of Psychosocial Nursing, Vol. 45, No. 12 2007 Dec
- Akus G; Sar V; Kugu N; Dogan O. Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. Eur.Psychiatry; 20(3):268-73, 2005 May.
- Andover MS; Peepper CM; Ryabchenko KA; OrrincoEG; Gibb BE. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder.. Suicide.Life.Threat.Behav,35 (5):581-91, 2005 Oct.
- Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? Barbara Stanley; Marc J Gameroff; Venezia Michalsen; J John Mann The American Journal of Psychiatry; Mar 2001; 158, 3; Research Library Core pg. 427

- Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? Barbara Stanley; Marc J Gameraoff; Venezia Michalsen; J John Mann *The American Journal of Psychiatry*; Mar 2001; 158, 3; Research Library Core pg. 427
- Bad body fever and deliberate self-injury Polly Nichols *Reclaiming Children and Youth*; Fall 2000; 9, 3; ProQuest Health and Medical Complete pg. 151
- Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Armando R. Favazza, M.D. segunda edición editorial Johns Hopkins pg.225-60 1996
- Borderline Personality Disorder and Deliberate Self-Harm: Does Experiential A...Alexander L Chapman; Matthew W Specht; Tony Cellucci *Suicide & Life-Threatening Behavior*; Aug 2005; 35, 4; Research Library Core
- Breve diccionario etimológico de la lengua española. Segunda edición, tercera reimpresión, ed. Fondo de cultura económica. México, 2003
- Controversies and challenges of ritual abuse Sharon Valente *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*; Nov 2000; 38, 11; ProQuest Health and Medical Complete
- 'Cutting Doesn't Make You Die': One Woman's Views on the Treatment of Her Self-Injurious Behaviour Wendy Harker-Longton and Rebecca Fish. *J Intellect Disabil.* 2002; 6; 137.
- De la gramatología, Jaques Derrida. Editorial siglo XXI. novena edición, Buenos Aires, Argentina. 2008
- Deliberate Self-Harm at an Adolescent Unit: A Qualitative Investigation Clinical Child Psychology and William Crouch and John Wright. *Psychiatry* 2004; 9; 185
- Derouin A; Bravender T. Living on the edge: the current phenomenon of self-mutilation in adolescents.. *MCN. Am J Matern. Child. Nurs*; 29(1):12-8; quiz 19-20, 2004 Jan-Feb.
- Doshi A; Bourdreaux ED; Wang N; Pelletier AJ; Camargo CA. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001.. *Ann. Emerg. Med*; 46(4):369-75 2005 Oct.
- Encyclopedia of Body Adornment disponible el 8 de febrero de 2010 a las 11:58 am <http://www.greenwood.com/catalog/GR3695.aspx>

- Esposito C; nSpirito A; Boergers J; Donaldson D. Affective, behavioral and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts..Suicide. Life. Threat. Behav; 33(4):389-99, 2003.
- Evren C; Evrev B. self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality..Drug. Alcohol. Depend; 80(1):15-22, 2005 oct1.
- Ferdinand RF; van der Ende J; Verhulst FC. Parent-teacher disagreement regarding psychopathology in children: a risk factor for adverse outcome. Acta.Psychiatr.Scand; 115(1):28-55, 2007 Jan.
- Further Reading: Bourdieu, Pierre. Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste. London: Routledge, 1984.
 - Guilt and shame: experiences of parents of self-harming adolescents. Glenda McDonald, Louise O'Brien and Debra Jackson Child Health Care 2007; 11; 298
 - Hicinbothem J; Gonsalves S; Lester D. Body modification and suicidal behavior.. Death.Stud; 30 (4): 351-63 May
 - Hilt LM; Cha CB; Nolen-Hoeksema S. Nonsuicidal Self-injury in young adolescentgirls: moderators of the distress-function relationship.. j.consult.clin.Psychol; 76(1):63-71, 2008 Feb.
- Historia universal de la escritura. Harold Haarmann. Primera edición, ed. Greda S.A. (1991) introducción.
- http://www.elcuerpo.es/articulo_item.php?numero=76
 - Inception Rates of Deliberate Self-Harm among Adolescents in West London. Dinesh Bhugra, Neil Thompson, Jayshree Singh and Elizabeth Fellow-Smith International Journal of Social Psychiatry 2003; 49; 247
- Jaques Derrida, Geoffrey Bennington, Jaques Derrida. Editorial Cátedra S.A., Madrid, 1994
 - Lane RC. Anorexia, masochism, Self-mutilation, and autoerotism: the spider mother.. Psychoanal. Rev; 89(1): 101-23, 202 Feb
 - Lane RC. Anorexia, machochism, self-mutilation, ando autoerotism: the spider mother.. Psychoanal. Rev.89(1):101-23, 2002 Feb

- Managing self-inflicted burn injuries Tania Baker; Catherine Tonkin; Fiona Wood Australian Nursing Journal; Mar 2007; 14, 8; ProQuest Health and Medical Complete pg. 28
- Matsumoto T; Yamaguchi A; Chiba Y; Asami T; Iseki E. Habitual self-mutilation in Japan.. Psychiatry. Clin. Neurosci;58 (2): 191-8, 2004 Apr.
- Matsumoto T; Yamaguchi A; Chiba Y; Asami T; Iseki E; Hirayasu Y. self-burning versus self-cutting: patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in Japanese juvenile detention center.. Psychiatry. Clin. Neurosci;59(1):62-9, 2005 Feb
- McDonald C. selfmutilation in adolescents.. J.Sch.Nurs;22(4):193-200. 2006 Aug
- Mena, Ismael; Correa, Rodrigo; Nader, Armando. Alteraciones neuro-funcionales en trastornos del ánimo que cursan con conductas auto-mutilatorias: estudio de perfusión regional cerebral a partir de la técnica de Neuro-SPECT Tc99-HMPAO. Rev.med.nucl.Alasbimn j;10 (38),oct 2007 ilus, tab.
- Messer JM; Fremoun WJ. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents.. clin Psychol Rev; 28(1):162-78 Jan.
- Murray CD; Macdonald S; Fox J. Body satisfaction, eating disorders and suicide ideation in an internet sample of self-harmers reporting and not reporting childhood sexual abuse. Psycho Health Med; 13(1): 29-42, 2008 Jan
- Nader,Armando; Morales, Ana María. Síndrome de automutilación en adolescentes: análisis comparativo de comorbilidad/ Self-mutilation síndrome in adolescents: comparative analysis of comorbidity. Rev.soc.psiquiater.neurol.infanc.adolesc; 19(2):21-28, dic. 2008. Tab.
- Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents:Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm Aviva Laye-Gindhu and Kimberly A. Schonert-Reichl Journal of Youth and Adolescence, Vol. 34, No. 5, October 2005, pp. 447–457 (2005)
- Olfson M; Gameroff MJ; Marcus SC; Greenberg T; Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm.. Arch.Gen.Psychiatry;62(10): 1122-8, 2005 Oct.
pg. 8

- Resch F; Parzer P; Brunner R+BELLA study group. Self-mutilation and suicidal behavior in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study.. *Eur.child.adolesc.psychiatry*;17 Suppl 1:92-8, 2008 dec.
 - Supporting young people who repeatedly self-harm Pamela Storey, Jane Hurry, Sharon Jowitt, David Owens and Allan House *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2005; 125; 71
 - The Demedicalization of Self-Injury From Psychopathology to Sociological Deviance Patricia A. Adler, Peter Adler *Journal of Contemporary Ethnography* Volume 36 Number 5 pg. 537-570. 2007oct
 - **Understanding self harm** Anonymous *Australian Nursing Journal*; Sep 2004; 12, 3; ProQuest Health and Medical Complete pg. 32
 - Ystgaard M; Hestetun I; Loeb M; Mehlum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior?. *Child. Abuse.Negi*;28](8): 863-75, 2004 Aug.
-
- (Self-harm. Keren Skegg www.thelancet.com Vol 366 October 22, 2005).
 - Dealing with self-mutilation Anonymous *Education Week*; Dec 3, 2003; 23, 14; Research Library Core pg. 15
 - Self-harm. Keren Skegg www.thelancet.com Vol 366 October 22, 2005
 - Disponible el 15 de febrero de 2010 en <http://www.flickr.com/photos/tags/selfmutilation/> a las 8:38 pm.
 - Disponible el 8 de febrero de 2010 a las 11:58 am <http://etimologias.dechile.net/?tai.no>
 - disponible el 8 de febrero de 2010 a las 11:58 am (Rory C O'Connor, Susan Rasmussen, Keith Hawton. Predicting deliberate self-harm in adolescents. Disponible en: <http://www.psychology.stir.ac.uk/staff/roconnor/documents/OConnorDSHFollowupstudyinpress.pdf>. Acceso diciembre 13 de 2009)

- Disponible el 8 de febrero de 2010 a las 12:37 pm [American Academy of Dermatology]
http://www.aad.org/public/Publications/pamphlets/cosmetic_tattoos.html]
- (disponible el 26 de enero de 2010 a las 3:21 pm en <http://www.cuerpoyarte.com/2008-07-17/2573/escarificacion-de-cocodrilo-un-ritual-mortal/>)
- A 20-year review of trends in deliberate self-harm in a British town, 1981–2000 Simon O’Loughlin · Joanna Sherwood Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2005) 40 : 446–453 January 2005