

---

# **AUTOLESIÓN**

**Qué es y cómo ayudar**

---

Dra. Dora Santos Bernard

# **AUTOLESIÓN**

**Qué es y cómo ayudar**



# **AUTOLESIÓN**

**Qué es y cómo ayudar**

---

Dra. Dora Santos Bernard

Este libro se realizó gracias al apoyo de los  
licenciarios de “Grupo Pierre Cardin-México”.

AUTOLESIÓN. Qué es y cómo ayudar

D. R. © Dora Santos Bernard

D. R. © Ficticia, S. de R. L. de C. V.

Sierra Fría 220

Col. Lomas de Chapultepec

Del. Miguel Hidalgo

C. P. 11000, México, D. F.

[www.ficticia.com](http://www.ficticia.com)

[ficticia@ficticia.com](mailto:ficticia@ficticia.com)

ISBN 978-607-7693-33-8

Ficticia Editorial es miembro fundador de la AEMI  
(Alianza de Editoriales Mexicanas Independientes)

Todos los derechos reservados.

Edición: marzo 2011

Edición digital: junio 2016

Conversión a libro electrónico: Nieve de Chamoy

[www.nievedechamoy.com](http://www.nievedechamoy.com)

Impreso y hecho en México



# INTRODUCCIÓN

---

## → ¿Qué es la conducta de autolesión?

Es cuando una persona se corta, se quema o se golpea para hacer frente a un dolor emocional que no ha podido manejar de otra forma. **No** tiene la intención de quitarse la vida.

## → ¿Por qué escribir un libro sobre la conducta de autolesión?

Porque se estima que el 10% de los adolescentes en México se autolesionan.

Porque en México, como en la mayoría de los países hispanohablantes, hay poca información sobre la conducta de autolesión.

## → ¿Para qué escribirlo?

Para que la persona que se autolesiona entienda el porqué lo hace, encuentre formas de controlarlo y pueda pedir ayuda.

Para que familiares y amigos de la persona que se autolesiona tengan una guía de cómo ayudar a su ser querido.

Para que el maestro de escuela tenga las herramientas necesarias para entender el porqué su alumno recurre a la autolesión, y una guía para ayudarlo a salir adelante.

Para que los profesionales de la salud mental y física entiendan mejor la conducta de la autolesión, y tengan parámetros para trabajar con pacientes que se autolesionan.

Para que los lectores en general estén conscientes de la existencia de la conducta de autolesión.

## → ¿Cómo está organizado el libro?

En dos partes:

- ✓ Primera parte: Cinco capítulos para entender la conducta
- ✓ Segunda parte: Cuatro capítulos con las herramientas necesarias para ayudar a vivir sin la autolesión.

**→ Cada capítulo tiene tres secciones:**

Sección de Contenidos. Basado en el acervo de información existente sobre el tema y en las investigaciones realizadas por la autora. Estas investigaciones tuvieron el objetivo de caracterizar la conducta en países hispanohablantes y profundizar en el estudio de la autolesión.

---

Sección En sus palabras. Una selección de testimonios recolectados por la autora en siete años de trabajo con más de 400 personas que se autolesionan y con 70 familiares y amigos preocupados por su ser querido. Estos testimonios sustentan o ejemplifican lo presentado en la sección de Contenidos.

---

---

Sección Ejercicios y discusión. Para consolidar y profundizar el material del capítulo se diseñaron ejercicios para el lector, seguidos de una discusión de posibles respuestas. Este trabajo está basado en la labor de capacitación que la autora realizó con más de 700 profesionales de la salud y 150 maestros de educación secundaria.

---

**Nota:** En este libro se usa de manera indistinta los pronombres “él” y “ella”.

---

PRIMERA PARTE

# QUÉ ES LA AUTOLESIÓN

---

**Capítulo 1. Definición de la conducta**

**Capítulo 2. Descripción de la conducta**

**Capítulo 3. Causas de la conducta**

**Capítulo 4. Autolesión y suicidio**

**Capítulo 5. Autolesión y abuso sexual**



# CAPÍTULO 1

## DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA

---

La autolesión es un acto deliberado que destruye o altera el tejido del cuerpo, dejando una marca que dure al menos una hora. Se define como una conducta repetitiva que intenta aliviar el dolor emocional y la tensión fisiológica provocada por emociones intolerables; no es un intento de suicidio.

Incluye la palabra “**auto**”, ya que uno mismo se lo hace. Se considera **repetitiva**, ya que se realiza con frecuencia y se piensa en ella aunque no se esté haciendo.

Las **emociones** se viven como **intolerables**, ya que la persona no ha podido expresarlas, ni manejarlas en un momento dado, de un manera apropiada. Pueden ser tristeza, ansiedad, soledad, enojo, miedo, frustración, apatía, etcétera.

La persona que se autolesiona considera que, el hacerse daño es una alternativa para manejar emociones o situaciones que le son intolerables.

La persona que se autolesiona **no tiene** la intención de quitarse la vida. Es un método de manejo del dolor emocional que le permite evitar emociones y seguir funcionando.

En los países hispanohablantes<sup>1</sup>, las formas más comunes de autolesionarse son<sup>a</sup>:

Cortarse	85%
Pegarse	32%
Quemarse	30%
Pincharse / rascarse	12%
Arrancarse el pelo	7%
Morderse	5%
Tallarse	3%

Estos resultados son similares a los resultados de estudios en países anglosajones.

La autolesión se puede considerar como un síntoma, lo cual indica que hay “algo” que lleva a la persona a recurrir a hacerse daño. Ese “algo” puede estar relacionado con una situación dolorosa vivida o con la falta de manejo de emociones.

## CLASIFICACIÓN DE CONDUCTAS DE AUTO-DAÑO

La conducta de auto-daño es la que realiza una persona en una situación de riesgo emocional o físico. Las razones por las que una persona realiza conductas de auto-daño son diversas. En términos generales se puede decir que la ayudan a evitar situaciones o emociones dolorosas. La autolesión se considera como conducta de auto-daño.

Las conductas de auto-daño se clasifican en:

### → Las relacionadas con la comida

- bulimia
- anorexia
- comedor compulsivo

### → Las relacionadas con conductas de riesgo

- actividades o deportes de alto riesgo
- actividad sexual no responsable (no usar condón)
- romper la ley (pasarse los altos, manejar a exceso de velocidad)

### → Las relacionadas con uso de sustancias nocivas

- abuso de alcohol
- adicción al alcohol
- fumar
- abuso de drogas
- adicción a las drogas

### → Las relacionadas con la ingesta

- auto-medicación
- sobredosis de medicamentos
- auto-envenenamiento
- inhalar sustancias
- tragar objetos

## → Las relacionadas con la autolesión

- cortarse
- quemarse
- golpearse

Tres componentes que se identifican en los actos de auto-daño<sup>2</sup> son:

### → Dirección - Directo o indirecto

Se refiere a la intención de la conducta. Se considera un acto **directo** el que su intención se logra en un lapso de tiempo corto, y se está consciente de los efectos dañinos que tiene y, propositivamente, se busca lograrlos. De no ser así, se considera un acto **indirecto**.

### → Letalidad

Un acto de **alta** letalidad es cuando la intención es acercarse a la muerte o lograrla, ya sea de inmediato o en un futuro próximo. Si no se quiere o no se piensa en la posibilidad de morir, el acto se considera de **baja / mediana** letalidad.

### → Repetitividad

Se refiere a si el acto se hace una vez (**no** repetitivo) o se repite varias veces por un período de tiempo (**sí** repetitivo).

En la siguiente tabla (Tabla I) se citan diversas conductas, identificando qué componente presentan. Por ejemplo, tomar dosis pequeñas de arsénico por un lapso de tiempo es una conducta directa, de alta letalidad y se efectúa de manera repetitiva.

Tabla I. Conductas según los componentes de dirección, repetitividad y letalidad.

Repetitivo	Conducta directa		Conducta indirecta	
	Alta letalidad	Baja / mediana letalidad	Alta letalidad	Baja / mediana letalidad
Sí	Tomar dosis pequeñas de arsénico por un lapso de tiempo	<b>Autolesión:</b> cortarse, quemarse, pegarse, etcétera	Diabético tipo 1 que no se inyecta su insulina	Tabaquismo, alcoholismo

---

No	Disparo en la cabeza	Auto-mutilación de las partes del cuerpo	Pacientes terminales con cáncer que no aceptan la quimioterapia	Deportes extremos
----	----------------------	--	---	-------------------

---

La autolesión se considera:

- Conducta directa, cuando la persona tiene la intención de hacerse daño y lo hace en el momento en que lo necesita. Está consciente y busca producir un daño en el tejido del cuerpo.
- De baja letalidad, cuando la intención de la persona no es poner un alto definitivo a su vida. Su intención es, lejos de morir, vivir sin el dolor emocional que la acosa.
- Repetitiva, cuando cada vez que siente que no puede sobrellevar su dolor emocional se autolesiona. Y lo sigue haciendo, ya que a corto plazo le ha funcionado para hacer un alto a sentimientos negativos e inmanejables que lo invaden.

## CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE AUTOLESIÓN

Para clasificar la conducta de autolesión se puede considerar el estado mental y emocional que lleva a la persona hacerse daño, así como el nivel de daño en el tejido del cuerpo. Bajo esta perspectiva, la autolesión se clasifica en tres tipos: típica, psicótica y orgánica<sup>3</sup>.

- a. **Autolesión típica** o autolesión moderada / superficial. Este libro trata sobre este tipo de autolesión. A menos que se especifique de otra forma, cada vez que se hable de autolesión será en referencia a la autolesión típica.

La autolesión típica se puede presentar en la población en general, y su contenido es cuando la persona, deliberadamente, se hace daño a su cuerpo sin ayuda de otro. Se puede llevar a cabo de manera compulsiva, episódica o repetitiva.

La herida es lo suficientemente severa para causar daño a los tejidos del cuerpo y dar como resultado cicatrices o marcas. Pero en la mayoría de los casos, es lo suficientemente superficial para no requerir atención médica.

El estado emocional en el que se presenta la autolesión típica está permeado por la soledad, la angustia, el miedo, la tristeza, el enojo y la impotencia. La autolesión es una alternativa para evadir o enmascarar ese estado emocional.

- b. **Autolesión psicótica**, atípica o mayor. El término psicótico se refiere a una perturbación grave en el sentido de realidad de una persona. Debido a la pérdida de contacto con la realidad, las autolesiones que ocurren durante un estado psicótico tienen el potencial de ser extremas. Ejemplos de autolesiones psicóticas son la amputación de las partes del cuerpo, como serían los ojos o la castración.

El tratamiento de la autolesión en personas que experimentan estados psicóticos se concentra, generalmente, en la reducción o eliminación de la psicosis. Es importante recalcar que la autolesión no sirve a un mismo objetivo en las personas que experimentan estados psicóticos que en las que no. Este libro no trata sobre la autolesión atípica. Para determinar si una persona presenta este tipo de autolesión, se requiere acudir a un especialista.

- c. **Autolesión orgánica** o estereotípica. La autolesión orgánica es un comportamiento relativamente común en individuos con retraso mental y en distintos síndromes de

índole genético, como el autismo. Los individuos con estos desórdenes tienden a lesionarse de maneras particulares, Por ejemplo, se golpean la cabeza, se dan bofetadas y se muerden los labios. En este grupo, la autolesión responde a dos funciones primarias: auto-estimulación y obtener un refuerzo positivo o negativo. Este libro no trata sobre la autolesión orgánica. Para determinar si una persona presenta este tipo de autolesión, se requiere acudir a un especialista.

## CUÁNTOS Y QUIÉNES SE AUTOLESIONAN

Es difícil tener datos certeros de cuántas personas se autolesionan de manera típica, debido a los siguientes puntos:

- a. Es común que los que lo hacen lo mantengan en secreto por un tiempo, a veces muy prolongado.
- b. La definición de autolesión que utilizan los diferentes investigadores varía.
- c. Los instrumentos de medición (encuestas o entrevistas) son diferentes de una investigación a otra.

Los estudios anglosajones han brindado algunas estadísticas. Al realizar entrevistas a 500 estudiantes universitarios, se constató que el 12% se habían autolesionado por lo menos una vez<sup>4</sup>. En una muestra de 440 estudiantes de bachillerato se encontró que el 14 % se autolesionó al menos una vez<sup>5</sup>. Dos estudios muestran que los adolescentes están más en riesgo de autolesionarse: en uno de ellos se reportó que el 18% de los adolescentes y al menos el 4 % de los adultos se autolesionan<sup>6</sup>; y en el otro señala que el 15% de los adolescentes lo hacen<sup>7</sup>.

En México se reportó que en el estado de Guanajuato, en una muestra de 2,530 adolescentes, el 3.1 % de los varones, y el 10.7 % de las mujeres, se habían autolesionado al menos una vez<sup>8</sup>. En el Distrito Federal se realizó un estudio con 10,578 adolescentes que indicó que el 17.4 % de hombres, y el 15 % de las mujeres, presentaron autolesión<sup>9</sup>. Otro estudio en la misma entidad<sup>10</sup>, con una muestra de mil adolescentes, arrojó que al menos el 10% se autolesionaron de manera repetitiva durante al menos un año, presentándose en todos los niveles socio-económicos.

La diferencia entre hombres y mujeres es difícil de determinar, por dos razones:

1. Más mujeres piden ayuda emocional que hombres, por lo que estadísticamente es difícil tener una muestra homogénea.
2. La forma de autolesionarse entre hombres y mujeres es diferente. La mujer, en general, se corta (conducta no aceptada socialmente), mientras que el hombre se golpea a sí mismo, conducta socialmente aceptada, más aún proviniendo de un varón.

Hay estudios que reportan que más mujeres se autolesionan; otros señalan lo contrario.

Estudios recientes reportan que hay la misma proporción de hombres y mujeres<sup>11, 12, 13</sup>.

---

# EN SUS PALABRAS

---

## Definiciones de autolesión que dan jóvenes que se autolesionan

- ✓ La autolesión es la medicina para mis temores (mujer, 16 años).
- ✓ Yo diría que es una especie de antidepresivo que actúa de inmediato (hombre, 17 años).
- ✓ Es como una pasaporte para no suicidarse (mujer, 16 años).
- ✓ Es una acción para evitar sentir lo negativo (hombre, 16 años).
- ✓ Cortarse o quemarse para salir adelante (mujer, 14 años).
- ✓ Es como una droga que te aleja de malos pensamientos y sensaciones (hombres, 22 años).

Entre profesionales, como entre el público en general, **la autolesión se conoce por diferentes nombres**. Jóvenes que se autolesionan nos dan su opinión al respecto:

### Auto-mutilación

- No me parece, yo no me mutilo nada. Tengo el cuerpo enterito (hombre, 19 años).
- Suena horrible y enfermo. Si de por si la gente se espanta... con esa palabra... ¡peor! (mujer, 13 años).
- Eso yo no lo hago, eso sería como Van Gogh que se cortó la oreja. Yo... me corto... pero ¡sin mocharme nada! (hombre, 21 años).
- No me suena que sea lo que yo hago, porque yo necesito un poco para “sanarme”, no tanto como para quedarme sin una parte de mi cuerpo (mujer, 16 años).
- Los que le dieron ese nombre no tienen idea de lo que es la autolesión. Han de trabajar en hospitales psiquiátricos (mujer, 19 años).
- Eso suena a amputar. No creo que explique bien lo que hacemos. Más bien confunde (mujer, 15 años).

### Auto-flagelación

- Suena religioso (hombre, 19 años).
- ¿Qué es eso? (mujer, 13 años).

- Para mí esa palabra suena a que lo que hago es para castigarme. Sé que lo que hago no es normal, pero es para ayudarme a seguir adelante (mujer, 14 años).
- Ni que estuviera haciendo penitencia (hombre 17 años).

### **Conducta para-suicida**

- No conozco la palabra, pero me queda claro que lo que no quiero hacer es suicidarme (mujer, 22 años).
- No sé qué es eso... suena a algo que tiene que ver con suicidio... no me late que yo me quiera suicidar (hombre, 14 años).
- El día que yo me quiera suicidar, seguro no lo haría autolesionándome, porque yo me quemó y nunca he necesitado ni una bandita, ¡imagínate para suicidarme! (mujer, 15 años).

### **Violencia auto-infligida**

- Me suena... pero suena a palabra dominguera (mujer, 24 años).
- No me gusta lo de “violencia”, porque yo en el momento no lo hago con agresión, lo hago con... con... cuidado para luego sentirme mejor (mujer, 16 años).
- Se oye muy elegante, me gusta, así no parece que hago algo loco (hombre, 15 años).
- ¡Violencia! Ahora sí nos van a tomar a locos. No me gusta. Si vieran la tristeza con la que lo hago, parece todo menos violencia (mujer, 14 años).

### **Cutters**

- ¿En inglés? Ni en eso podemos usar nuestro idioma, estamos perdidos (hombre, 26 años).
- Eso es exactamente lo que soy... bueno... lo que hago (mujer, 13 años).
- ¡Qué manera de excluirnos a los que nos quemamos! (mujer, 21 años).
- Mientras sea en inglés, porque en español sonaría rarísimo: “cortadores” (hombre, 16 años).
- Nunca había oído esa palabra, no sé qué es... ¡Ah! Está en inglés... pues no sé inglés (mujer, 17 años)

### **Autolesión**

- Me gusta más que las otras (mujer, 14 años).
- Es la que uso (hombre, 18 años).
- Autolesión es como yo la conozco, y oyendo las otras, de plano es la mejor. No lleva prejuicios (mujer, 19 años).
- Está bien, igual nos tiran de locos (hombre, 20 años).

---

# EJERCICIO

---

## Autolesión y conductas de auto-daño

Escribe para cada una de las seis conductas, dos razones por las cuales una persona las realiza.

<b>Conducta</b>	<b>Lo hace por: (razón 1)</b>	<b>Lo hace por: (razón 2)</b>
Apostar de manera regular	Escribe aquí...	Escribe aquí...
Beber alcohol a solas, por preocupación o por tristeza	Escribe aquí...	Escribe aquí...
Purgarse o vomitar	Escribe aquí...	Escribe aquí...
Fumar	Escribe aquí...	Escribe aquí...
Hacerse cortadas en los brazos	Escribe aquí...	Escribe aquí...
Trabajar en exceso	Escribe aquí...	Escribe aquí...

¿Qué tienen en común estas conductas?

---

# DISCUSIÓN

## Autolesión y conductas de auto-daño

---

Cuando una persona se siente sola, triste, ansiosa, frustrada, enojada, sintiendo un vacío existencial, o anestesiada emocionalmente busca una forma de expresar y manejar estos sentimientos.

Hay formas “positivas” de manejar las emociones que nos hacen sentir mal, como son: hablarlo, escribir sobre ello, meditar, reflexionar, llorar, u oír música, entre otras.

Sin embargo, hay veces que estas formas de manejar los sentimientos no funcionan y, poco a poco, se termina en medio de una tormenta emocional. Para evitar sentir esta tormenta se recurre a diferentes conductas, entre las cuales están:

- ▲ Apostar de manera regular
- ▲ Beber alcohol o uso de sustancias nocivas
- ▲ Purgarse o vomitar
- ▲ Fumar
- ▲ Hacerse cortadas o quemadas en los brazos / golpearse
- ▲ Trabajar en exceso / ejercitar en exceso

Lo que tienen en común estas conductas es que ayudan a **evitar sentimientos**, produciendo en ocasiones sensaciones placenteras que enmascaran la realidad.

Algunas son socialmente más aceptadas: apostar y trabajar en exceso.

Otras se consideran más “enfermas”: hacerse cortadas y vomitar.

Hay conductas que pueden llevar a poner en riesgo la vida a corto plazo: beber alcohol (riesgos de accidente), mientras otras pone en riesgo la vida a largo plazo: fumar (enfisema).

La autolesión es una conducta que tiene en común con las citadas anteriormente que busca evitar sentir soledad, tristeza, ansiedad, miedo, frustración o enojo.

La autolesión (u otra conducta de auto-daño) **es un síntoma de un problema emocional** que no se ha expresado o detectado. Es por esto que estas conductas auto-destructivas no solucionan el problema emocional que tiene la persona; la conducta le

funciona a corto plazo para evadir o enmascarar el dolor emocional.



# CAPÍTULO 2

## DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

---

La autolesión es una forma de hacer frente a emociones que no se saben identificar, ni expresar, ni controlar. La autolesión enmascara el dolor o la tensión emocional, permitiendo a la persona funcionar y relacionarse con los demás.

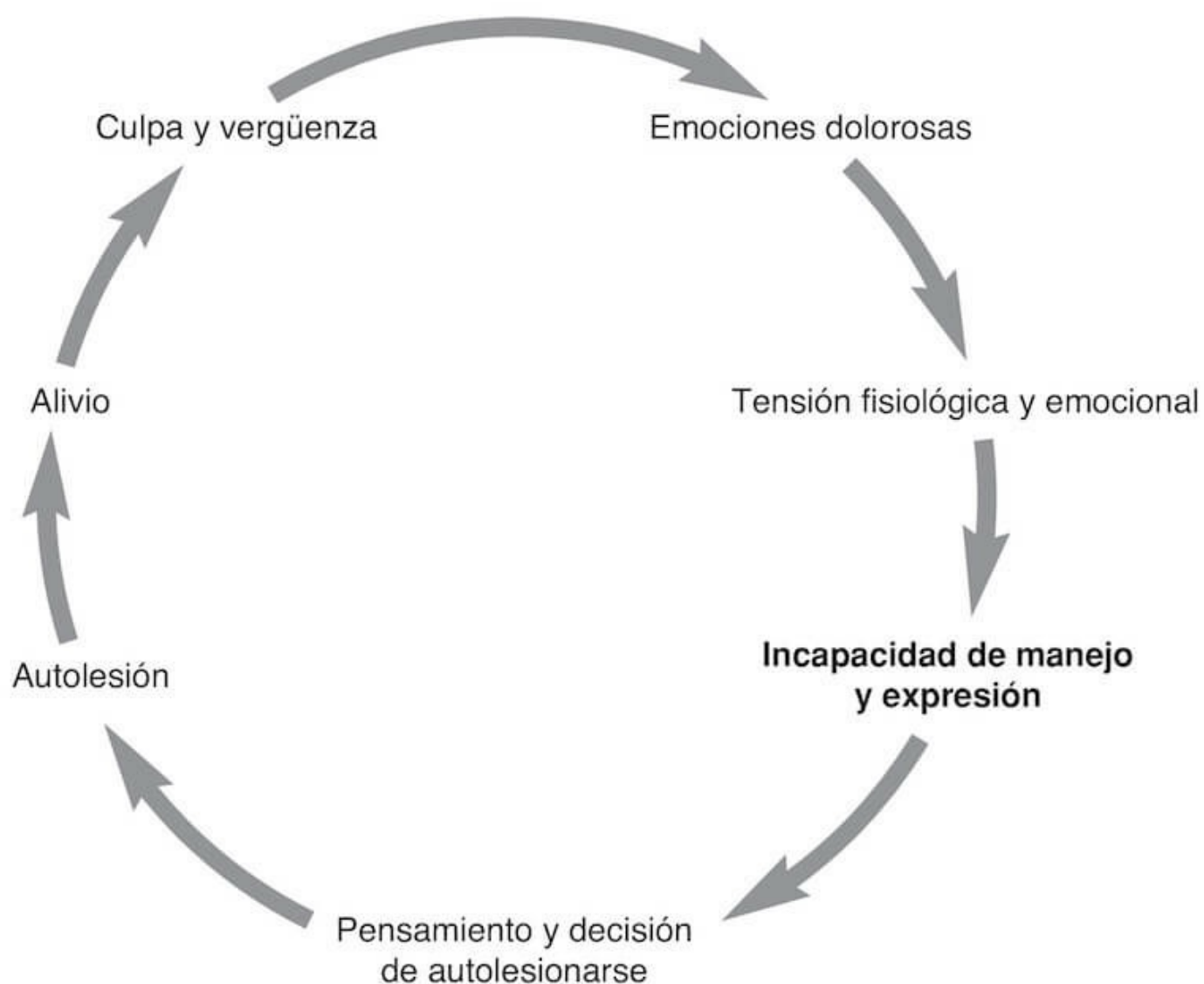
La conducta de la autolesión es compleja: son variadas las causas que conducen eventualmente a la persona a autolesionarse. Hay más de una circunstancia que provoca esta conducta. La autolesión cumple múltiples funciones y, finalmente, produce resultados diversos.

En este capítulo describiremos a la conducta de autolesión como un ciclo y el apego que la persona genera hacia la autolesión. Cabe indicar que todavía no existe una teoría única sobre la conducta de autolesión.

## EL CICLO DE LA AUTOLESIÓN

El ciclo de la autolesión que aquí se estudia corresponde a lo descrito por cien personas que se autolesionan<sup>14</sup>. Las fases descritas fueron etiquetadas por la autora. La persona que se autolesiona no tiene necesariamente la claridad del ciclo hasta que se le ayuda a concientizar cada paso, y es posible que no pase por todos.

Comenzaremos con el momento en que la persona se enfrenta a una situación que le provoca una emoción dolorosa o insoportable.



### Emociones dolorosas o insoportables

Todos vivimos emociones dolorosas que preferiríamos no sentir. Estas emociones surgen en circunstancias o recuerdos que pueden generar sentimientos intensos como miedo, estrés, vergüenza, rabia, desamparo y la sensación de no tener control sobre lo que nos rodea. Esto puede resultar en estados de ánimo intolerables.



## Comienza la tensión y el sufrimiento

Las emociones dolorosas tienen un efecto sobre los pensamientos, sobre las sensaciones y en el cuerpo. Esto empieza a provocar un grado de tensión fisiológica y sufrimiento mental.



## Incapacidad de manejar y expresar el dolor emocional

Este es el momento crucial. En general, aprendemos a manejar y expresar lo que nos acongoja, preocupa, tensiona de una forma positiva. La persona que se autolesiona no sabe cómo expresar y transmitir lo que está sintiendo o, bien, lo hace de una manera impulsiva y destructiva.



## Aumenta la tensión y el sufrimiento

Una de las consecuencias de no comunicar el dolor emocional es que aumenta todavía más la tensión y el sufrimiento.



## Aumenta el dolor emocional

Como consecuencia del aumento de tensión y sufrimiento, aumenta el dolor emocional; eso aumenta la tensión y el sufrimiento que conllevan a aumentar más el dolor emocional.



## Necesidad de parar “la tormenta emocional”

La persona en estos momentos vive su dolor como una tormenta que lo arrastra, provocando angustia, miedo y soledad incontenibles. Surge así la necesidad de poner fin a la tormenta para tener la “calma” de enfrentar a la realidad.



## Pensamientos de autolesión

Autolesionarse es una forma de poner un alto inmediato a ese tumulto de emociones que no lo dejan “respirar”. Dado que es una conducta que le ha servido en el pasado para este fin, y que en ese momento no existen las condiciones para parar la tormenta de otra forma, decide que ese acto le ayudará a salir adelante: “más vale malo por conocido que bueno por conocer”.



## Se “desconecta” unos instantes

Dado que evitar el dolor es un instante básico, la persona que necesita autolesionarse requiere, de manera inconsciente, desconectarse unos segundos para poder hacerse daño.



## Se autolesiona

Llega el momento de autolesionarse y, de manera consciente, decide cómo y dónde se va a cortar, quemar o golpear. Las heridas se hacen en lugares que sean fáciles de esconder, y la intensidad o profundidad de las mismas son controladas para poder cuidarlas en casa y evitar el riesgo de tener que acudir al hospital o a un miembro de la familia.



## Relajamiento físico y emocional

Comúnmente, después de producir la herida, la persona se siente liberada tanto de la tensión física como del dolor emocional.



## Bienestar y reintegración

Se acaba la tormenta emocional y viene una etapa de tranquilidad. Gracias a ello, la persona puede retomar y guardar la compostura. La sensación de que ya está en control de su estado mental le permite seguir con su quehacer cotidiano sin que nadie se dé cuenta de lo que acaba de pasar.



## Auto-cuidado

Cuidar de la herida es parte importante de la conducta. El auto-cuidado, tanto inmediatamente después como a mediano y largo plazo, tiene dos funciones principales:

La primera función es el control de las consecuencias de su acto: hacer que deje de sangrar, que no se infecte, que la ampolla no se rompa, que el golpe no produzca un gran moretón. Gracias a este cuidado la persona no requiere atención médica y, por ende, no necesita decir que se autolesiona.

La segunda función es la de brindarse ella misma cuidado y protección. En la vida cotidiana, la persona que se autolesiona encuentra difícil darse cariño a sí misma, así como pedirlo y recibirlo. El cuidar la herida le da la oportunidad y el “permiso” de tratarse bien.



## El secreto

En un principio, mantener en secreto de la autolesión es un factor importante de la conducta. Es indispensable que nadie vea las heridas y cicatrices. La persona siente que tiene que cuidar algo privado, especial y único, ya que

las cicatrices secretas simbolizan que lograron enfrentar la tormenta emocional. Esta precaución hace que esté en el momento presente, sin tener que contactar lo que la llevo a autolesionarse.



## Culpa y vergüenza

El secreto también es consecuencia de la culpa y la vergüenza que genera la conducta. El tener que recurrir a violentar su cuerpo obliga a la persona a enfrentar su vulnerabilidad y su incapacidad para hacer frente a situaciones difíciles y dolorosas.



## Miedo a que lo dejen de querer. Se siente malo

Los sentimientos de culpa y vergüenza se traducen en la convicción de que no merece ser querida ni respetada. La invade un miedo a que la rechacen debido a su conducta y que se empiece a “notar” que hay algo malo dentro de ella.



## Debilitamiento emocional

La necesidad de autolesionarse, aun cuando preferiría no tener que hacerlo, hace que se sienta debilitada para enfrentar los problemas cotidianos sin el alivio temporal de la autolesión.



## Emociones dolorosas

Una situación o recuerdo le provoca nuevamente una emoción dolorosa y se reinicia el ciclo de autolesión.

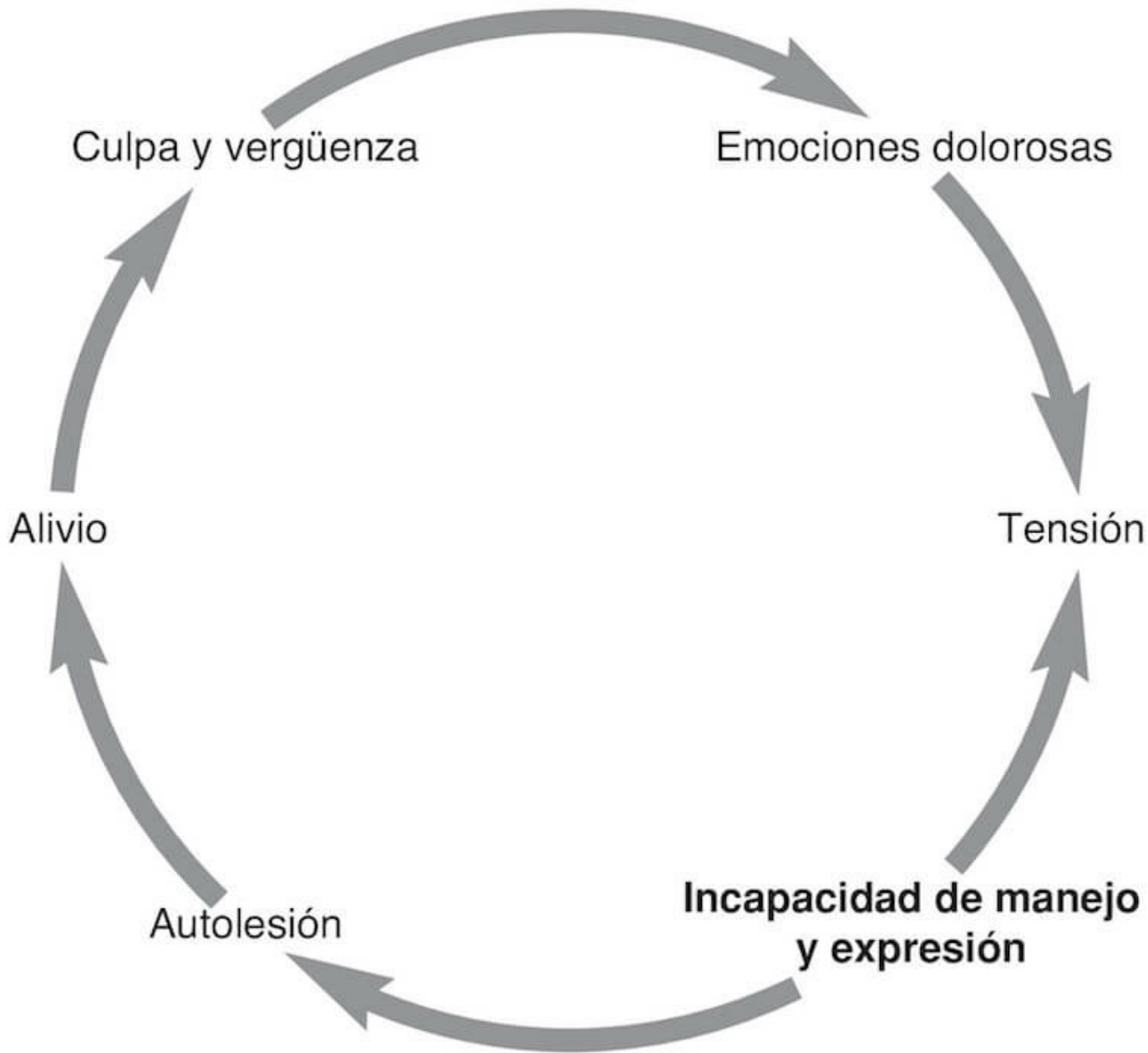


En este ciclo la autolesión cumple funciones que no deben ser subestimadas:

- Produce un alivio temporal y sirve como un medio de distracción o escape al dolor emocional agobiante.
- Es un idioma sin palabras, un lenguaje silencioso para dar voz al dolor.
- Es un relajante que produce de inmediato una sensación de calma y bienestar.
- Sirve como método para sentir que tienen control de sí mismos en el momento, pero, a mediano-largo plazo, perpetúa el desamparo y el malestar.

## ¿Dónde romper el ciclo?

Para saber cuál es el punto en que se podría romper el ciclo, primero hay que determinar qué parte del mismo es inevitable. La parte inevitable es el surgimiento de emociones dolorosas causadas por situaciones o recuerdos, que causan tensión y sufrimiento.



Una vez detectada la situación o el recuerdo que provoca el sufrimiento, hay que enseñar y ayudar a la persona a **comunicar y manejar las emociones dolorosas**. Así se puede romper el ciclo. Si la persona logra identificar, expresar y controlar lo que está sintiendo, empieza a bajar la tensión y el sufrimiento. Si la persona no lo logra, será mucho más difícil tratar de romper el ciclo más adelante, ya que se vuelve una cascada

de emociones y sentimientos que van en aumento. Y cuando esto sucede, para detener el torbellino emocional se recurre a un acto dañino: autolesión, alcohol, drogas y violencia.

## CONCEPCIÓN DE LA CONDUCTA

Cada persona tiene una percepción de sí misma y de la manera en la que interactúa tanto consigo misma y con los demás. Estas percepciones son uno de los elementos que ejercen influencia, consciente o inconsciente, en cómo la persona enfrenta y resuelve las dificultades diarias.

En una encuesta a 229 mujeres que se autolesionaban<sup>15</sup>, muchas compartieron percepciones similares de sí mismas que las llevaron a concebir la autolesión de igual forma.

Con respecto a su vivencia infantil:

- 54 % de ellas reportaron haber tenido una infancia infeliz.
- 62% reportaron haber sufrido abuso infantil.

Con respecto al manejo de su dolor emocional:

- 82% dicen querer ponerle un alto al dolor emocional.
- 35 % dicen no saber cómo pedir ayuda.
- 58 % se autolesionan para sentirse menos deprimidas de lo que están.
- 72% se autolesionan para controlar pensamientos desbocados.
- 47% se autolesionan para sentir menos soledad.
- 50% dicen haberse autolesionado más de 50 veces en su vida.
- 75% tienen múltiples métodos de autolesionarse.

## APEGO A LA CONDUCTA

La autolesión como forma de apaciguar el dolor emocional se vuelve un hábito, haciendo que la persona se sienta amenazada y “perdida” si sabe que no puede recurrir a ella cuando la necesita.

Una razón por la que una persona decide autolesionarse para hacer frente a una situación que le causa desconsuelo es que, en el pasado, le ha funcionado para sobrepasar el dolor, para darse un poco de cuidado y para seguir adelante.

El cortarse, quemarse o golpearse tiene un efecto instantáneo en el sentido de que detiene inmediatamente los pensamientos negativos y libera la tensión emocional. Puede ser difícil concebir que el violentar el cuerpo tenga este efecto. Para tratar de comprenderlo, uno puede imaginar lo que se siente cuando en una discusión llena de enojo, dolor o frustración, uno pega con el puño contra la mesa. En el instante se libera la tensión, se hace una pausa y se da el espacio para reflexionar en lo que está pasando.

Después del acto, la persona que se autolesiona, ya más tranquila, cuida de su herida y, por ende, de sí misma. Esta acción de auto-cuidado y cariño surge a raíz de la autolesión, dado que la persona se encuentra imposibilitada para cuidarse sin tener que recurrir a hacerse daño.

Ante una situación que provoca dolor emocional existe la tendencia de actuar, considerando únicamente el resultado a corto plazo: tranquilidad y auto-cuidado. A largo plazo no soluciona el dolor.

Mientras no se tenga control sobre la autolesión y se solucione el problema de raíz, la persona sigue dependiendo de la autolesión para enfrentar su situación emocional.

En una investigación con 170 personas que se autolesionaban<sup>16</sup>, se pudo constatar la relación al apego / dependencia a la conducta, encontrando lo siguiente:

Las personas que llevaban menos de un año haciéndolo (el 16%), tenían menos apego a dicha conducta. Gracias a esto, sus posibilidades de tener conciencia de las raíces del problema eran mayores, y no sentían amenazante la idea de dejar de hacerlo. Este grupo de jóvenes reportaron autolesionarse en promedio una vez a la semana. En la mayoría de los casos, nadie sabía que se estaban autolesionando hasta que formaron parte de la investigación.

Entre los jóvenes que llevaban entre dos y cinco años autolesionándose (39%), en la mayoría de los casos, gracias a la investigación, pudieron por primera vez decir que se hacían daño. El haberlo abierto en un ambiente de confidencialidad y comprensión les

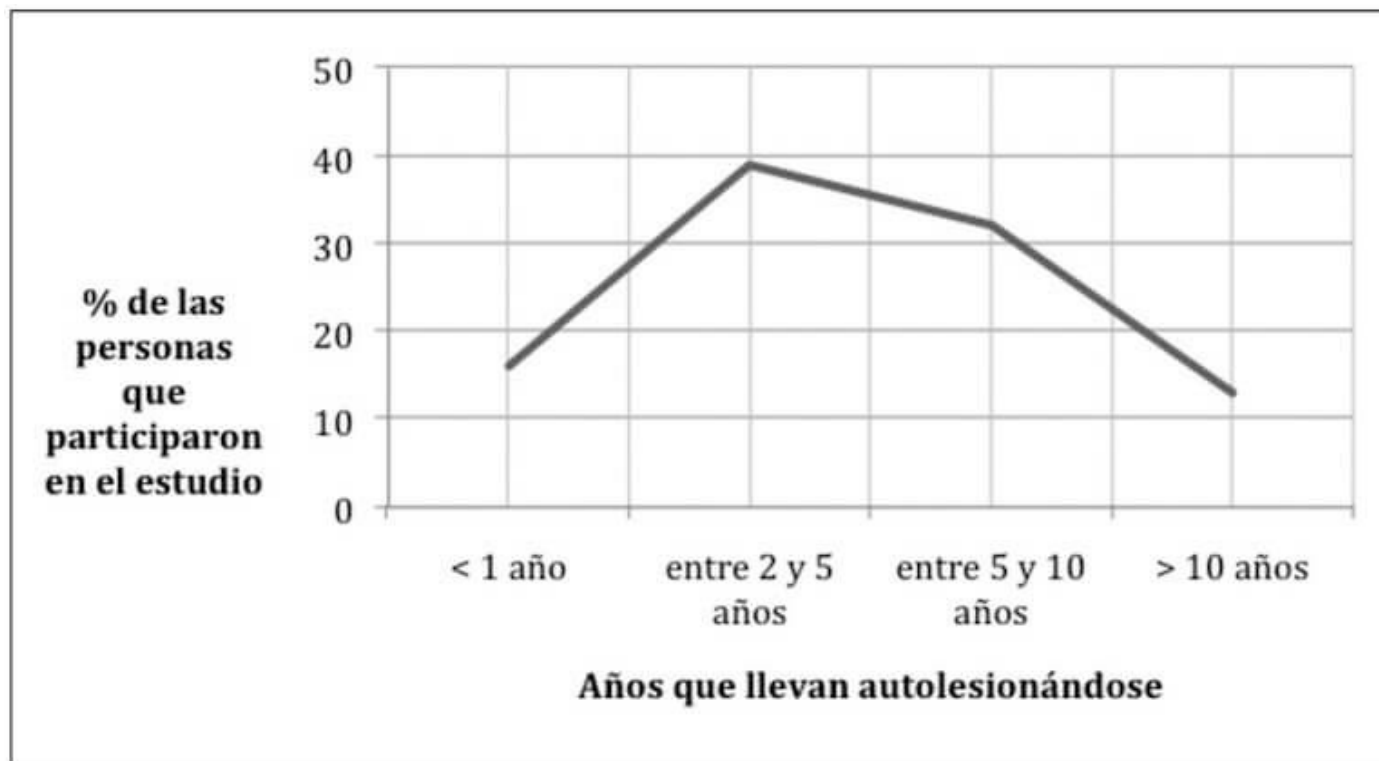
ayudó, en promedio un par de semanas, a tener control sobre la conducta. Eso permitió que consideraran la posibilidad de buscar ayuda para identificar la raíz del problema. La idea de un futuro sin autolesionarse fue un concepto que, con tiempo y paciencia, fue adquiriendo realidad. Este grupo de jóvenes reportó autolesionarse entre tres y cinco veces a la semana.

En el caso de las personas que llevaban entre cinco y diez años autolesionándose (32%), el apego a la conducta era mucho mayor. El pensar en vivir, incluso en el futuro lejano, sin autolesionarse, era muy amenazante. Aunque podían entender que el problema no era en sí la conducta sino lo que subyace, necesitaron mucho apoyo para contemplar la idea de hablar del problema de fondo.

La mayoría ya le había dicho por lo menos a una persona que se autolesionaba, y había recibido una respuesta de desaprobación y recriminación. Este grupo se autolesionaba en promedio de una a dos veces por semana.

El último grupo llevaba más de diez años autolesionándose (13%). La autolesión formaba parte de la definición de sí mismos. No tenían duda de que seguirían haciéndolo mientras fuera necesario. En promedio se autolesionaban dos veces al mes.

De los participantes del estudio, la mayoría llevaba entre dos y cinco años autolesionándose (gráfica 2.1), siguiendo el grupo que llevaba entre cinco y diez.

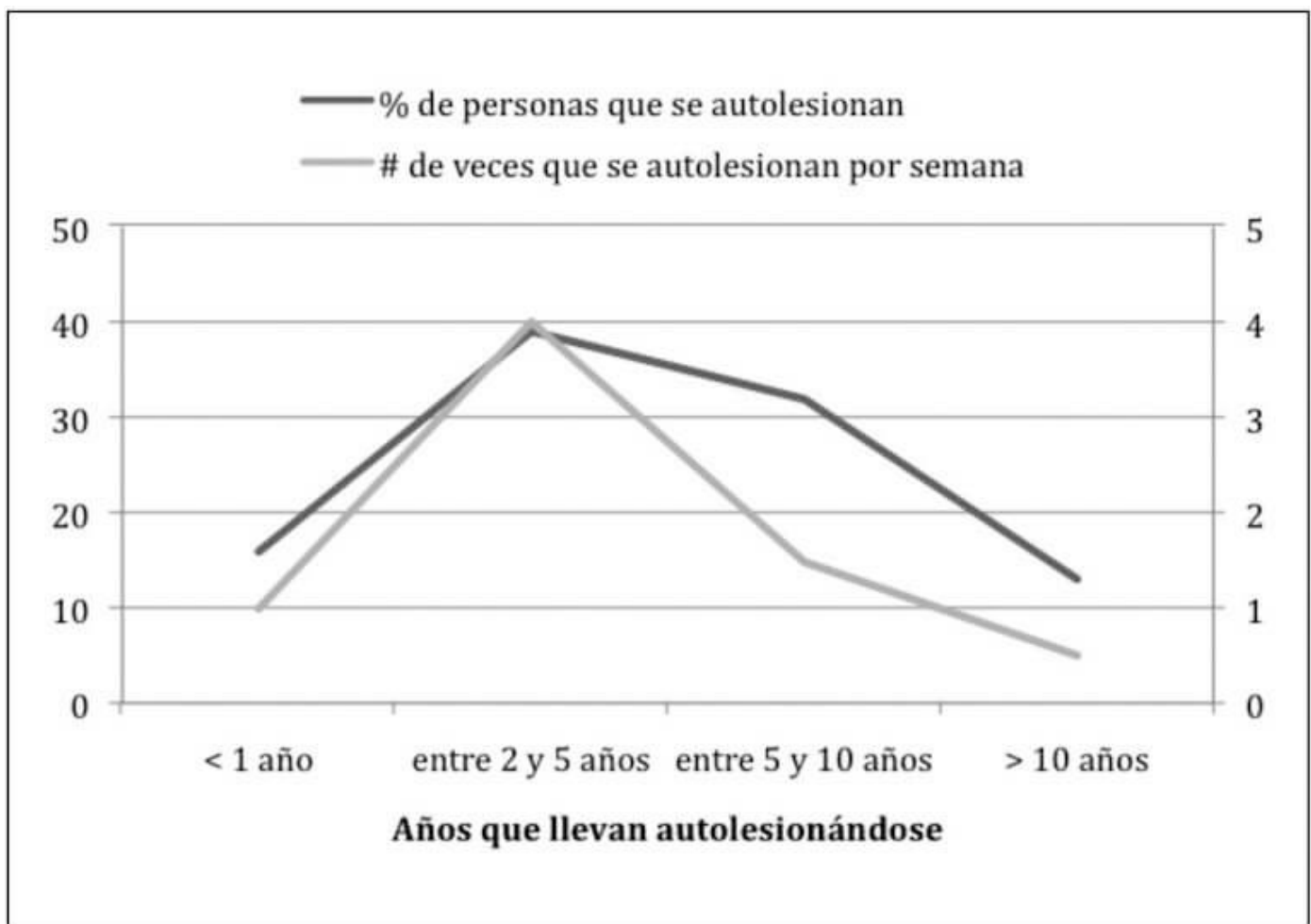


Gráfica 2.1. Porcentaje de personas que se autolesionan según el tiempo que llevan

haciéndolo. N = 170.

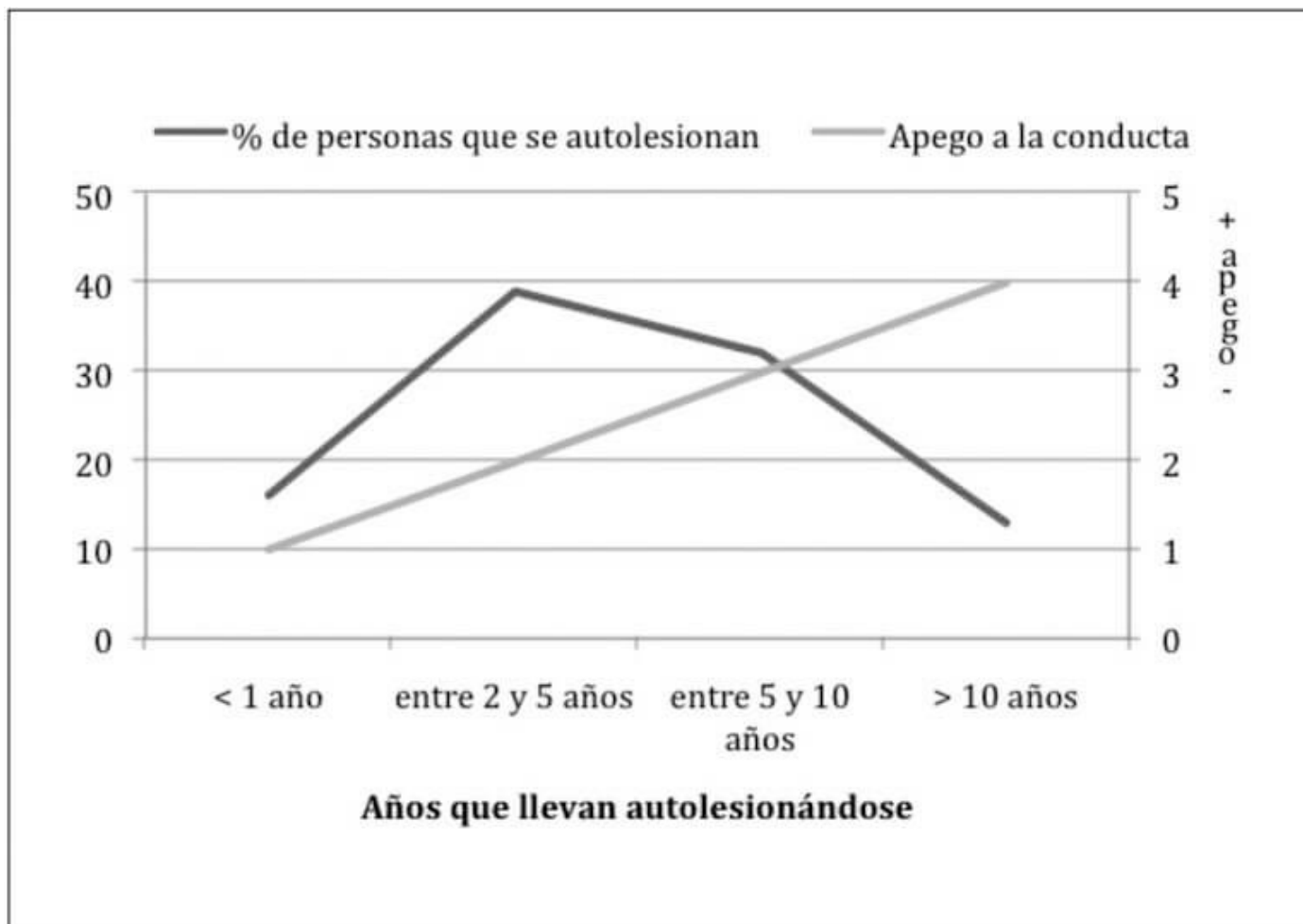
De los resultados de la investigación descrita, se puede constatar que el tiempo que lleva una persona autolesionándose tiene correlación con cómo la lleva a cabo:

1. Hay una relación entre el número de veces que se autolesiona la persona a la semana y el tiempo que lleva haciéndolo. En la gráfica 2.2 se puede apreciar que durante el primer año la persona se autolesiona menos veces por semana; la mayoría de las personas que llevan entre dos y cinco años con la conducta, lo hacen más frecuentemente. Mientras más pasan los años, hay menos personas que se siguen autolesionando y lo hacen con menos frecuencia.



Gráfica 2.2. Relación entre el tiempo que llevan autolesionándose y la frecuencia. N = 170.

2. El apego que tiene la persona a la autolesión está relacionada con el tiempo que llevan con la conducta. En la gráfica 2.3 se puede observar que mientras más años se mantiene la conducta, el apego es mayor.



Gráfica 2.3. Relación apego-duración-frecuencia. N = 170.

Las 170 personas se infligieron heridas de un grado tal que podían atenderlas ellas mismas en casa, con mínimo riesgo de alguna complicación. En muy pocas ocasiones, alguna tuvo que acudir al hospital porque “se les pasó la mano”.

Todas aseguraron que preferirían no tener que autolesionarse, pero que por el momento era su forma más efectiva de calmar el dolor emocional y / o manejarlo.

---

## EN SUS PALABRAS

---

### ¿Por qué me autolesiono?

Las razones por las que una persona dice que se autolesiona son diversas. A continuación se presentan dos testimonios, donde se subraya el porqué la persona recurre a esta conducta.

#### → Mujer (15 años)

Cuando me lesiono es porque siento enojo contra mí misma, soledad, confusión. No sé cómo sacar ese sentimiento: a través de qué y con quién. **La tristeza es como lo principal**, y la soledad, y finalmente cuando me aílo, es cuando se pone algo peligrosa la situación porque quiere decir que se está guardando todo eso que siento.

Todo esto es como cuando necesitas llorar, ese es el sentimiento justo antes que se te acumula algo, y necesitas sacarlo de alguna manera. Y entonces siento que, al estar medio bloqueada y no poder llorar, pienso en autolesionarme.

Antes de hacerlo es como esta necesidad de tener que sacar esa sensación y explotar de alguna manera. **Al hacerlo como que consigo que se salga ese dolor**, lo que relaja y no sé... es muy raro por que sí consigo que ya no me sienta así por un momento y, ya después, me doy cuenta haber hecho el error más grande.

Y luego al hacerlo por una segunda vez es como que ya el cuerpo lo necesita y como que **se vuelve como una adicción**. Entonces, por más que yo no quiera, siento ese impulso, y si no lo hago, se hace el dolor como que más grande.

El punto es de lastimarme como para sacar ese dolor. Y luego ponerme una curita, aunque es medio raro que **me cuido después de dañarme**.

Luego lo mantengo en secreto porque, simplemente, no quiero que los demás me vean como una suicida, como una persona enferma; no quiero que los demás piensen que soy una persona rara. Ante la sociedad lo que hago es esconderlo para que me sigan tratando normal.

Quisiera que entiendan que la persona que se hace daño realmente no es alguien extraño, ni raro, sino que simplemente es alguien que necesita de algo en ese momento y está sufriendo.

## → Hombre (27 años)

Comencé a cortarme cuando tenía 17 años. Fue extraño porque nadie te enseña a cortarte cuando estás mal. Ni siquiera sé por qué acudí a ese mal método aquella primera vez en mi adolescencia. Recuerdo muy bien las primeras épocas. Me lastimaba y lo consideraba casi como un juego. Sin embargo, no paraba de hacerlo.

La cuestión es que **la depresión me ha llevado a recurrir a autolesionarme** infinidad de veces.

Debo reconocer, además, que he atravesado y atravieso por períodos de confusión horrible con respecto a la autolesión, **ya que el acto de cortar y sangrar resulta liberador** y, en algún punto, hasta me atrevería a decir placentero. Y esa es la razón por la cual se vuelve adictivo lastimarse y, en consecuencia, se hace difícil abandonar este mal hábito.

Tengo 27 años, casi diez años de lesiones, depresión y fobias. Quisiera pensar que algún día podré superar todos mis fantasmas. Por el momento, la salida se presenta sólo como algo realmente lejano.

## La forma más común de autolesionarse es cortarse

Cortarse es la forma más común de autolesionarse, ya que la vista de la propia sangre posee un gran significado, como lo describen los siguientes jóvenes<sup>17</sup>:

### → Hombre

Ver la sangre es, en general, la parte más significativa de mis cortes. **Sacarme la sangre es sacarme el dolor** y todos los pequeños demonios que lo acompañan y que han estado molestándome la mitad de mi vida.

### → Hombre

Cuando veo mi sangre, siento varias cosas. Una es que puedo asegurar que estoy vivo, porque la veo salir de mi cuerpo. La segunda es que me **imagino que es todo el estrés y el dolor que salen y escurren alejándose de mí**. Miro la sangre y pienso, “hice esto. Me hice una cicatriz en la muñeca y yo tengo el control”. Siempre pienso en un globo que explota cuando está demasiado inflado. Cuando se le deja salir el aire, se relaja. La sangre es como el aire que sale del globo.

→ **Mujer**

La sangre realmente no tiene gran significado para mí, excepto que es **un símbolo de castigo** y, el castigo, me lo merezco.

→ **Mujer**

Ver sangre solía ser significativo para mí (solía, ya que he dejado de autolesionarme). Me sentía purificada, **como si la sangre lavara el mal** que había dentro de mí. Sentía más alivio que si me autolesionara por otros medios.

---

# EJERCICIO

---

## Mitos y realidades de la autolesión

Indica para cada aseveración, si la consideras verdadera o falsa:

1

Verdadero o falso

Hacerse tatuajes o perforaciones en el cuerpo es una forma de autolesionarse.

2

Verdadero o falso

Lo hacen para “llamar la atención”.

3

Verdadero o falso

La autolesión es un acto consciente.

4

Verdadero o falso

El que se autolesiona reprueba su conducta.

5

Verdadero o falso

Solamente se corta para hacer lo mismo que sus amigas y así sentir que “pertenece”.

6

Verdadero o falso

Las personas que se autolesionan la viven como una “adicción”.

7

Verdadero o falso

Estar bajo la influencia del alcohol y las drogas aumenta el riesgo de autolesión.

8

Verdadero o falso

El que se autolesiona le gusta el dolor físico.

---

# DISCUSIÓN

---

## Mitos y realidades de la autolesión

1

### Verdadero o **falso**

Hacerse tatuajes o perforaciones en el cuerpo es una forma de autolesionarse.

El uso de tatuajes y perforaciones en el cuerpo (*body piercing*) se ha vuelto popular, llevándose a niveles diferentes. Hoy en día, hay personas que se perforan en partes inusuales de su cuerpo, por ejemplo, en los carrillos, labios, pezones y genitales. Algunos se cubren todo el cuerpo con tatuajes. Hay otros que usan metal caliente para delinear con cicatrices el contorno del tatuaje.

Estas prácticas no se consideran como conductas de autolesión, ya que se realizan por razones diferentes:

- ▲ Las personas que se hacen tatuajes o perforaciones lo realizan para expresar la imagen de sí mismas o bien por razones estéticas. La persona que se autolesiona, en cambio, está tratando de manejar sus emociones y sentirse mejor, expresando su dolor emocional a través de una herida física.
- ▲ Las personas que decoran su cuerpo toman la decisión de hacerlo en pleno control de sus estados emocionales. Es algo que quieren hacer y están orgullosos de hacerlo. Muchas veces lo realizan en compañía de amigos. La persona que se autolesiona, generalmente, no está en control de lo que está sintiendo. Al ya no encontrar salida a su dolor emocional, se lastima, aunque preferiría no tener que hacerlo. Normalmente lo hacen a solas y, en un principio, lo mantienen en secreto.

2

### Verdadero o **falso**

Lo hacen para “llamar la atención”.

La mayoría de los investigadores reportan que menos del 4% de los adolescentes se autolesionan como método para llamar la atención. El 90% de los jóvenes lo mantienen

en secreto por meses antes de tener el valor de contarlo.

La falsa concepción que sostienen los padres, maestros y compañeros, acaba por distanciar más al joven, cortando vías de comunicación y, por lo tanto, reforzando la conducta. Cuando el joven percibe que hay un elemento de desprecio, porque parecería que se lastima solamente para llamar la atención, se pierde la oportunidad de ofrecerle el tipo de ayuda que necesita y el apoyo que requiere para poder hablar de lo que le está ocurriendo.

### 3

#### **Verdadero o falso**

La autolesión es un acto consciente.

La persona que se autolesiona decide cuándo, cómo y dónde se va a autolesionar, y el tipo de cuidado que necesita. Sin embargo, es muy probable que no esté consciente de lo que significa la autolesión o del porqué lo hace.

### 4

#### **Verdadero o falso**

El que se autolesiona reprueba su conducta.

En general, la persona que se autolesiona considera que hay algo muy “malo” en ella al autolesionarse, lo que la convierte, por lo tanto, en una mala persona. Se avergüenza y desearía no tener que hacerlo.

Esta falsa percepción de ella misma, hace que se proteja, manteniéndola en secreto por mucho tiempo, aumentando así su dolor emocional y vergüenza; o bien, otra estrategia de autoprotección es la de exhibir su conducta y pregonar que “le gusta” hacerlo. Ambas actitudes muestran que la persona no logra transmitir su malestar y soledad, que es lo que verdaderamente siente al no poder manejar y solucionar su problema.

### 5

#### **Verdadero o falso**

Solamente se corta para hacer lo mismo que sus amigas y así sentir que “pertenece”.

El 52% de los adolescentes que se autolesionan dicen haber aprendido la conducta vía

los medios de comunicación o a través de algún amigo. Esto implica que la primera vez que una persona se autolesiona puede ser por imitación.

Sin embargo, la única razón por la que el joven continúa lastimándose repetidamente es porque eso le ayuda a manejar y evadir su dolor emocional. Se ha visto que la necesidad de pertenecer o la presión de grupo tienen muy poco efecto en el establecimiento de la autolesión como hábito.

Para los adolescentes, en especial las mujeres, el grupo de amigas/os es un lugar para hablar y tratar de resolver sus problemas. Dada esta dinámica, es común que una joven que se autolesiona busque estar entre otros que hagan lo mismo, ya que siente que, de esta manera, será mejor comprendida y menos rechazada: le parece que entre ellas encontrará apoyo.

En el momento en que el joven empieza a tener control sobre la autolesión y maneja su dolor sin tener que recurrir a los amigos, se aleja de ese grupo y busca otro en el que no hagan lo mismo.

## 6

### **Verdadero o falso**

Las personas que se autolesionan la viven como una “adicción”.

La persona que se autolesiona siente que la necesidad de cortarse, quemarse o golpearse, es más fuerte que su voluntad de no hacerlo. Siente que si se restringe de hacerlo, va a sentirse peor; aun cuando se considera en un momento estable, ronda por su cabeza la idea de la autolesión. Es por esto que vive esta conducta como una adicción.

## 7

### **Verdadero o falso**

Estar bajo la influencia del alcohol y las drogas aumenta el riesgo de autolesión.

Aunque un porcentaje importante de personas que se drogan recurren a la autolesión, no lo hacen cuando están bajo el efecto.

Una de las funciones de la autolesión es la de calmar la angustia, mismo que se puede lograr con alcohol y drogas. Por lo tanto, si una persona está bajo el efecto de las drogas o el alcohol, su dolor emocional está más anestesiado y, en la mayoría de los casos, no requiere de autolesionarse.

Verdadero o **falso**

El que se autolesiona le gusta el dolor físico.

La persona que se autolesiona no busca sentir dolor *per se*. La persona que se autolesiona está buscando formas de aplacar su dolor emocional, ya que no tiene la capacidad, ni las herramientas, para comunicar las emociones que le son intolerables.



# CAPÍTULO 3

## CAUSAS DE LA CONDUCTA

---

Es difícil entender por qué alguien decide herir su propio cuerpo. Casi todos preferimos evitar el dolor, y no podemos imaginar cortar o quemar nuestra propia piel.

Este capítulo consta de dos apartados. En el primero se analizará qué puede llevar a una persona a autolesionarse. Se delinearán los diferentes escenarios en su vida que pueden exacerbarla. En el segundo apartado se citarán los trastornos mentales en los que la autolesión es uno de los síntomas. Cabe indicar que esto no implica que una persona que se autolesiona tenga un trastorno mental.

## IMPOSIBILIDAD DEL MANEJO DEL DOLOR EMOCIONAL

Para entender por qué una persona se autolesiona, tomemos como punto de partida que la autolesión se debe a una imposibilidad del manejo del dolor o tensión emocional.

**El dolor emocional** consiste en una experiencia sensorial y emocional desagradable, molesta, incómoda, de la que uno se quiere librar lo más rápido posible.

**El manejo** del dolor emocional tiene que ver con la consciencia, el control, y con la posibilidad y capacidad que tiene el individuo de ser el amo de sus sentimientos.

La imposibilidad del manejo del dolor emocional puede deberse a tres razones:

1. La dificultad en el reconocimiento o **identificación** de emociones.

Para poder manejarlas, es imperativo, primero, identificarlas. Al no lograrlo, el individuo se encuentra en una posición endeble, de duda y confusión.

2. La dificultad en la **expresión** de lo que está sintiendo.

Aún si no se tiene bien identificada la emoción, el poder expresarla de alguna forma (hablando, pensando, dibujando, etcétera) ayuda para poder manejarla, elaborarla y desahogarse. Ante la imposibilidad de expresarlo, el dolor emocional que se va generando busca formas de expresión, casi siempre dañinas.

3. La falta de **control** de las emociones y sentimientos.

Cuando se parte del miedo, la angustia y la soledad, es difícil tener control sobre lo que uno siente, y se puede acabar actuando impulsivamente de forma destructiva.

El dolor emocional es común y sucede a diario a nuestro alrededor o en nosotros mismos. Nadie está exento de sentirlo en uno o muchos momentos de la vida. Para manejarlo, es importante identificar, expresar y controlar las emociones y sentimientos que lo cimientan.

En la mayoría de las personas que se autolesionan, la incapacidad en el manejo del dolor emocional las lleva a hacerse daño. Las habilidades que requiere una persona para el manejo de emociones, incluyen:

- Identificar las experiencias emocionales.
- Modular su activación física.

- Tolerar el malestar.
- Inhibir reacciones impulsivas.
- Meditar en manera aceptable de expresar el malestar.

A continuación se describen las posibles causas de esta incapacidad y las características generales de una persona que se autolesiona.

### **Analfabetismo emocional**

Así como la alfabetización verbal da los fundamentos para leer y escribir, la alfabetización emocional es el fundamento para **identificar** y **expresar** emociones.

Una persona “analfbeta emocional” tiene serias limitaciones para:

- A. Identificar lo que siente.
- B. Articular lo que le pasa.
- C. Pedir ayuda.

Una persona alfabetizada emocionalmente tiene mayor facilidad para reconocer, comprender y expresar apropiadamente sus emociones.

Si una persona padece las limitaciones descritas, usualmente no tiene el lenguaje verbal para expresar sus diferentes emociones, tanto positivas como negativas. La autolesión es un lenguaje no verbal que cataliza lo que le sucede.

Cuando la persona no sabe ni puede identificar lo que siente, la autolesión le permite experimentar el dolor **en forma concreta**.

Si es imposible articular lo que le está sucediendo, la autolesión le da expresión a su sufrimiento, y le permite consolidar la conciencia de que algo le debe estar pasando en realidad.

Cuando no hay manera de pedir ayuda, existe la fantasía de que alguien descubra sus heridas para que, dicha persona, se dé cuenta del intenso dolor emocional que está viviendo y le brinde ayuda.

Es así que la persona que se autolesiona se encuentra limitada para el manejo del dolor emocional, ya que no ha desarrollado todavía la capacidad y habilidad de identificar y expresar lo que le sucede.

### **Disregulación emocional**

La **autorregulación emocional** es la capacidad específica de la inteligencia emocional<sup>18, b</sup> para intervenir, y así modificar el curso y la generación de las propias emociones tanto antes como durante la emoción misma<sup>19</sup>.

En contraparte, también se define la disregulación emocional como una **vulnerabilidad con bases biológicas**, que implica un incremento en la reactividad emocional, así como una incapacidad de utilizar estrategias efectivas para **controlar las emociones**<sup>20</sup>.

Hay evidencia de que algunas personas **experimentan las emociones de manera más fuerte e inmediata que otras**. Una situación puede provocar para algunos un pequeño disgusto o ligero pesar, mientras para aquellos con disregulación emocional, la misma situación provoca una tragedia instantánea.

En general, una persona que presenta disregulación emocional y que se autolesiona, reacciona de una de las siguientes tres maneras cuando se enfrenta a una situación difícil de manejar:

- A. Contesta brusca e intempestivamente. La persona se enciende rápido y no sabe cómo expresar su enojo de manera efectiva. La vergüenza que le causa no poder expresarse apropiadamente y las consecuencias de su respuesta la llevan a autolesionarse.
- B. Actúa impulsivamente. Su enojo, frustración o tristeza, son emociones a tal grado sobrecogedoras, intensas e incómodas, que sin más la persona procede a autolesionarse.
- C. Se siente abrumado y necesita calmarse a sí mismo. No sabe ni registra lo que siente, pero sabe que necesita cariño y protección contra su dolor. La autolesión le ayuda a sentir algo concreto, calmarse y cuidar de sí mismo.

Hay diversos estudios que revelan que lo que tienen en común las personas con disregulación emocional, es el haber crecido en un ambiente de “invalidación emocional”. Esto significa que las emociones que tenían cuando eran niños no eran tomadas en serio o desacreditadas, y a menudo, castigadas. Por ejemplo, reprimirle el llanto a un niño, o burlarse de él cuando está triste o enojado, es devaluar su expresión de emociones difíciles o dolorosas.

Los niños en este ambiente aprenden a reprimir e ignorar sus sentimientos, a no confiar en sus emociones como experiencias válidas. Esto hace que sus emociones cada

vez se vuelvan más confusas y les provoquen miedo.

Llega un momento en que ignoran o reprimen muchas emociones, tanto leves como moderadas, hasta que estas emociones reprimidas o ignoradas llegan a un nivel crítico, en el que se viven como una tormenta emocional que los arrastra sin dirección. La manera de ponerles un alto inmediato es la autolesión.

Es así que la persona que se autolesiona se encuentra limitada para el manejo del dolor emocional, ya que no ha desarrollado la capacidad y habilidad de controlar lo que siente y sus reacciones se vuelven impulsivas y dañinas.

A una persona con disregulación emocional se le pueden enseñar cuatro habilidades para reducir las dimensiones de las oleadas emocionales, y ayudar a mantener el equilibrio ante lo abrumador de vivirlas<sup>21</sup>:

1. Desarrollar una tolerancia a la angustia / al dolor emocional para hacer frente a los eventos dolorosos. Esto se logra reforzando poco a poco la resistencia y el poder de recuperación, y brindando formas de suavizar los efectos de sucesos desestabilizadores.
2. Desarrollar la atención consciente, la cual consiste en sentir las cosas tal y como están sucediendo, percibiendo claramente los pensamientos, sensaciones físicas, emociones y eventos en el momento en que ocurren, sin reaccionar automáticamente o de manera habitual. Al vivir en el presente, cuando se piensa o se siente algo, se le da menos peso a las experiencias dolorosas que le atribuimos del pasado o al miedo al futuro.
3. Modular los sentimientos sin tener que actuar de manera reactiva o destructiva. La regulación emocional sirve para reconocer lo que se siente y observar así cada emoción que emerge sin que ésta se vuelva abrumadora y aplastante.
4. Desarrollar efectividad interpersonal, con herramientas que enseñan a expresar las creencias y necesidades, poner límites y negociar la solución de problemas. Todo esto protegiendo la relación interpersonal y tratando al otro con respeto.

El analfabetismo emocional y la disregulación emocional se pueden dar paralelamente. La principal diferencia entre ambas es que, la persona con disregulación emocional, experimenta las emociones de manera más intensa y fuerte que otros, mientras que no necesariamente sucede lo mismo con el analfabeta emocional. Una persona con disregulación emocional puede no ser analfabeta emocional.

## **Escenarios que contribuyen a la autolesión**

Hay circunstancias que pueden hacer que una persona perciba que no tiene más remedio que recurrir a conductas de auto-daño para hacer frente a su realidad. La autolesión, como otras conductas lesivas, permite al joven o al adulto tener cierto control en medio de una vida con elementos caóticos.

En la mayoría de las personas que se autolesionan, las experiencias vividas en la infancia en ambientes caóticos o invalidantes los deja:

- Sintiéndose incapaces de protegerse a sí mismos o a sus seres queridos.
- Imposibilitados para expresarse.
- Descorazonados en cuanto a aprender a enfrentar situaciones difíciles.
- Más propensos a presentar disregulación emocional.

En referencia a la disregulación emocional, hay la teoría que supone la combinación de una vulnerabilidad biológica, más la presencia de un ambiente invalidante, puede provocar la conducta de la autolesión<sup>22</sup>.

A continuación se enlista una serie de escenarios que llegan a provocar o exacerbar que la persona se autolesione (no se ha podido determinar el papel específico del entorno sobre el manejo de emociones).

Es importante tener en cuenta que hay personas que se autolesionan que no han vivido ni una sola de las experiencias descritas, y otras que han vivido más de una y, sin embargo, no se autolesionan.

- **Abuso sexual / Abuso físico**

Una de las razones por las que una persona se llega a autolesionar es por haber sufrido o estar sufriendo abuso sexual o físico. El capítulo 5 aborda este tema en particular.

- **Padres alcohólicos**

Los niños y adolescentes con padres alcohólicos tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas emocionales.

Un niño con este tipo de familia puede tener varios problemas: sentimientos de culpa, angustia o ansiedad, vergüenza, incapacidad para mantener relaciones interpersonales, confusión a raíz de la inconsistencia en rutinas diarias y los

estados anímicos de los padres, como serían el enojo y la depresión. A esto se suma la carga de mantener en secreto lo que sucede en casa. Los jóvenes que se autolesionan encuentran que el hacerlo les permite “escapar” por unos instantes del ambiente caótico en el que viven. También les permite tener “algo suyo”, que guardan en secreto por decisión propia y para mantener en secreto la situación familiar. Al mismo tiempo, al hacerse las heridas y cuidarlas, se sienten reconfortados porque pueden depender al menos de sí mismos.

- **Violencia intrafamiliar**

Entre las consecuencias más graves de crecer o haber crecido en un entorno familiar violento están: problemas de agresividad, dificultades de interacción social, tendencia a interpretar de manera hostil la conducta de otros, baja autoestima, vivir a la defensiva y con desconfianza.

El vivir día a día en un ambiente en el que no se está seguro, en el que todo lo suyo, en especial su cuerpo, pertenece al agresor, obliga a la persona a buscar un “algo propio” en donde no se sienta amenazado. Ese “algo propio” que lo protege es la autolesión.

- **Padres que se autolesionan**

En casi todos los casos, los hijos están conscientes que sus padres se autolesionan. Los padres que se autolesionan aceptan que ellos mismos dependen de la conducta, pero no pueden aceptar que sus hijos hagan lo mismo.

La dinámica familiar es tormentosa, y los hijos comienzan a autolesionarse por imitación, cumpliendo dos propósitos:

1. establecer algún tipo de conexión emocional con los padres, tratando de sentirse queridos o vistos;
2. como arma de poder y castigo, tratando de dar salida al enojo e impotencia que siente frente a sus padres.

- **Enfermedad terminal de familiar cercano / muerte de un familiar cercano**

La enfermedad y la muerte de un familiar cercano producen una diversidad de sentimientos, muchas veces simultáneos y aparentemente contradictorios: rabia, tristeza, alivio, paz, tormento, desamparo.

Si la persona encuentra que es imposible expresar y compartir todo este dolor,

siente confusión por las emociones contradictorias y puede sentir mucha culpa y creer que requiere de un castigo. Una forma de castigarse y de concretar la culpa es autolesionándose.

- **Expectativas extremadamente elevadas**

Cuando un joven siente que está fracasando en el cumplimiento de las expectativas de sus padres o de su pareja, siente que fracasa en complacerlos y se torna triste, descorazonado y desmotivado. Cuando siente que “no es lo suficientemente bueno”, empieza a desarrollar una baja autoestima que conlleva, a la larga, a sentirse deprimido.

El dolor de no sentirse querido por su padres cuando falla, provoca que el joven tenga que castigarse a sí mismo antes que recibir el castigo de sus padres. Se empieza a autolesionar, lo cual agrava el problema porque ahora se siente doblemente fracasado.

- **Acoso escolar (*bullying*)**

A cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico, producido entre escolares, de manera reiterada a lo largo de un tiempo determinado, se le llama acoso escolar. Cabe señalar que tanto el agredido como el agresor pueden ser maestros o padres de familia.

El acoso escolar afecta no sólo al niño agredido; también al agresor o a los pequeños que presencian el maltrato.

Es común que el alumno agredido presente depresión y ansiedad. El ser devaluado por el agresor y que los demás lo permitan, hace que tenga pensamientos pesimistas, impulso de autolesionarse o ideas suicidas.

El joven se siente amenazado, solo e inseguro, tanto en el aula como en el patio. Sus pertenencias y su cuerpo están en constante peligro. Para poder enfrentar lo que le pasa, requiere saber que tiene “algo” suyo que nadie conoce y, por ende, no se le puede arrebatar. La autolesión es este “algo” que lo acompaña en los momentos difíciles: es lo que lo protege de las experiencias emocionales desagradables.

- **Miedo y vergüenza de la pubertad o del desarrollo sexual**

El adolescente es muy frágil en su relación con los demás, porque internamente no se siente seguro de casi nada. Su autoestima puede ser fácilmente herida y necesita

sentirse aceptado por los amigos.

El despertar de la sexualidad empieza en algunos más tarde que en otros. La presión social para crecer, para desarrollarse antes de estar listo psicológicamente, hace que algunos jóvenes castiguen su cuerpo autolesionándose.

Los jóvenes que, en su despertar sexual, se sienten atraídos por otros del mismo sexo en una sociedad que condena este tipo de relaciones, se castigan de diferentes maneras antes que otros lo hagan por ellos. Una de las formas es la autolesión.

**Atención:** Si tú te encuentras viviendo alguna de las circunstancias descritas, o conoces de alguien que lo esté, en el apéndice A encontrarás un listado de instituciones donde puedes acudir.

### **Características de una persona que se autolesiona**

Se han encontrado características que son comunes en las personas que se autolesionan. Pocas presentan todas ellas; algunos presentan una; otros, más de una. Hay personas que no se autolesionan que también presentan algunas de estas características.

- Viven emociones intensas por períodos prolongados
- Analfabetismo emocional
- Reactividad emocional
- Falta de seguridad emocional
- Aislamiento emocional
- Viven a la defensiva
- Auto concepto mental, emocional y físico deteriorado / disminuido
- Historia de abuso físico o sexual en su infancia / adolescencia
- Poca habilidad para formar y sostener amistades y relaciones estables
- Tienen una sensación de vergüenza generalizada
- Pensamiento “blanco o negro”

Una persona que se autolesiona puede pasar años sin que nadie lo sepa y sin ser considerada “problemática”, o con “dificultades serias” en su vida; puede pasar desapercibida. Esto es porque, en la mayoría de los casos, las personas que se autolesionan utilizan el hacerse daño como una herramienta que les sirve para ser funcionales. Se caracterizan porque:

- Les gusta hacer las cosas bien hechas.
- Llevan una vida académica o laboral sin problemas, llegando a ser sobresalientes.
- Son buenos escuchas.
- Tienen un espíritu altruista.
- Tienen facilidad para lograr la empatía con el otro.

Es por eso que en el entorno escolar son pocas veces las que el maestro o director se dan cuenta que un alumno se autolesiona. De las personas que se autolesionan y que acuden a un psicoterapeuta para platicar de sus otros problemas, solamente el 12% le dice al terapeuta que se autolesiona. Pocas veces el terapeuta se da cuenta de que un paciente se autolesiona si no se lo dice, ya que la problemática que presenta es similar a la de una persona que no se autolesiona.

## TRASTORNOS MENTALES

En la mayoría de los casos, la persona que se autolesiona lo hace debido a su imposibilidad de manejar emociones, no debido a un trastorno mental<sup>23, 24</sup>. Sin embargo, hay personas con ciertos trastornos mentales que se autolesionan como parte de un conjunto de conductas relacionadas con su trastorno.

En los siguientes trastornos mentales, la autolesión puede llegar a presentarse como uno de sus síntomas.

- **Trastorno límite de la personalidad (TLP)**

Para un diagnóstico de TLP, la persona debe presentar al menos cinco de los nueve criterios listados en el *Manual de Diagnóstico Diferencial del DSM-IV*:

1. miedo desproporcionado al abandono,
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables,
3. ira inapropiada,
4. sentimientos crónicos de vacío o de sentirse inútil,
5. actuar impulsivamente en áreas que son dañinas para ellos mismos (gastar en exceso, sexo en exceso, abuso de drogas)
6. autoimagen persistentemente inestable,
7. intentos suicidas recurrentes y **conductas de autolesión**,
8. períodos de sentirse alejados de la realidad y
9. ideación paranoide relacionada con el estrés.

Desafortunadamente, este diagnóstico es el más popular que se le asigna a cualquiera que se autolesiona, debido al peso excesivo que le da el especialista a la autolesión. Hay que recordar que una persona con TLP tiene que presentar cinco de los nueve criterios, no únicamente uno. Si un médico diagnostica TLP en la primera cita, habría que buscar una segunda opinión. En casos de adolescentes se requiere un seguimiento de al menos 4 años para llegar a un diagnóstico.

- **Trastornos de control de impulsos**

La autolesión se llega a considerar dentro de los trastornos del control de impulsos, debido a que su descripción es semejante al ciclo de autolesión.

Los trastornos del control de impulsos es un grupo de trastornos de causa desconocida que se caracterizan por que la persona:

- No resiste el impulso o la tentación de llevar a cabo acciones, aunque sean peligrosas para él o los demás. Esta acción podría ser la de autolesionarse.
- Antes de llevar a cabo la acción registra un aumento de la tensión emocional.
- Al llevar a cabo la acción reporta una sensación placentera o liberadora.
- Tras la acción puede arrepentirse o sentirse culpable.

### • **Trastornos de la alimentación**

Los trastornos de la alimentación incluyen un amplio conjunto de sentimientos, actitudes y conductas que se manifiestan a través de la manera de comer. La comida se vuelve la causa y la consecuencia de muchos de sus problemas, lo cual atrapa a la persona en un círculo vicioso de conductas repetitivas, rituales y rígidas centradas en la comida.

El que sufre de trastornos de la alimentación presenta distorsión de su imagen corporal, temor exagerado de subir de peso y la idea fija de que su “valor” como persona se da a través de su imagen corporal. En muchas personas con problemas de alimentación, la obsesión con su aspecto físico es sólo la expresión de un dolor emocional más profundo.

La conducta de autolesión y los trastornos de la alimentación coinciden con mucha frecuencia, en particular con el comportamiento bulímico<sup>25</sup>. Se ha constatado que hasta un 55% de personas con bulimia nerviosa se autolesionan<sup>26</sup>. Investigaciones indican que, específicamente, la asociación con la autolesión se da más con el tipo purgativo (atracarse y luego purgarse)<sup>27, 28</sup>, que con el tipo no purgativo (atracarse; luego ayuno o ejercicio intenso).

El cortarse y purgarse se usa como un intento de solucionar un problema emocional. En ambos casos la persona se logra sentir mejor a corto plazo, pero a la larga no soluciona el problema de fondo, por lo que sigue, las más de las veces de manera ascendente, con la conducta dañina. Las semejanzas en cuanto a la función que tiene la autolesión y la purga (ver apéndice B), podrían indicar que ambas son estrategias impulsivas y dañinas que utiliza la persona debido a su disregulación emocional<sup>29</sup>.

### • **Depresión mayor y trastorno bipolar**

Presentar una **depresión mayor** no es lo mismo que lo que se conoce popularmente como “estar depre”. La depresión es una enfermedad que afecta a la persona en su totalidad. Los síntomas son:

1. tristeza o irritabilidad la mayor parte del día, la mayoría de los días;
2. imposibilidad para disfrutar o mostrar interés en las actividades diarias;
3. cambio en los patrones de dormir;
4. sensación de debilitamiento físico;
5. cambio en los patrones alimenticios;
6. falta de concentración mental y
7. pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

El **trastorno bipolar** causa cambios de humor extremos. A veces la persona puede sentirse muy contenta, llena de energía y con capacidad para hacer cualquier cosa. Es posible que la persona no desee descansar cuando se siente así. Este estado de ánimo se llama manía. En otras ocasiones puede presentar un estado de ánimo similar a la depresión mayor. Las personas con trastorno bipolar pueden pasar rápidamente de la manía a la depresión y de la depresión a la manía nuevamente.

La conducta de autolesión se puede presentar en personas con depresión mayor y con trastorno bipolar. Es posible que una de las causas que subyacen a la depresión y al trastorno bipolar esté relacionada con la serotonina, que también puede estar ligada a la autolesión. La serotonina es una sustancia química del cerebro que regula el humor de la persona.

Las investigaciones en este rubro consideran la hipótesis de que **la autolesión** resulta de la disminución de neurotransmisores cerebrales. Los medicamentos que hacen que llegue más serotonina al cerebro parecen tener cierto efecto en la disminución de la conducta de autolesión.

Sin embargo, no se sabe si los niveles bajos de serotonina son causados por experiencias de trauma / abuso / invalidación, o bien, si algunos individuos con este tipo de anomalías no pueden aprender maneras efectivas para manejar situaciones estresantes o experiencias traumáticas; sienten que tienen poco control sobre lo que sucede y recurren a la autolesión como mecanismo de ayuda.

Cabe resaltar que aún cuando el aumento de serotonina en el cerebro (por ejemplo, con medicación) puede tener el efecto de disminuir la depresión o

mejorar el humor, esto no implica que la persona se abstenga de recurrir a la autolesión en momentos difíciles. El aumento de serotonina puede hacer que la persona tenga mejores posibilidades de aprender a detectar sus sentimientos y así empezar a entender la causa por la que se autolesiona.

- **Trastorno de estrés postraumático**

El trastorno de estrés postraumático ocurre como respuesta a un evento traumático. Entre los síntomas que presentan las personas que tienen este trastorno, están las pesadillas y los *flashbacks* recurrentes relacionados con el evento. A menudo se tiene la sensación que el acontecimiento traumático está ocurriendo en tiempo presente y surgen respuestas exageradas de sobresalto, irritabilidad o ataques de ira. Las personas que ya se autolesionan intentan cada vez que se hacen daño, expresar y manejar experiencias emocionales que las abruman. Estas experiencias pueden provenir de los síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Cabe volver a resaltar que un porcentaje alto de las personas que se autolesionan **no** tienen ninguno de estos trastornos mentales. Para determinar una enfermedad mental es indispensable recurrir a uno o varios especialistas, que de ser posible estén versados en el tema de la autolesión.

---

## EN SUS PALABRAS

---

En los siguientes testimonios se puede detectar **la imposibilidad del manejo del dolor emocional** que presentan las personas que se autolesionan.

### **Imposibilidad de identificar emociones**

#### **→ Hombre (22 años)**

Las dos primeras veces que me autolesioné (con una navaja de rasurar) fue en la cintura y las ingles. Lo hice con un poco de miedo pero ya no podía soportar más la presión del examen; el estrés se había convertido en algo agobiante, me exigía mucho a mí mismo al igual que lo hacen mis padres. Tras los cortes, que no fueron profundos, me apliqué alcohol e isodine para curarme. La ventaja de esta curación es que arde y te lleva a un estado de dolor que te hace olvidarte de todo lo demás.

#### **→ Hombre (26 años)**

Ya no aguanto y tengo que decirlo, ya me he castigado mucho, ya he tratado de que se salga de mí ese deseo, me corto y me corto y sigue y sigue. Cada vez que veo a otro hombre se me sube la hormona, es en lo único que pienso y de plano con mi novia no siento nada. Perdón, perdón.

### **Imposibilidad de expresar emociones**

#### **→ Mujer (16 años)**

Hace un poco más de un año, yo estaba en un proceso doloroso porque se murió mi papá. Yo esperaba que mi familia reconociera también mi dolor y sentí que me trataron con desprecio. Me sentí abandonada. Sufro mucho de inseguridad y me agobian sentimientos de soledad y tristeza.

#### **→ Mujer (35 años)**

La primera vez que me autolesioné fue como a los 7 años de edad. Estaba en el baño donde me había encerrado porque me sentía muy mal. Empecé a cortarme con una navaja de rasurar.

Mi padre abusó sexualmente de mí entre los 5 y 11 años de edad. Eso me causó mucha desesperación. Mantuve el abuso en secreto. No lo sabe mi mamá, ni nadie de la familia. Lo que siento que más me ha afectado es callarme, no poder expresarme. Por eso todavía tengo que cortarme.

### **Imposibilidad de controlar sus reacciones emocionales**

#### **→ Hombre (17 años)**

La vida me resulta muy difícil, y cada vez se pone peor. No puedo volver a casa porque si me pone una mano encima otra vez lo mato. No entiendo, me fui hace dos años y, en su lugar, ahora soy yo el que me lastimo. Necesito sentir la fuerza del golpe justo donde yo quiero.

#### **→ Mujer (21 años)**

Tenía 12 años. Mi papá siempre ha sido bastante agresivo y recuerdo que me estaba persiguiendo con ánimos de pegarme. Me fui a esconder a un closet y del miedo sentí que me hundía. Esa vez me golpeé la cabeza. Sentía mucha rabia y me puse a golpear la pared con los puños. Me hice bastantes heridas y, cuando me preguntaron, dije que me había caído.

#### **→ Mujer (40 años)**

Cada vez que discuto con mi marido pierdo la razón y ya no entiendo lo que me dice. Me odio por hacerlo enojar y, después de gritarle y gritarle, corro a mi habitación y golpeo lo más fuerte que pueda mi cabeza contra la pared, También tomo algo pesado y lo dejo caer en mis pies. Me odio. Luego me da vergüenza verlo de nuevo.

### **Viviendo con autolesión y bulimia**

#### **→ Mujer (22 años)**

El trastorno alimenticio me frustra, me humilla, me avergüenza, me entorpece para la

vida, me produce pánico, angustia, fragilidad emocional. Y me provoca defenderme con hostilidad. Pero, ¿cómo hacerlo cuando yo soy mi propia amenaza?

¿Alguna vez has tocado esa puerta que conduce a que salga lo más crudo e incontrolable de tu condición humana?

Bueno, yo lo hice.

¿Sabes quién atiende cuando tocas?

La voluntad de sobrevivir a cualquier precio. Yo aún sobrevivo al precio de la autolesión. Y me deslumbró y acabó cegándome.

Todo termina resultando atroz.

Me alejó de mí. Me privó de mi esencia. Canjeó mi humanidad por algo que no tiene sentido...

Ahora, perder peso o cortarme son mis prioridades.

Quiero tener el control de mí. Y nuevamente renuncio a todo y me violento.

---

# EJERCICIOS

---

Los siguientes ejercicios están enfocados en cómo tú manejas emociones. Esta reflexión es una ventana que nos permite entender un poco más las limitantes que tienen las personas que se autolesionan.

## **Ejercicio 1: Manejo de emociones<sup>30</sup>**

**Enojo.** ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas sentimientos de enojo, frustración o resentimiento?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

**Tristeza.** ¿Tú cómo te identificas, expresas y controlas sentimientos de tristeza o dolor emocional?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

**Tensión.** ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas sentimientos de tensión o estrés?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

**Angustia.** ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas sentimientos de ansiedad o angustia?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

**Vacío emocional.** ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas sentimientos de “vacío” o

necesidad emocional?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

**Falta de control.** ¿Tú cómo identificas, expresas y controlas la falta de control o el no tener la oportunidad de poder elegir?

Los identifico:

Los expreso:

Los controlo:

## **Ejercicio 2: Entendiendo nuestros hábitos.<sup>c</sup>**

Elige **una actividad** de tu vida que sabes que te hace un daño emocional y / o físico o que te ayuda a evadirte. Por ejemplo: comer sin hambre, fumar, trabajar en exceso, beber alcohol, ejercicio excesivo, ir de compras, deportes de alto riesgo, etcétera.

Escribe la actividad:

Contesta las siguientes preguntas, en referencia a la actividad que elegiste:

- ▲ ¿Bajo qué circunstancias es más probable que lleve a cabo esta actividad de manera dañina?
- ▲ ¿Qué logro mientras estoy realizando esta actividad?
- ▲ ¿Qué cosas podría hacer en lugar de la actividad auto-dañina que cumplan la misma función? (Cosas positivas, que no te hagan daño y que te gusten)

Ejemplo:

La actividad que realizo y que me hace daño o me ayuda a evadirme es:

Trabajar en exceso.

- ▲ ¿Bajo qué circunstancias es más probable que lleve a cabo esta actividad de manera dañina?  
Cuando sube la tensión emocional en casa.

▲ ¿Qué logro mientras estoy realizando esa actividad?

No tengo que hablar de la tensión familiar ya que llego tarde y cansada.

▲ ¿Qué podría hacer en lugar de esta actividad y que cumpla la misma función sin hacerme daño / evadirme?

Abrir el tema con mi pareja, por ejemplo, escribiéndole una carta.

---

# DISCUSIÓN

---

## Ejercicio 1. Manejo de emociones

Es difícil darnos cuenta de que lo que sentimos es un dolor emocional. Aunque a veces nos queda claro en el momento preciso, hay ocasiones en que nos tardamos en registrar que estamos sintiendo “algo” y, cuando lo hacemos, a menudo no sabemos describir lo que sentimos. No es fácil detectar y nombrar lo que sentimos.

Para las personas que se autolesionan el poder de identificar a corto o largo plazo el sentimiento que los abruma es muy difícil.

Estas son las emociones con las que viven día a día y les es difícil identificar:

- Enojo, frustración o resentimiento.
- Tristeza o dolor emocional.
- Tensión o estrés.
- Angustia o ansiedad.
- Soledad.
- Culpa, necesidad de castigo.
- Sentimiento de vacío.
- Falta de control sobre su vida.

Expresar y manejar emociones y sentimientos muchas veces se logra: hablando, ocupándose, dibujando o escribiendo, llorando, ayudando a alguien más, oyendo música, haciendo ejercicio, reflexionando.

Estas formas de expresión y manejo no les han servido a las personas que se autolesionan. Las razones son diversas:

- No saber cómo poner en palabras lo que sienten.
- No haber tenido un modelo a seguir para manejar el dolor.
- Ser reactivos y no darse el tiempo de registrar lo que pasa.
- Miedo a las consecuencias de expresarlo, por experiencias en el pasado.

Cuando se está imposibilitado de manejar el dolor emocional, se recurre a conductas

que, a corto plazo, liberan el dolor, pero que a largo plazo no solucionan el problema de raíz, ni le dan solución a la imposibilidad de detectar, nombrar, expresar y manejar este dolor. Una de estas conductas es la autolesión.

## **Ejercicio 2. Entendiendo nuestros hábitos**

Si se repiten con regularidad las actividades que se realizan para evadir la realidad o los sentimientos dolorosos, se vuelven hábitos. Por definición, el hábito es aprendido y requiere poco o ningún raciocinio al llevarlo a cabo.

Es por esto que es difícil darse cuenta de (ver preguntas 1 y 2 del ejercicio 2):

- Qué actividades ya son hábitos.
- Cuáles hábitos son dañinos.
- En qué tipo de circunstancias se actúa por hábito y no por decisión.
- Qué función tienen los hábitos, tanto dañinos como positivos.
- De qué nos protegen los hábitos.

La pregunta 3 es una paradoja, ya que si se dio una respuesta, lo más probable es que la actividad propuesta no sirva como reemplazo a la actividad dañina; si sirviera, ya se habría implementado y el problema no existiría.

Es muy difícil cambiar una actividad o conducta que se ha vuelto un hábito dañino, dado que cumple una función de protección contra el dolor emocional. Para lograr el cambio requiere:

- Conciencia de la conducta.
- Superar el miedo de imaginar no echar mano de ella.
- Estar dispuesto a sentir y enfrentar el dolor.
- Entender cuál es la función de la conducta.
- Atreverse a probar algo diferente.
- Apoyo.
- Creatividad.
- Práctica.
- Paciencia.
- Afecto y aceptación de uno mismo.

En la persona que se autolesiona, se puede decir que su “actividad” dañina es cortarse,

quemarse o golpearse. El primer paso para cambiar este hábito es el de darse cuenta qué logra al hacerlo. Tiene que aprender a detectar y expresar lo que siente, y así empezar a controlar la autolesión. Lo siguiente es entender qué lo lleva a autolesionarse.



# CAPÍTULO 4

## AUTOLESIÓN Y SUICIDIO

---

Es importante saber la diferencia entre la conducta de autolesión típica y el acto suicida, cuya intención es la de causar la muerte. Si hay la más mínima duda, es importante pedir una evaluación de un especialista (psicoterapeuta o psiquiatra) o llamar a un centro especializado (apéndice A).

En términos generales se considera que la autolesión **no** representa un intento fallido de suicidio, ni una llamada de alarma en ese sentido. Sin embargo, hay que hacer notar que:

- La presencia de autolesión indica que la persona está pasando por momentos difíciles y requiere de atención profesional.
- Algunas personas que han tenido pensamientos suicidas, han tenido una historia de autolesión.
- Hay personas que se llegan a autolesionar para evitar ideas suicidas.
- Cuando autolesionarse ya no ayuda a aliviar el dolor emocional y otras conductas o recursos han fallado, es probable que la persona decida terminar con su vida.
- Según estudios realizados en México<sup>31</sup>, el suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes, después de los accidentes automovilísticos. Los motivos principales por los que se opta por el suicidio como una salida al sufrimiento son: conflictos amorosos o problemas familiares. Todos estos suelen ser similares a los problemas que llevan la autolesión.

Es por ello recomendable que cuando una persona se autolesiona sea evaluada para determinar si corre riesgo de suicidio. Si es así, es imperativo y urgente que reciba ayuda. Únicamente un experto calificado tanto en autolesión como en suicidio puede determinar si una persona está en peligro de quitarse la vida.

Este capítulo aborda únicamente la relación que hay entre autolesión y suicidio. Para saber sobre suicidio, se aconseja leer un libro especializado o consultar un experto en la materia.

## DIFERENCIAS ENTRE LA AUTOLESIÓN Y EL SUICIDIO

A manera de recordatorio, la autolesión es una conducta intencional de baja letalidad para hacer frente y aliviar la tensión psicológica y fisiológica provocada por un dolor emocional que no se sabe manejar.

El suicidio es el acto de quitarse la propia vida, con la intención determinante de cesar la conciencia, de poner un alto definitivo y permanente al dolor emocional.

A partir de las dos definiciones, se pueden observar las siguientes diferencias:

1.

- a. La autolesión es una conducta de baja letalidad.
- b. El intento de suicidio es de alta letalidad.

2.

- a. Los métodos que utiliza la persona que decide autolesionarse son: cortarse, quemarse, golpearse, tallarse, incrustarse objetos, etcétera. Estas heridas las cuida ella misma en casa y pocas veces requieren ser atendidas por un médico o enfermera.
- b. Los métodos de suicidio efectivos son el ahorcamiento, uso de armas de fuego y el envenenamiento por gases, alcohol y plaguicidas<sup>32</sup>. La persona que se autolesiona no recurre a estos métodos para aliviar su dolor.

Es común que cuando se piensa en maneras de suicidarse, venga a la mente la imagen de cortes en la muñeca. Sin embargo, cortarse la muñeca no es generalmente letal, dado que sólo el 1% que lo lleva a cabo tiene éxito. Las personas que llevan tiempo cortándose como parte de su conducta de autolesión, saben que el corte en las muñecas no los lleva a desangrarse.

Para que el lector se dé una idea de qué tipo lesiones deja el cortarse, puede imaginar cómo se vería el brazo de una persona si por descuido cae encima de una jardinera llena de rosas.

3.

- a. La persona que se autolesiona lo utiliza como un método de afrontamiento, ya que le ayuda y aliviar el dolor emocional.
- b. La persona que decide suicidarse utiliza métodos cuya finalidad es la de cesar su consciencia y dejar su cuerpo sin vida. La persona trata de poner fin total a toda su experiencia, la cual es vivida como intensamente negativa y ante la cual no ve ninguna otra salida, excepto la muerte.

Cuando la persona decide autolesionarse, lo hace de manera consciente para manejar el dolor emocional y así seguir en sus actividades diarias. Sin embargo, si llega un momento en que el dolor emocional es fuerte, insoportable e irremediable, puede sentir que su única salida es el suicidio<sup>33</sup>. Si este es el caso, la persona tiene muy claro que la autolesión no le está sirviendo como método para aliviar el dolor. Cabe resaltar que en estos casos, casi con seguridad ya se ha probado otras maneras de salir adelante (alcohol, drogas, trastornos de alimentación, hablarlo con alguien y recibir una respuesta negativa, etcétera) y no se ha conseguido.

## AUTOLESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA

Se puede definir la ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos que tiene una persona sobre las formas deseadas de morir, sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone terminar con su vida.

La mayoría de las personas que se autolesionan, deciden hacerlo conscientemente con el objetivo de dejar a un lado los pensamientos negativos y doloroso, los cuales, en algunos casos, pueden tener que ver con el deseo de morir<sup>34</sup>.

La diferencia es que al considerar autolesionarse, logran pensar en los objetos y la forma en la que pueden hacerse daño **sin tener que morir**. Cuando este es el caso, lo que la persona logra con la autolesión es poner un alto a los pensamientos sobre la muerte y demás contenidos negativos.

Cuando una persona utiliza la autolesión para evitar pensamientos relacionados con la muerte, es necesario e inaplazable que se acuda a un especialista en salud mental (psicoterapeuta o psiquiatra) para determinar el riesgo que corre y la mejor manera en que se le puede ayudar.

## DE LA AUTOLESIÓN AL INTENTO DE SUICIDIO

Aunque la autolesión típica no tiene el objetivo de quitarse la vida, hay ocasiones en que el dolor es tal, que la autolesión y otros recursos que ha utilizado la persona ya no logran cumplir su propósito, y es así que aparece el riesgo de suicidio. Es de suma importancia evaluar el riesgo, considerando<sup>35, 36</sup>:

1. Mientras se recurra a la autolesión con más frecuencia e intensidad, aumentan las probabilidades de cometer un intento de suicidio.
2. La persona que no siente ningún dolor físico al autolesionarse está en mayor riesgo de cometer intentos de suicidio.
3. Jóvenes que usan múltiples métodos de autolesión están en mayor riesgo de suicidio que los jóvenes que utilizan sólo un método, debido a la dinámica emocional subyacente.
4. Los jóvenes cuya autolesión y otras conductas autodestructivas no han dado el fruto esperado de alivio del dolor emocional, tienen mayor probabilidad de recurrir al suicidio en comparación a los jóvenes cuya autolesión ha sido eficaz.
5. La persona que ha buscado en varias ocasiones ayuda para manejar su conducta de autolesión, y ha encontrado reiteradamente rechazo y exclusión, tanto de familiares como de profesionales de la salud mental o física, se encuentra en un estado de vulnerabilidad emocional en el que corre un peligro serio de llevar a cabo intento suicida.

---

## EN SUS PALABRAS

---

### Autolesión y suicidio

#### → Benjamín (16 años)

Cuando me siento tan depre y tan desgano, que pareciera que la única salida es el suicidarme, decido cortarme.

**No me quiero matar**, y la verdad es que me aterra cuando empiezo a pensar en ello. Yo sé que el cortarme me aleja del precipicio.

#### → Marcela (17 años)

Mis papás y el psiquiatra se la pasan metiéndome y sacándome del hospital de salud mental cada vez que me corto o me atasco de pastillas. Es una pérdida de tiempo. Piensan que si yo le pusiera ganas, nada de esto pasaría.

Todo se complicó hace tiempo. Salí con un novio y me obligó a tener sexo con él. Dicen que soy una dramática y que no se justifica “mi conducta”, o sea que no venía al caso que me quiera morir.

No entienden nada.

Finalmente me tocó un loquero que me hizo las preguntas exactas en el momento exacto, y así mis papás entendieron qué onda conmigo... bueno, yo nunca lo había expresado como él lo hizo... ni entendido.

Lo que había pasado es que mis papás empezaron a acusarme de que yo estaba así porque quería estar así; yo lo que quería en ese momento era largarme, ya que estoy harta de lo mismo, ni mis papás, ni los loqueros, entendían... Entonces, el cuate me preguntó:

—Cuándo te cortas, ¿tu meta es morir?

—¡**No!** Obvio que no.

—Es lo que imaginaba. Y al tomarte las pastillas, ¿querías morir?

—Ya no aguantaba... Sí

—Entonces, para ti, **el cortarte tiene una función diferente que el tomarte un frasco de pastillas**, ¿cierto? El cortarte soluciona el problema de cómo te sientes en

ese preciso momento, y el tomarte las pastillas es para que todo acabe y...

—Yo ya no siento nada nunca más.

—¿Cuántas veces te has cortado en el último año? ¿Las puedes contar?

—Muchas.

—Y, ¿cuántas veces has tomado una sobredosis de pastillas?

—Dos.

---

# EJERCICIO

---

## ¿Autolesión o intento de suicidio?

Completa la frase con la conducta apropiada: intento suicida o autolesión.

Ejemplos:

El propósito del / de la intento suicida es el de cesar la consciencia.

El propósito del / de la autolesión es aliviar emociones en escalada.

El nivel de daño físico del / de la no pone en riesgo la vida.

El nivel de daño físico del / de la pone en riesgo la vida.

El nivel de dolor emocional del / de la es incómodo e intermitente.

El nivel de dolor emocional del / de la es insoportable y persistente.

La imposibilidad para ver opciones de ayuda o alivio del / de la es extrema (visión túnel).

La imposibilidad para ver opciones de ayuda o alivio del / de la es poca o nula / (están abiertos a intentar sentirse mejor).

La visión que tiene del problema quien presenta es la “no solución”.

La visión que tiene del problema quien presenta es que tiene opciones para solucionarlo.

Quien realiza un / la es porque siente que ya no tiene control sobre nada.

Quien realiza un / la es para tener la sensación de control.

Conducta cuyo punto de partida es el desamparo:.

Conducta cuyo punto de partida es la desesperanza:.

Después de la conducta no hay una mejora inmediata del malestar:.

Después de la conducta hay una mejora inmediata del malestar:.

---

# DISCUSIÓN

---

## ¿Autolesión o intento de suicidio?

El propósito del **intento suicida** es el de cesar la consciencia.

El propósito de la **autolesión** es aliviar emociones en escalada.

El nivel de daño físico del la **autolesión** no pone en riesgo la vida.

El nivel de daño físico del **intento suicida** pone en riesgo la vida.

El nivel de dolor emocional del la **autolesión** es incómodo e intermitente.

El nivel de dolor emocional del **intento suicida** es insoportable y persistente.

La imposibilidad para ver opciones de ayuda o alivio del **intento suicida** es extrema (visión túnel).

La imposibilidad para ver opciones de ayuda o alivio del la **autolesión** es poca o nula / (están abiertos a intentar sentirse mejor).

La visión que tiene del problema quien presenta **intento suicida** es la “no solución”.

La visión que tiene del problema quien presenta **autolesión** es que tiene opciones para solucionarlo.

Quien realiza un **intento suicida** es porque siente que ya no tiene control sobre nada.

Quien realiza la **autolesión** es para tener la sensación de control.

Conducta cuyo punto de partida es el desamparo: **autolesión**.

Conducta cuyo punto de partida es la desesperanza: **intento suicida**.

Después de la conducta no hay una mejora inmediata del malestar: **intento suicida**.

Después de la conducta hay una mejora inmediata del malestar: **autolesión**.

Aunque las diferencias entre la autolesión y el suicidio saltan a la vista, algunas diferencias son sutiles y hay que mantener una actitud alerta para detectar señales de peligro.

Es cierto que el dolor emocional del que se autolesiona lo vive como insoportable, pero gracias al cortarse o quemarse logra sobrellevarlo.

Cuando el dolor emocional es intolerable y constante, cuando la autolesión ya no sirve como escape, cuando ya no encuentran otra salida, el suicidio empieza a considerarse como la opción única.



# CAPÍTULO 5

## AUTOLESIÓN Y ABUSO SEXUAL

---

Este capítulo explora la relación que hay entre autolesión y abuso sexual. Primero se definirá el abuso sexual para después proponer algunas razones por las que una persona que sufre o sufrió abuso sexual recurre a la autolesión.

## ABUSO SEXUAL

El abuso sexual es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una de ellas<sup>37</sup>.

Se considerará como abuso sexual infantil “los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor”<sup>38</sup>.

Las estadísticas de diferentes países arrojan datos similares, indicando que hasta un 39% de niñas y un 29% de niños han sufrido abuso sexual<sup>39</sup>. El 80% de las víctimas oscilan entre 10 y 14 años de edad, y el abuso es realizado por una persona conocida en repetidas ocasiones<sup>40</sup>.

En la mayoría de los casos, los niños y adolescentes que sufren abuso sexual no lo dicen, y sus agresores hacen lo posible para que nadie lo sepa. Como el agresor casi siempre es una persona conocida y de confianza de la familia, la víctima tiene aún más dificultad en delatarlo, y a la familia no se le ocurre que la persona de confianza dañe a un ser querido. También se da el caso que aun al saberlo, sean incapaces de creerlo y protejan al agresor.

Los indicadores que pueden permitir saber si un niño o joven fue o está siendo abusado sexualmente se encuentran enlistados en el apéndice C.

## RELACIÓN ENTRE ABUSO SEXUAL Y AUTOLESIÓN

La autolesión es una de las conductas que puede desarrollar una persona que sufrió o sufre abuso sexual. El primer estudio sobre esta relación, mostró que el 50% de las personas que se autolesionan habían sufrido abuso sexual durante la infancia<sup>41</sup>. Una década después, se realizaron investigaciones que arrojaron resultados similares: en un estudio con 94 personas que se autolesionaban, el 55% de ellas reportaron haber o estar sufriendo abuso sexual<sup>42</sup>; estadísticas sobre autolesión reportan que casi el 50% de los que se autolesionan han reportado haber sufrido abuso sexual<sup>43</sup>; otro estudio reveló que entre las personas que se autolesionan existe una proporción más elevada con historia de abuso infantil que entre las que no se autolesionan<sup>44</sup>.

Es importante mencionar que estas estadísticas no implican que la persona que sufrió abuso sexual infantil que se autolesiona lo hace únicamente por esa experiencia<sup>45</sup>. Lo que indican es que la autolesión está presente en algunas personas que sufrieron abuso sexual en la infancia. También hay que tener en cuenta que una persona que sufrió o sufre abuso sexual no necesariamente recurrirá a la autolesión.

Hay diversas explicaciones del porqué una persona que sufre o sufrió abuso sexual se autolesiona. La relación entre ambas no ha sido totalmente aclarada. Una explicación es que una persona que sufrió abuso sexual puede estar presentando trastorno de estrés postraumático, aunado a una mala regulación de emociones, lo cual la lleva a autolesionarse. Otra explicación puede ser de índole simbólico, en la que se establece una relación entre ambos sucesos: las heridas psicológicas que dejó el abuso sexual se manifiestan en las heridas corporales de la autolesión.

Para entender y analizar qué función tiene la autolesión en una persona con historia de abuso sexual, la autora realizó un estudio con 40 personas que se autolesionaban y que reportaron haber sufrido abuso sexual en su infancia<sup>46</sup>.

Una de las posibles razones que se descubrieron de la relación entre el abuso y la autolesión fue que, el hacerse daño, les permitía de manera inconsciente expresar, concretizar y controlar sentimientos y experiencias del abuso, que verbalmente no había sido posible comunicar en su momento. La relación inconsciente entre ambos eventos pudo surgir a raíz de que la “carga emocional” en el momento en que se empieza a generar el dolor emocional incomunicable, es muy similar a la “carga emocional” que sintió cuando se suscitaba la posibilidad del encuentro con el agresor. Esta similitud es lo que puede provocar que la persona decida hacerse daño.

El cortarse o quemarse permite concretizar un dolor y una experiencia emocional al reconstruirla con un dolor físico y marcas visibles y bajo control. Permite tomar acciones que no se podían tomar en el momento de sufrir el abuso sexual, como es el decidir cuándo, cuánto y cómo lastimarse, el cuidar de sí mismo después del acto, y el manejo y entendimiento de la culpa y vergüenza provocada.

Para entender paso a paso el porqué una persona que sufre o sufrió abuso sexual puede llegar a autolesionarse, es necesario examinar en detalle el proceso por el que pasa una persona que requiere de autolesionarse, así como los eventos por los que pasó al sufrir abuso sexual. A través de ambas descripciones se puede conocer el papel que juega la autolesión en cuanto a “darle solución” a lo que no se pudo hacer en el momento del abuso.

### → **Secuencia de eventos de autolesión**

La mayoría de las personas que se autolesionan, pasan por las siguientes fases:

Se presenta una situación que genera un conflicto emocional donde la persona se siente **desamparada**, enojada, sola, angustiada, frustrada, impotente o culpable. (Esta situación puede ser externa. Por ejemplo, un conflicto con alguien, ser rechazado, reprobar un examen, o interna: recuerdo doloroso).

Enseguida hay una escalada de **emociones que se vuelven intolerables**, generando un dolor emocional cada vez más agudo. La escalada se da debido a que la persona no logra identificar ni expresar lo que siente. No sabe cómo controlar sus emociones.

Ante la **necesidad de apaciguar esas emociones** para poner un alto a la tormenta emocional, la persona decide autolesionarse y busca los utensilios con los que va a hacerlo. Se va a un lugar privado donde no lo descubran.

Se **desconecta** (de sí mismo y de la realidad) unos segundos para poder empezar a cortarse o quemarse y se **autolesiona**.

Después de hacerse daño siente un **alivio** de su dolor emocional, y siente que tiene un grado de control. Se siente vivo y tiene una sensación de **reintegrarse**, de recobrar la compostura.

Cuando procede a **curarse las heridas**, se siente **protegido** ante las vicisitudes que suceden a corto plazo. Cuando se incorpora a sus actividades diarias, las cicatrices representan una **evidencia concreta** de haber vivido un dolor insoportable, y de haber logrado salir adelante.

Poco tiempo después, le invade una sensación de **vergüenza y culpa concretas** de haberse autolesionado, y con esto hace que se sienta más imposibilitado para hablar de ello.

### → **Secuencia de eventos del abuso sexual**

El abuso sexual normalmente se da durante un lapso de tiempo y, en general, el agresor abusa repetidamente de la víctima. Las fases por las que pasa la víctima son las siguientes<sup>47</sup>:

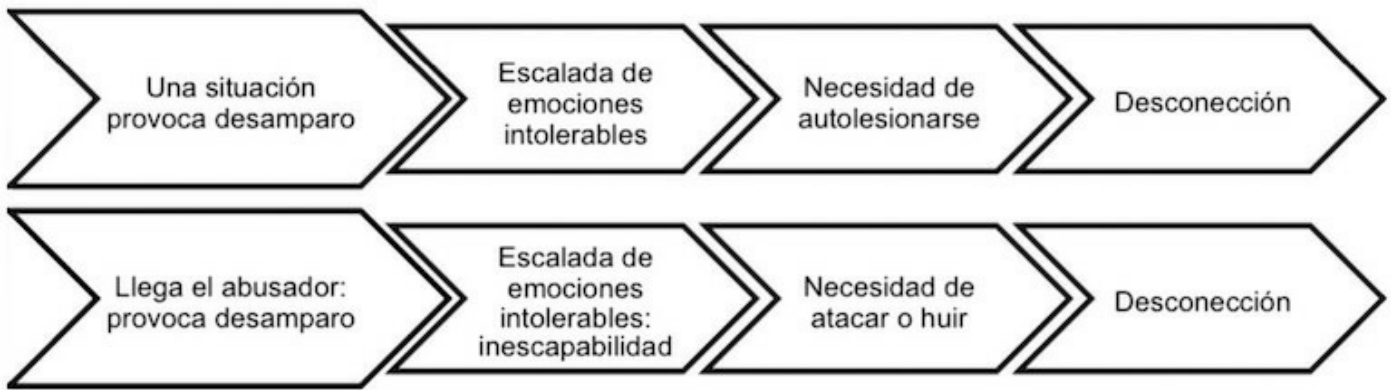
Se presenta el abusador, generando en la víctima una sensación de **desamparo** por encontrarse abandonada y sin protección. A esto le sigue una escalada de **emociones intolerables**, ya que sabe que será difícil (si no imposible) escapar tanto del agresor como del tumulto de emociones. La reacción instintiva de la víctima es la de **huir o atacar**, pero no puede; la intención de delatar lo que pasa, de decir “no”, es suprimida por el abusador. Después de repetidos abusos, ya no es necesario que el agresor la controle, ella misma está convencida de que no lo puede **delatar ni escapar**. La anticipación del acto de abuso, hace que la persona se **desconecte** (de sí misma y de la realidad) para tolerarlo. Durante **el acto** la víctima se somete y se convence de que es inevitable.

Al terminar el acto, la víctima permanece en un estado emocional caótico y de “desintegración”, de **confusión**. Como resultado de todo esto viene el **auto-rechazo** y el **auto-reproche**, y a menudo la víctima se queda llena de **dolor físico o emocional, de soledad y de miedo**.

Finalmente, le invade una sensación de **culpa, suciedad y vergüenza generalizadas**, y esto hace que se sienta más imposibilitada para hablar de ello.

### → **Relación entre las secuencias del abuso sexual y la autolesión**

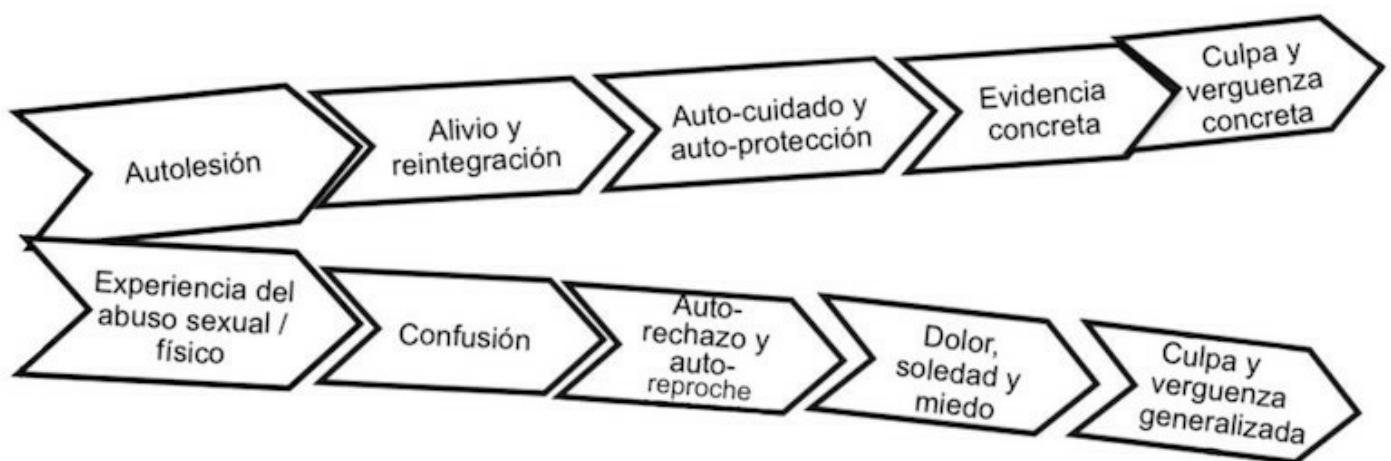
Al exponer simultáneamente los sucesos del abuso y de la conducta de autolesión, podemos ir comparándolos. Hasta el momento de que la persona se desconecta, se puede apreciar que la experiencia emocional es muy similar.



En ambos casos, se inicia la vivencia con una sensación de desamparo. La tormenta emocional que se va generando, también ocurre en ambos casos, con la diferencia de que la persona que está sufriendo abuso sexual, al encontrarse ante el agresor, siente que no tiene escapatoria.

A la par, surge una necesidad de “actuar” que les ayuda a no tener que hacer frente a lo que sienten, a lo que les espera. La persona que está sufriendo el abuso sabe que es casi imposible escapar y, de manera inconsciente, se disocia para poder aguantar la agresión. La persona que se autolesiona, debido a que no logró parar a tiempo la tormenta emocional, siente que esa es la salida más plausible y, para lograr hacerse daño, inconscientemente se disocia unos instantes.

Después del acto en sí del abuso o de la autolesión, la vivencia interna de la persona toma rumbos diferentes.



En el caso de la **autolesión**, la persona lleva a cabo acciones que no pudo realizar cuando en el pasado inmediato estaba sufriendo el dolor emocional.

En el caso de la **agresión sexual**, la víctima se queda sintiendo confusión y auto-

rechazo; se reprocha lo sucedido, y vive miedo, soledad y dolor. Al **autolesionarse** logra sentir alivio de lo que le abrumaba, se da permiso de cuidar sus heridas, de protegerse de su entorno. Ya no se siente sola, pues la acompaña la evidencia concreta de su dolor y su logro por salir adelante.

Aunque en ambos casos siente culpa y vergüenza de lo sucedido, la persona que se autolesiona sabe exactamente a qué se debe su vergüenza (a hacerse daño), ayudándole a concretar su experiencia. La culpa y la vergüenza después de cada acto de abuso es generalizada, y exacerba la soledad y la angustia de la experiencia.

Los resultados del estudio arriba descrito ofrecen la hipótesis: “de manera inconsciente, el camino que toma la autolesión viene a dar una solución temporal a lo que la persona no pudo resolver en el momento del abuso”.

### **→ Abuso sexual presente y pasado**

La persona que se autolesiona y que reporta abuso sexual, puede estar viviendo uno de estos dos escenarios:

#### **Abuso sexual en el presente**

Si existe la más mínima sospecha de que la persona que se autolesiona está sufriendo abuso sexual, es imperativo recurrir a una psicoterapeuta o a un centro de atención para víctimas de abuso (ver apéndice A). En estos casos lo más importante es atender la situación de abuso antes que otra cosa.

La autolesión en una persona que está sufriendo abuso sexual puede estar cumpliendo las siguientes funciones:

1. Tener control sobre su cuerpo al hacerse daño cuándo quiere, como quiere y en donde quiere.
2. Hacer “las paces” con su cuerpo al darle una “solución” al daño después de autolesionarse, ya que se cuida y se protege.
3. Tener algo concreto, como cicatrices, que pueda esconder y a las que pueda atribuirles la causa de su vergüenza.
4. Castigar su cuerpo por sentirse responsable del abuso sufrido.
5. Sobrellevar la experiencia del abuso.

#### **Abuso sexual en el pasado**

En caso de que una persona que se autolesiona haya sufrido abuso sexual en el pasado, es importante ayudarlo a comprender.

1. La función que está cumpliendo la autolesión (ver párrafo anterior) y
2. que el problema que tiene que enfrentar es el del abuso y las consecuencias que haya tenido en su vida.

---

## EN SUS PALABRAS

---

### **Abuso sexual en el presente y en el pasado**

#### **→ Mujer (19 años) - Abuso sexual presente**

Salí del baño y frente a mí estaba el esposo de mi mamá. Vi en su rostro el asombro que sintió cuando me vio, cuando vio mis brazos llenos de cortes.

Sabes, me sentí satisfecha de tener ese derecho, el derecho de decidir hacerme daño a mí misma cómo quiero y cuándo quiero.

Ya que no tengo derecho a decidir por mi cuerpo, ni por mis sentimientos, ni por mi vida, me da gusto que aunque sea para lastimarme.

### **Comentario**

Durante la experiencia del abuso sexual, la víctima no tiene control sobre las acciones del agresor. En cambio, cuando se autolesiona, decide cuándo, cómo y dónde. Además, tiene la posibilidad de cuidar de sus heridas, acto que es casi imposible después de cada encuentro de abuso sexual.

#### **→ Mujer pidiendo ayuda a través del sitio de internet de ayuda (26 años) - Abuso sexual en el pasado**

Sufrí abuso desde muy pequeña. Hasta los 12 años. Busqué ayuda profesional y estuve alrededor de 6 años de terapia.

Me corté desde los 8 años hasta los 17. Las terapias me ayudaron a darle un lugar a tanto dolor y me ayudaron a valorarme y a enfrentar el dolor. Dejé de cortarme. Al cumplir la mayoría de edad, me cambié de ciudad, lejos de mi pasado. Ingresé en la universidad y conocí nuevas personas y un buen ambiente.

Hace tres semanas me han entrado ganas inmensas de cortarme de nuevo, cada vez que veo un cuchillo o cualquier cosa con la que podría hacerme daño. Ansío sentir lo que sentí antes.

No sé si me estoy deprimiendo. Pero creo que la razón es miedo y frustración.

Conocí a un hombre con el que tengo planes de vivir juntos. Él es para mí lo más importante; es de gran apoyo. El gran problema es que jamás le he dicho nada de lo que ha sido mi pasado, del sufrimiento que viví y tampoco le he dicho que me cortaba.

El miedo es tan inmenso que me lo impide, tengo pánico de que me deje cuando se entere. Es difícil de ocultar, ya que tengo muchísimas cicatrices en todo el cuerpo.

Hasta ahora no hemos tenido intimidad. Tengo mucho miedo de que los recuerdos del abuso me invadan. Deseo decirle la verdad pero me frustra el sólo pensarlo. Ahora quiero cortarme de nuevo y sé que no debo, ya que el problema seguirá allí.

No sé si es que no he logrado superar el abuso sexual que sufrí o es que estaré loca. Me siento totalmente impotente y no quiero caer de nuevo en una depresión.

¿Cómo puedo **no** caer de nuevo en ello?

### **Respuesta que se le dio a la mujer<sup>d</sup> por internet**

¡Hola! Antes que otra cosa: **no** estás loca.

Tienes miedo, y cuando te encuentras ante una situación difícil, lo natural es recurrir a lo que alguna vez te sirvió, que es la autolesión.

Tienes miedo porque vas a empezar una relación íntima con un hombre y eso siempre revuelve todo lo del abuso. Tienes miedo porque va a ver tus heridas y no quieres que te deje.

Este miedo es que te hace tener ganas de cortarte. Hay un dicho que dice “Mas vale malo por conocido que bueno por conocer”.

Ahora vamos por partes:

1. El tener ganas de cortarte no implica que lo tengas que hacer. Implica que hay algo que no estás pudiendo expresar ni manejar.
2. El abuso sexual deja secuelas, y el empezar una relación con alguien hace que revivas todo.

Creo que es importante que tu novio sepa que sufriste abuso sexual. Da mucha pena decirlo y se revuelven muchas cosas, pero el haber sufrido abuso no fue tu culpa.

Es importante decirlo por varias razones:

1. Él te puede entender mejor.

2. Cuando te invada el miedo o un recuerdo del abuso, lo puedes platicar.
3. El compartirlo le quita “lo secreto”, que es lo que va carcomiendo el alma.

El 55% de las personas que se autolesionan sufrieron abuso sexual. Esto es debido a que, el cortarse, ayuda inconscientemente a manejar el trauma.

Las razones por las que la autolesión es una forma inconsciente de darle una solución temporal al abuso son las siguientes (en resumidas cuentas):

1. Te permite tener control. Tú te autolesionas cuándo quieres, cuánto quieres y dónde quieres. Cuando una sufre abuso no tiene control.
2. Después de autolesionarte, sientes un alivio. Después del abuso es pura confusión.
3. El cortarte o golpearte te deja una marca visible, clara y concreta. Lo que deja el abuso no es claro, ni visible, ni concreto.
4. Las heridas de la autolesión te las puedes cuidar, te puedes dar cariño, estar pendiente de que no se infecten. Después de cada episodio de abuso es muy difícil cuidarse, y es más difícil darse cariño, ya que las emociones que causa el abuso son de odio hacia una misma, de sentirse que es sucia, etcétera.
5. Ya que te cuidaste las heridas, viene una sensación de vergüenza y culpa de haberlo hecho. Pero también es muy concreto, tienes evidencia de lo que hiciste. En el caso del abuso, la vergüenza y la culpa te invaden pero no puedes definir las tan claramente.

Todo es inconsciente.

La autolesión viene a dar una solución temporal al abuso.

Es más fácil manejar la autolesión que el abuso.

Es más fácil pensar en la autolesión que en el abuso

Esto te lo digo porque si te das cuenta, el problema es que sufriste abuso sexual, no que te cortabas. La cortada viene a aliviar emociones actuales, vinculadas a la experiencia del abuso.

---

# EJERCICIO

---

## Fases del abuso sexual y la autolesión

A continuación se presentan las secuencias de la autolesión y del abuso sexual. Lee la secuencia completa de autolesión, y después la secuencia completa de abuso sexual.

	<b>Autolesión</b>	<b>Abuso sexual</b>
<b>Fase uno</b>	Un enojo me lleva a sentirme cada vez peor. Ya no me quiero sentir así y lo único que se me ocurre es ir por mi navaja. Esta vez decido hacerme cuatro cortes pequeños en el antebrazo derecho.	Abro la puerta de la casa y ahí está. Quisiera darme la vuelta pero ya no puedo. Me dice que me trajo lo que le había pedido. Se me vuelca el estómago. Voy y nadie dice nada. Esta vez decide tocarme por todos lados.
<b>Fase dos</b>	Logro respirar. Me limpio. Me paso la mano por donde me duele y me siento segura y protegida. Al día siguiente me viene la culpa de haber caído otra vez en lo mismo. Me da pena lo que hice, pero me cubro bien donde se nota; sé que no estoy sola y que logré sobrevivir.	Me quedo sola y me da asco mi cuerpo. Me gustaría desaparecer. Cualquiera que me vea se va a dar cuenta de lo que pasó.  = No valgo nada. = Mañana no sé si logre sobrevivir.

Ahora, intercambia la fase dos del abuso sexual por la fase dos de la autolesión. Vuelve a leer las nuevas secuencias desde la fase **uno**.

1. ¿Cómo se viviría cada caso, con la fase dos intercambiada?
2. ¿Tendría la misma función el autolesionarse con el final intercambiado?
3. ¿El caos emocional sería el mismo después del acto físico del abuso sexual con

las frases intercambiadas?

---

# DISCUSIÓN

---

## **Fases del abuso sexual y la autolesión**

La autolesión permite expresar, concretizar y manejar los sentimientos y experiencias que no han sido posibles comunicar verbalmente. El cortarse o quemarse permite concretizar un dolor y una experiencia emocional; reconstruirlo como un dolor físico, visible. El decidir cómo, cuándo y dónde lastimarse da la sensación de que se tiene control sobre “algo”.

Al intercambiar la fase 2 (del ejercicio) implicaría que, el autolesionarse, ya no cumple con las funciones del cuidado y protección que se logran, atendiendo y escondiendo las heridas. Por lo tanto, lo más probable es que si una persona se autolesiona y su fase final no tiene estos elementos, no siempre utilizaría la conducta para manejar su dolor emocional.

En el caso del abuso sexual, al intercambiar la fase 2, el caos emocional que se siente después de cada evento sería menor. El impacto que esto podría tener en el desarrollo psicológico y físico de la persona es desconocido. Pero en el momento que sucede, el control que se logra y la disminución del caos emocional es más que bienvenido.

---

## SEGUNDA PARTE

# VIVIENDO SIN AUTOLESIÓN

---

## **Capítulo 6. Primeros pasos para dejar de autolesionarte**

Dirigido a la persona que se autolesiona

## **Capítulo 7. Psicoterapia: una opción de ayuda profesional**

Primera parte: dirigido a la persona que se autolesiona

Segunda parte: dirigido al psicoterapeuta

## **Capítulo 8. Para familiares y amigos**

Dirigido a familiares y amigos de una persona que se autolesiona

## **Capítulo 9. Historias**

Susana, Miguel e Irma



## CAPÍTULO 6

### PRIMEROS PASOS PARA DEJAR DE AUTOLESIONARTE

---

Este capítulo está dirigido, en primera instancia, a la persona que se autolesiona. Sin embargo, es de utilidad leerlo —aunque el lector no se autolesione—, ya que le permitirá entender por lo que tiene que pasar la persona que se autolesiona para atreverse a hablar de ello.

**Sí se puede vivir sin autolesión.** Toma tiempo, apoyo, paciencia y cariño de uno mismo y de los seres queridos. Dejar de autolesionarse es difícil, y requiere de reflexión y preparación.

En este capítulo hay información y consejos para la preparación inicial:

- Entender la autolesión y el porqué te ha servido hasta ahora para enfrentar el **dolor emocional**.
- Saber cómo empezar a platicarle a alguien que te autolesionas.
- Crear las mejores condiciones para que puedas empezar a pensar en una vida sin autolesión.
- Empezar a que seas tú quien tiene control sobre el hacerte daño y no las circunstancias o el impulso de hacerlo.

Puedes llevar a cabo estos primeros cuatro puntos con la guía que te damos, o bien, con la ayuda de una persona cercana o una psicoterapeuta.

Después, será importante aprender a identificar y manejar tus emociones, así como hablar y entender los eventos que, como traumas o situaciones dolorosas, subyacen a la autolesión. Esto es lo que te permitirá **no** tener que recurrir a la autolesión o a otras conductas de auto-daño.

## IDENTIFICAR LO QUE SENTIMOS

Todos tenemos pensamientos, recuerdos, creencias o eventos que suceden que son excesivamente dolorosos. Cuando esto sucede, tenemos que enfrentarlos, sentir y tolerar el dolor emocional que provocan, para así manejarlos de una manera positiva. No todos hemos desarrollado las habilidades para lograr esto, y es así que tenemos que desviar o centrar nuestra atención en otra cosa: conductas de auto-daño como es la autolesión.

El problema es que cuando desvías el dolor emocional haciéndote daño, nunca te enfrentas a ese dolor emocional y, por lo tanto, nunca va a disminuir su intensidad. Regresa y regresa y te tienes que seguir cortándote, quemándote o golpeándote.

Para vivir sin la autolesión tienes que **enfrentar el dolor emocional**. No es fácil, pero cada vez que te logras enfrentar cara a cara con él, aprendes a sentirlo y tolerarlo. Gracias a ello va perdiendo su poder de derribarte. Para esto necesitas ir construyendo tolerancia a la angustia y al miedo. Te tienes que enfrentar poco a poco con los eventos que te han llevado hasta aquí.

Hablar de los miedos, temores, vergüenzas, coraje, tristeza, le quita al dolor emocional esa fuerza que te hunde. Poco a poco lo vuelves recuerdos del pasado y no enemigos del presente.

## COMUNICAR LO QUE NOS PASA

Hablar sobre la autolesión es un paso importante, difícil y requiere de mucho valor.

Hay que decidir a quién decirle. Puedes hacer una lista de personas probables: mamá, papá, maestros, tíos, abuelos, padrinos, primos mayores, alguien que consideres que es buen escucha. Recuerda que lo más probable es que la persona no conozca qué es la autolesión. Es por esto que tú tienes que entenderla y poder explicar el porqué una persona necesita recurrir a ella.

Ya que seguramente tus familiares o amigos (y los de cualquier persona que se autolesiona) no sabe sobre el tema, el capítulo 8 está dirigido a ellos, explicándoles cómo acercarse a su ser querido para poder brindar apoyo y confianza.

Hay dos formas de abordar el tema: en persona o por escrito.

Si es en persona, escoge un lugar privado y un momento de calma. Asegúrate que haya tiempo suficiente para abordar el tema con tranquilidad. Hazlo en un lugar donde todos estén cómodos y no haya necesidad de preocuparse de que otros oigan.

Si es por escrito, se lo puedes dar y esperar a que termine de leerlo para platicarlo. Si es a través del correo electrónico, es recomendable que después de mandarlo te comuniqués con ellos, ya sea por chat o por teléfono.

Guía para empezar la plática:

1. Decir que te es **muy** difícil empezar hablar.
2. Comparte los nervios que tienes de hablar sobre lo que te pasa por miedo a que te dejen de querer o te regañen.
3. Dile cómo te sientes en ese momento.
4. Explícale cómo te sientes en general día a día: triste, angustiado, con enojo, solo, etcétera.
5. Hazle saber que tu decisión de contarles lo que te está pasando es una señal de tu amor y confianza en ellos. Por lo general, una persona decide contarle a alguien sobre esto porque le tiene cariño; necesita su apoyo y está cansada de ocultarle una parte de sí misma.

Guía para hablar sobre la autolesión:

Es importante centrarte en el **dolor emocional** más que en el acto de la autolesión.

1. Afírmale que **existe** tu dolor.
2. Explícale que no sabes cómo expresar, ni manejar, tu dolor emocional.
3. Compártele que no sabes de dónde viene ese dolor emocional.
4. Explícale que no has encontrado formas positivas de parar tu dolor.
5. Dile que tu dolor emocional es tan intenso que, para calmarte, te haces algo físico.

Después de esta introducción, es probable que la persona tenga que asimilar la información. Dale tiempo. Pídele que te avise cuando esté lista para seguir hablando. A partir de ese momento la conversación empieza a fluir sola.

Es común que el escucha esté asustado por no saber qué decir o qué pensar. Este es un buen momento para sugerirle leer sobre el tema para después seguir platicando. Incluso puedes llevar tu libro contigo. Te acompaña.

Recomendarle al que te escucha la lectura de un libro sobre autolesión tiene las siguientes ventajas:

- a. Se da cuenta que es una conducta que sí existe.
- b. Si ya hay libros sobre el tema, significa que no eres la única persona que lo hace, ni él / ella la única que se encuentra ante esta situación.
- c. Si siente que no sabe cómo “acomodar” todo lo que acaba de escuchar, tener un libro le ayuda a organizar sus ideas.
- d. Si no sabe cómo ayudarte, hay libros que lo pueden guiar (como el capítulo 8 de este libro).
- e. Si leen el mismo libro, tendrán el mismo “vocabulario” sobre qué es la autolesión y será más fácil platicar de tus necesidades.

El tener los siguientes consejos en mente cuando hables sobre el hecho de que te autolesionas, ayuda a que la conversación fluya:

- Haz lo que para ti es natural en cuanto a la forma de abordar el tema. Confía en tu propio juicio, ya que tú te conoces a ti mismo, a tu familia y a tus amigos
- Recuerda que puede ser casi tan difícil para él oírlo como lo es para ti decirlo.
- Es común que la persona se pregunte por un lado qué hizo mal o cómo podría haber impedido que tú te autolesionaras y, por otro lado, condene la conducta. Aunque diga cosas que no te suenan como ciertas o justas, mantente abierto a escuchar lo que tiene que decir. Esto te ayudará a que te quede más claro qué

concepciones equivocadas tiene sobre tu conducta.

- Proporciona la mayor información que puedas. Esto es **determinante**. Mientras más sabe alguien sobre algo, menos le teme. Muchas personas no han oído nunca hablar de la conducta de autolesión o han leído artículos en periódicos populares sensacionalistas.
- Muéstrate dispuesto (y preparado) para contestar sus preguntas. Posiblemente deberás educarlo sobre la autolesión.
- Anímalo a hacer cualquier pregunta que pueda tener. Si te hace una pregunta para la que no tengas una respuesta o prefieres no contestar, dile “no sé” o “no sabría decir” o, incluso, “prefiero no entrar en eso ahora mismo”. Sé lo más abierto que puedas.
- Conviene tener una buena idea en mente de lo que quieres hacer en cuanto a la autolesión, ya que te lo puede preguntar. Por ejemplo:
  1. ¿Cómo te pueden ayudar?
  2. ¿Quieres que te ayuden a detenerlo o a controlarlo?
  3. ¿Quieres ir a terapia? (Ver capítulo 7)
  4. Si no quieres ir a terapia, ¿cuál es la razón fundamental de no querer?
  5. ¿Qué tanto quieres hablar del tema?
  6. ¿Con quién más lo quieres compartir?
  7. ¿Con quién no lo quieres compartir?, ¿por qué?

Recomendamos tener cuidado con lo siguiente:

1. No uses tu conducta de autolesión como arma de castigo: “¡ah, si, miren, me hicieron que me cortara / quemara / rasguñara / golpeará!”
2. No empieces a culpar al otro de tus autolesiones. Cada quién es responsable de sus actos. Si comienzas a enojarte y a culpar, vas a poner a la otra persona a la defensiva y se enfadará. Todo el proceso se atascará y será horriblemente desagradable e improductivo.
3. No es necesario sacar a la luz los temas más perturbadores en la primera conversación. No comiences describiendo con vivos detalles tu forma de autolesionarte. Lo mejor será evitar descripciones gráficas de lo que haces; si te preguntan, solamente di “me corté la muñeca” o “golpeé las paredes hasta que me salieron moretones” o lo que sea. Puedes dar detalles (si es necesario) en alguna

otra conversación.

## PREPARARSE PARA VIVIR SIN AUTOLESIÓN

El decidir dejar de autolesionarte es una decisión tuya y difícil de tomar. Es una decisión que hay que considerar, tomándote todo el tiempo necesario antes de que estés decidido a vivir una vida sin cicatrices y moretones. Si no te sientes listo para tomarla, mientras tanto puedes decidir prepararte para controlarla.

La siguiente lista sugiere cuáles son las mejores condiciones para contemplar una vida sin autolesión<sup>48</sup>. Mientras más condiciones cumplas, estarás mejor preparado para no continuar haciéndote daño. Pon una marca en las condiciones que sientes que hoy ya puedes cumplir.

- Tengo una red de apoyo emocional sólida de amigos, familia o profesionales a quienes puedo acudir cuando tengo la necesidad de hacerme daño.
- Hay por lo menos dos personas a las que les puedo hablar si me quiero hacer daño.
- Puedo platicar de la autolesión sin sentirme muy incómodo, con al menos tres personas.
- Tengo una lista de al menos 10 cosas que puedo hacer en lugar de autolesionarme.
- Tengo un lugar a donde ir si tengo que salir de mi casa para no tener que hacerme daño.
- Siento la confianza en mi mismo de poder deshacerme de los utensilios que uso para hacerme daño.
- Ya le dije a por lo menos dos personas que voy a dejar de autolesionarme.
- Estoy dispuesto a sentirme perturbado, asustado y frustrado, y tolerarlo sin dañarme.
- Tengo la confianza en mi mismo de que puedo pensar en hacerme daño sin tener que actuarlo.
- Quiero dejar de hacerme daño.

A lo mejor hoy marcaste sólo una condición. No importa. El tenerlas presentes te puede ayudar a tratar de crear las circunstancias para que se den cada vez más condiciones.

Todas estas condiciones son importantes y necesarias. Hay tres de ellas que son cruciales:

1. Tener una red de apoyo emocional sólida de amigos, familia o profesionales a los

que puedes acudir cuando sientes la necesidad de hacerte daño. El saber que no estás solo y que tienes con quien compartir tus alegrías y tristezas, ayuda a fortalecer tu “yo” interior.

2. Estar dispuesto a sentirte perturbado, asustado y frustrado, y tolerarlo sin dañarte. Estas emociones todos las llegamos sentir, sin importar el tipo de vida que tengamos. Es importante lograr sentir las sin que nos derriben y aprender a enfrentarlas sin hacernos daño. La psicoterapia es una forma de aprender a enfrentarlas. En el siguiente capítulo te explicamos cómo es esto.
3. Tener la confianza en ti mismo de que puedes pensar en hacerte daño sin hacerlo. Dado que la autolesión se vuelve un hábito, es normal que ante una situación agobiante, lo primero que te venga a la mente es el autolesionarte. El hecho que lo pienses no implica que lo debas hacer. El pensarlo implica que hay algo que necesitas que no estás pudiendo comunicar o pedir.

## CONTROLAR LA AUTOLESIÓN: ESTRATEGIA

Trata de responder a la siguiente pregunta:

¿Quién controla a quién,

**→ la necesidad de autolesionarte te controla.**

o

**→ tú controlas la necesidad de autolesionarte?**

Para que la autolesión sea una “opción” y no un imperativo, puedes empezar por tener control sobre tu necesidad de hacerte daño.

La estrategia que recomendamos para tener control, es la de responder al siguiente cuestionario cada vez que tienes la necesidad de autolesionarte. Después de llenarlo, sirve mucho poder platicar con alguien tus respuestas.

La idea de esta estrategia es que después de llenar el cuestionario varias veces, empiezas a:

1. Detectar qué situaciones y emociones te ponen en riesgo de necesitar autolesionarte.
2. Averiguar lo que no estás logrando comunicar, lo cual te lleva a tener la necesidad de hacerte daño.
3. Lograr que poco a poco se vuelva una opción y no una necesidad.

Te sugiero llenarlo antes de sacar la navaja, el encendedor o antes de acercarte a una pared para golpearte. Más de cien personas han utilizado este cuestionario y reportan que es posible llenarlo antes de autolesionarse.

A continuación se explicará cada una de las preguntas. En el apéndice D podrás encontrar la estrategia para que le saques copias y lo tengas a la mano.

1. ME SIENTO:

Ejemplo: triste, solo, enojado, frustrado, con miedo, con culpa, no sé.

Antes de hacerte daño, trata de escribir en una o varias palabras qué sientes. Esto ayuda a conectarte y darle voz a tus sentimientos. Si no sabes, escribe: no sé. Poco

a poco vas a identificar qué estás sintiendo.

2. LO QUE ME HIZO SENTIRME ASÍ FUE:

Ejemplo: una riña, que alguien no me entendió, dije algo que no quería decir, tuve relaciones sexuales, algo que pasó en la escuela, no sé.

Es importante identificar lo que está pasando cada vez que tienes la necesidad de autolesionarte. De esta manera, después de un tiempo podrás analizar qué situaciones te hacen sentir vulnerable.

3. EN ESTE MOMENTO, SI PUDIERA ME GUSTARÍA:

Ejemplo: pedir que me den cariño, un abrazo, gritar hasta más no poder, llorar, pedir una disculpa a sutanito, decir tal o cual cosa a fulanito, no sé.

Trata de imaginar qué te gustaría hacer. Es probable que por ahora no puedas hacerlo, pero eso no es lo importante. Escribe lo que **quisieras** poder hacer. Algún día lo harás y para eso tienes que empezar por pensarlo.

4. ME QUIERO AUTOLESIONAR PORQUE ASÍ VOY A PODER:

Ejemplo: olvidarme de todo, sentir mi cuerpo, castigarme, ya no pensar, dormir, darme atención y cuidado.

Saber qué buscas al autolesionarte es importante. Hoy por hoy utilizas el hacerte daño para lograrlo. El día de mañana, consciente de lo que necesitas, aprenderás otras maneras de conseguirlo sin tener que violentar tu cuerpo.

5. ANTES DE AUTOLESIONARME VOY A:

Ejemplo: darme una ducha de agua caliente, oír música a todo volumen, dibujar, hablarle a una amiga, brincar sobre un pie diez veces, nada.

Cuando solamente estás pensando en hacerte daño, tu cuerpo se tensa y tu mente se ofusca en un solo pensamiento. Al colocar en acción a tu cuerpo y mente en otras cosas ayuda a poner en perspectiva lo que sientes. Es como sacudirte un poco tu tristeza, enojo, soledad y ver al mundo menos hostil.

**→ Trata de hacer lo que dijiste (en el punto 5)**

Es importante tratar de hacer la acción que decidiste. Toma el control de tu decisión y no dejes que la necesidad de hacerte daño tome posesión en este momento.

6. ¿Todavía me quiero autolesionar?, sí o no

Es tu decisión. Tienes la opción de autolesionarte o no. Piensa en:

- a. ¿Qué quieres hacer en este momento?
- b. ¿Cómo te vas a sentir en media hora si tomas la decisión de autolesionarte?
- c. ¿Cómo te vas a sentir en media hora si decidiste no autolesionarte?
- d. ¿Vale la pena?

7. SI TU RESPUESTA ES SÍ, entonces tienes que ponerte límites en cuanto al daño que te vas a hacer. Proponte que sea menos que de costumbre. Decídelo antes de lesionarte. Toma el control de cuánto te vas a autolesionar, y se fiel a tu palabra. Cuida tus heridas.

8. SI TU RESPUESTA ES NO, goza tu decisión. Hoy por hoy fuiste tú quien tuvo control sobre la autolesión.

En un estudio<sup>49</sup>, 57 personas se comprometieron durante un mes a que, cada vez que tenían la necesidad de autolesionarse, llenaban el cuestionario antes de hacerse daño. Y si querían, enviarán la respuesta a un correo electrónico en el que se les daría seguimiento. Todos enviaron sus respuestas.

En cuanto al control que lograron sobre la conducta:

- A nueve de ellos, el llenar el cuestionario les ayudó a optar por no autolesionarse durante ese mes.
- Treinta y nueve tuvieron mucho más control sobre la conducta, logrando bajar el número de veces que se hacían daño a la mitad. Y de las veces que si se autolesionaban pudieron decidir hacerse menos daño del que normalmente se hacían.
- A los nueve restantes, el cuestionario no les ayudó para no autolesionarse, pero todos reportaron haber bajado la cantidad o profundidad de sus heridas.

Respecto a lo que pudieron darse cuenta:

- Que eran capaces de tener control sobre la autolesión.
- Que llenar el cuestionario les permitió pensar antes de actuar.
- Que el saber que alguien iba a saber cómo se sentían les disminuían las ganas de autolesionarse.
- Que además de la autolesión tenían otros problemas.
- Que esos problemas existían antes de que se empezaran a autolesionar.
- Que lo que querían lograr con la autolesión (llorar, pedir ayuda, no pensar, relajarse, castigarse, cuidarse, etcétera) podían conseguirlo de otras maneras.

Es por esto que consideramos que la estrategia de llenar el cuestionario te puede ayudar a entender que:

1. El problema de fondo no es la autolesión en sí, sino el dolor emocional que al no poderlo manejar, te lleva a lastimarte.
2. La autolesión te sirve a corto plazo, pero no soluciona el problema a largo plazo.
3. Estar consciente de la función que tiene para ti la autolesión te ayuda a buscar alternativas que sirvan para la misma función, pero que no te hagan daño.

Ya que sabes que sí es posible tener control sobre la autolesión, puedes empezar a pensar en los pasos que vas a tomar para aprender a manejar y expresar tus emociones. Un camino para lograr esto es la psicoterapia. En el siguiente capítulo se va a explicar de qué se trata ir a psicoterapia, qué puedes esperar, cuáles son los miedos de ir y cómo escoger a un terapeuta que te pueda ayudar.

---

# EN SUS PALABRAS

---

## Lo difícil de hablar

### → Mujer (17 años)

Ya he podido hablarlo con mi hermana. Al principio estaba espantadísima y me sentí rechazada, como si me tuviera desprecio. Con eso me hice más cortadas en el tobillo, donde nadie las ve. Pero un día estábamos solas y me vio llorando, muy triste. Creo que ahora entiende un poco. Ahora, cuando estamos con gente y algo pasa, ella me voltea a ver como diciendo “ya sé lo que quieres hacer, no es necesario”. **Me siento más acompañada.**

### → Hombre (25 años)

Mi novia se dio cuenta de que me golpeaba, se dio cuenta de que mi tranquilidad era mentira. Cuando me preguntó no pude hablar de eso y le dije cualquier cosa, ya no me acuerdo. Después de ese día, poco a poco se me fue saliendo todo, y ella también me dijo la verdad de lo que iba sintiendo. Me dijo que la asustaba que yo solito me agrediera, que no entendía, y que cuando yo se lo explicaba lo entendía un poco mejor.

### → Mujer (35 años)

Sientes angustia, una angustia horrible, una desesperación que quieres gritar pero no puedes. No se lo platicué a nadie porque no me salía calmado y porque me sentía como una tonta. Pensaba que nadie puede saber lo que me pasa, ni me podría ayudar. Se necesita mucha fuerza de voluntad para hablar de esto con alguien. Tuve suerte porque se dieron las circunstancias para hablarlo con mi mejor amiga. Ella aceptó que necesito comprensión y no que me digan que lo deje de hacer. **Quisiera que mi familia pudiera hacerme preguntas sin agredirme.** Vivir en el silencio es un infierno.

## Utilizando la estrategia

Respuestas de dos mujeres en dos de las ocasiones en que tuvieron la necesidad de autolesionarse:

### → Mujer (17 años)

Me siento: Triste, sola, mala persona, agobiada. Siento que no hago más que agobiar a mis amigos, que no tengo por qué hacerles daño con mis problemas.

Lo que me hizo sentirme así fue: Sentir que estoy perdiendo a varios amigos... A una ya la he perdido, a otros estoy a punto... Y también sentir que mis problemas a veces les agobian y les lastiman, y eso no me gusta.

Si pudiera, me gustaría: Llorar hasta quedarme seca, dormir durante años, gritar hasta perder la voz... Y ser feliz.

Me quiero autolesionar porque así voy a poder: Tapar este dolor interno, esta tristeza, así podré sentirme libre, aunque sea unos segundos.

Antes de autolesionarme voy a: Hablar con una amiga, leer y escuchar música.

Todavía me quiero autolesionar: No.

### Comentario

Esta mujer, en esta ocasión, decide que no se tiene que autolesionar. Por un lado, al escribir que estaba perdiendo a sus amigos y decidir hacer algo al respecto (hablarle a una de ellas), ayudó a poner en perspectiva lo que le pasaba. Por otro, poder externar lo que no le gusta de ella y el darse permiso de “ser feliz” le ayudó a tomar tiempo antes de hacerse daño.

### → Mujer (19 años)

Me siento: triste, avergonzada, culpable y muy dolida.

Me siento así porque: tengo recuerdos de mi violación... Estamos en el colegio y debíamos hacer un trabajo justo acerca de ese tema. Todos hablaban y buscaban información y yo no sé cómo decirles que no quiero participar en esto. Me lastima.

Si pudiera: me gustaría gritar muy fuerte y hacer que nadie estuviera averiguando sobre el tema.

Si me autolesiono: podré descargar todo este dolor y sentirme mejor.

Antes de autolesionarme: no haré nada.

Todavía me quiero autolesionar: Sí. Voy al baño a lastimarme, trataré de hacerme

sólo diez cortadas en cada brazo y cinco en la barriga.

### **Comentario**

Esta mujer, en esta ocasión decidió que se si se iba a autolesionar, pero con menos cortadas que de costumbre. Al llenar el cuestionario logró compartir con alguien más el hecho de que sufrió una violación y lo difícil que era oír sobre el tema. Es probable que, gracias a ello, pudo ponerse un límite de cuántos cortes iba a realizarse.

En los dos casos, lo más importante es que la persona se vaya dando cuenta de que su problema no es tanto el autolesionarse, sino el guardar en secreto eventos dolorosos y las consecuencias que éstos tienen.

## EJERCICIO

Lee los siguientes cuatro testimonios e indica (en el cuadro) cuáles son los posibles obstáculos de cada personaje para poder platicarle a alguien que se autolesiona<sup>e</sup>.

Ejemplo: al leer el testimonio de Laura, deducimos que los posibles obstáculos para poder contarle a alguien que se autolesiona, se marcaron con una “x”. Llena el resto.

Obstáculos para contar que se autolesiona:	Laura	Jorge	Chela	Beatriz
Que la / lo regañen				
Que la / lo dejen de querer				
Que piensen que está loca / o	X			
Que le digan a sus papás				
Que ya no confíen en ella / él				
Que tenga que contar que sufrió abuso	X			
Que le pidan lo deje de hacer	X			
Que se enteren lo que pasa en casa				
Hacerle daño a su familia	X			
Miedo a que la / lo golpeen				
Que la / lo vean como mala persona				
Escribe aquí...				

Escribe aquí...				
-----------------	--	--	--	--

## **Laura**

Tengo 29 años y me autolesiono desde que tenía 12 años. Ahora estoy casada y no me he podido cortar porque me da pena que él se entere. No quiero que piense que estoy loca o algo así. Pero lo que hago es jalarme el cabello o golpearme contra las paredes.

Cuando tenía 7 años mi padre murió y mi mamá se volvió alcohólica. El hombre con el que se casó, abusaba de mí, tocándome y exigiéndome que lo dejara manosearme con la amenaza de que si no lo hacia dejaba a mi mamá sola y eso le haría mucho daño.

Aún lloro mucho y aún me alivia autolesionarme; siento que es lo único que tengo bajo control y no quiero que me lo quiten. Siento que necesito proteger a mi mamá y a mi marido, y si saben que me hago daño, y empiezan a preguntar más, les voy a hacer mucho daño.

## **Jorge**

La primera vez que le hice daño a mi cuerpo fue con un compás, a la edad de 14 años. Mi preocupación principal era que se diera cuenta mi mamá y que se lo contara a mi papá.

Quiero a mis padres y no deseo hacerles daño, ni que se sientan culpables. Tampoco quiero darles un pretexto para que me regañen, ni quiero que se angustien pensando que estoy loco. Siempre he sabido que soy diferente a los demás, me imaginaba que era como un castigo y que por eso mi papá me regañaba tanto. Le tenía tanto miedo a esa pesadilla que tenía que callarme. Sólo yo sabia que no era mala persona. Me tragué mis lágrimas y no dije nada. Eso no ha cambiado mucho.

## **Chela**

Tengo 18 años y voy en el último año de la escuela. Me empecé a cortar hace dos años. Cuando era más chica me jalaba el cabello, me miraba en el espejo y lloraba, golpeándome contra las paredes. Sólo me sentía triste.

Yo me odio. Me encantaría ser distinta. Odio cada centímetro de mi cuerpo y me da miedo que me miren y juzguen.

Si mis padres o mis amigos supieran que me hago daño, me exigirían que lo dejara de hacer, sin entender porqué lo hago.

De seguro pensarán que estoy loca de remate y no van a creer nada de lo que les diga. Es mejor no decir nada. Es un problema muy solitario.

## **Beatriz**

Yo empecé a lesionarme a los 18 años, cuando entré en la carrera de Medicina. Yo no deseaba estudiar eso pero sentía mucha presión de mi papá.

Hay un poco de violencia en casa porque mi papá agrade mucho a mi mamá. Nadie lo sabe y me da miedo que se enteren. No me sorprendería que también a mí me agarrara a golpes si se entera de que me hago quemaduras en los brazos. Cuando me angustio, mis padres me regañan y dicen que exagero.

Tengo que recurrir a toda clase de trucos para que mi hermana no vea mis cicatrices. Me da miedo que les cuente a mis papás, que me pierdan el respeto o me dejen de querer.

---

## DISCUSIÓN

---

Obstáculos para contar que se autolesiona:	Laura	Jorge	Chela	Beatriz
Que la / lo regañen		X		
Que la / lo dejen de querer				X
Que piensen que está loca / o	X	X	X	
Que le digan a sus papás		X		X
Que ya no confíen en ella / él			X	X
Que tenga que contar que sufrió abuso	X			
Que le pidan lo deje de hacer	X		X	
Que se enteren lo que pasa en casa				X
Hacerle daño a su familia	X	X		
Miedo a que la / lo golpeen				X
Que la / lo vean como mala persona		X		

Es realmente difícil para una persona que se autolesiona poder contárselo a alguien.

La autolesión es el síntoma de una problemática compleja. El joven, en la mayoría de los casos, ha tratado otras maneras de manejar su dolor, pero lo único que lo alivia temporalmente es hacerse daño.

Cuando piensa en abrir el hecho de que se autolesiona, el joven se llena de miedo. Es difícil mencionar la autolesión de manera aislada. Resulta casi siempre inevitable hablar de las circunstancias que lo llevaron a lastimarse y esto sólo exacerba la culpa y la vergüenza que ya siente. A veces esas circunstancias incluyen problemas tan graves como el abuso sexual y una realidad familiar difícil.

Por otro lado, existe en el joven la convicción de que si lo abre se le exigirá que deje

de autolesionarse. El miedo de que esto suceda es otro factor que hace que lo siga manteniendo en secreto... a menudo acepta dejar de hacerlo para complacer al otro, pero sigue autolesionándose en secreto, aumentando la culpa y la vergüenza.

El temor a la incomprensión, de que se le regañe, de que se le deje de querer, está relacionado con experiencias previas al haberse atrevido a platicar lo que le sucede. En el caso de la autolesión, de los jóvenes que le han dicho a sus papás, a la mayoría les han respondido con enojo; a otros, sin embargo, les han respondido con cariño.

Los jóvenes que se autolesionan a menudo temen que se les considere como “locos” o “enfermos”. Esto refleja el hecho de que ellos mismos no entienden por qué se lastiman y tienen la errónea sospecha de que son enfermos mentales, y creen que otros los verán de la misma manera. También es común entre estos jóvenes el miedo de que se les considere malas personas.

Frecuentemente al joven que se autolesiona le resulta difícil hablar con un miembro de la familia por temor a hacerlos sentir culpables o avergonzados, como se sienten ellos mismos. Aun cuando el joven ha tenido el valor de hablar de la autolesión con alguien que no sea miembro de su familia inmediata, existe el temor de que se lo digan a sus padres. El joven siente que hay varias razones por las que no quiere que su autolesión sea discutida; esto puede surgir de la vergüenza o de la culpa, pero también puede ser a causa de una mala dinámica familiar.



# CAPÍTULO 7

## PSICOTERAPIA: UNA OPCIÓN DE AYUDA PROFESIONAL

---

Si una persona que se autolesiona quiere:

- No tener que recurrir a autolesionarse.
- Entender el fondo del problema que la lleva a hacerse daño.
- Tener control sobre sus pensamientos.
- Tener más actitudes positivas que negativas.
- Estar más contenta y más tranquila.
- Establecer relaciones interpersonales sanas y duraderas... es recomendable que vaya a psicoterapia.

La psicoterapia es un tratamiento a través de la palabra que ofrece un psicoterapeuta. El psicoterapeuta es un psicólogo o psiquiatra entrenado para evaluar a una persona y ayudarle a propiciar cambios en su conducta, actitudes y pensamientos, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Este capítulo tiene dos partes. La primera está dirigida a la persona que está pensando ir o no a psicoterapia. La segunda parte consta de un artículo dirigido a psicoterapeutas sobre el tratamiento de la autolesión.

## PARA LA PERSONA QUE ESTÁ PENSANDO EN IR A PSICOTERAPIA

La decisión de entrar a psicoterapia no es fácil, e implica romper con muchos obstáculos y tabúes. Es una decisión que tú tienes que tomar.

Para tomar la decisión es importante que estés informado. Primero vamos a plantear ciertos criterios para que decidas si en estos momentos quieres ir a terapia. Segundo, vamos a explicar de qué se trata ir a terapia. Tercero, qué hay que saber para elegir un psicoterapeuta. Por último, mencionaremos los miedos más comunes de ir a psicoterapia.

### **Cómo tomar la decisión**

Antes de emprender una relación terapéutica, es importante que entiendas el porqué un terapeuta te puede servir. La mayoría de las personas que entran a terapia lo hacen porque quieren ayuda en un problema particular, otras entran a terapia por un deseo de desarrollo personal.

Si estás considerando la terapia para ayudarte a enfrentar cuestiones de autolesión, hay varios criterios que puedes considerar antes de tomar la decisión.

1. **Toma consciencia de lo que necesitas.** Algunas veces es difícil saber qué necesitamos para sentirnos mejor. Las siguientes preguntas te pueden ayudar a delimitar qué necesitas y así tomar la decisión de ir o no a terapia:

- ¿Hay algún problema en particular que te gustaría solucionar?
- ¿Estás considerando aprender a expresar tus sentimientos?
- ¿Te gustaría poder manejar mejor tu enojo, tristeza, angustia?
- ¿Quieres aprender a relacionarte con los otros de una manera más sana?
- ¿Estás tratando de controlar el autolesionarte?
- ¿Quisieras ya no autolesionarte?
- ¿Quieres indagar factores relacionados con la autolesión, como viejos traumas o trastornos de la alimentación?

Si has contestado sí a más de una pregunta es probable que ir a terapia te ayude.

2. **Delimitando qué esperas conseguir a través de la psicoterapia.** Es importante determinar si lo que quieres conseguir lo puedes lograr con o sin la ayuda de un

psicoterapeuta. Por ejemplo, si lo que buscas es:

- Conseguir una opinión objetiva sobre tus problemas.
- Hablar con alguien que pueda apoyarte durante los tiempos difíciles.
- Mejor comprensión de porqué te autolesionas o algunas sugerencias en cuanto a cómo controlarla...

entonces ir a terapia puede ser una opción, ya que el psicoterapeuta está entrenado para los objetivos arriba citados.

3. **Eligiendo cuándo ir a terapia.** Cuando uno decide que quiere ir a terapia es porque hay algo diferente o especial que te lleva a tomar la decisión. Las siguientes preguntas te pueden ayudar a reflexionar sobre ello:

- ¿Qué está pasando ahora mismo en tu vida?
- ¿Te pasó algo difícil la semana pasada, mes o año, que sientes que podrías beneficiarte hablando con un psicoterapeuta?
- ¿Sientes que tienes menos control que de costumbre sobre la autolesión?
- ¿Ya se están dando cuenta los de alrededor que te autolesionas?
- ¿Ha llegado el momento en el que tus apoyos no están ayudándote?
- ¿Ya puedes dedicarle el tiempo y el dinero a la terapia?

El considerar estos tres criterios (tomando consciencia, delimitando expectativas y eligiendo el momento) te puede ayudar a evaluar si quieres o no ir a terapia. A lo mejor hoy es el día para decidir que si quieres, o a lo mejor hoy no te animas. Si no te animas, en algún momento puedes volver a contemplar los criterios y evaluar tu decisión.

### **Qué sucede en terapia**

La naturaleza de la terapia es difícil de describir porque es una experiencia muy personal. Cada quien la percibe de distinta manera y se beneficiará de la psicoterapia en grados y formas diferentes. Sin embargo, a continuación te damos una idea general de qué sucede:

→ **Al principio**

En la mayoría de los casos, cuando llegas a tu primera sesión, el psicoterapeuta te preguntará por qué has tomado la decisión de ir. No te preocupes, puedes contestar de manera general, si es que no te atreves a contarle cosas más específicas como el hecho de que te autolesionas.

En las primeras sesiones, el psicoterapeuta te hará algunas preguntas para conocer un poco de tu vida, de tu familia, de tu pasado y presente. También ambos empezarán a desarrollar o definir los objetivos terapéuticos.

Durante estas primeras sesiones llegarás a conocer a tu terapeuta y viceversa, y determinarás si la relación terapéutica va a satisfacer tus necesidades. Es importante que consideres si tu terapeuta es alguien en quien puedes llegar a tener mucha confianza y sentirte libre de platicarle cualquier cosa.

### **→ Cómo continúa**

Después de las primeras sesiones comienza lo que se llama “trabajo terapéutico”. Cada terapeuta tiene su forma de hacerlo, pero en general vas platicando lo que te pasa, lo que te afecta o cualquier tema del que quieras hablar. De esta manera, poco a poco vas a ir entendiendo y manejando las emociones que te son dolorosas.

Durante el trabajo terapéutico puedes tener diversas experiencias, lo cual es normal:

- Probablemente experimentarás momentos en que te sientas abrumado, ansioso, triste, enojado o insatisfecho. Es normal. El espacio terapéutico es en donde puedes sentir todo eso y compartirlo con tu terapeuta. Esta es parte importante de la terapia: que compartas precisamente lo que no puedes compartir con tus seres queridos por miedo a que te dejen de querer o que te juzguen
- Unos días puedes pensar que la terapia te ayuda tanto que todos tus éxitos y sentimientos positivos se deben a la terapia o a tu terapeuta.
- Otros días puedes pensar que la terapia no te ayuda. Esto es normal. Da miedo descubrir partes de uno que no nos gustan, y en ese momento dan ganas de “tirar la toalla” y pensar que estás perdiendo el tiempo. Díselo a tu terapeuta.
- Habrá ocasiones en que te urgirá llegar a terapia para contarle lo que te pasa; habrá otras ocasiones que sentirás apatía o desgano.
- En otras ocasiones te costará trabajo compartir un secreto o un problema con tu terapeuta. En estos casos lo que sirve es decirle que hay algo que te cuesta trabajo contarle y que sientes que sería importante hacerlo. El te va a ayudar a poco a

poco compartir tu dolor con él.

Si estás con un buen terapeuta, la terapia es muy enriquecedora. Es un espacio que tienes muy “tuyo”, que te va a permitir estar más contento, desarrollar tus potenciales y tener las herramientas psicológicas para enfrentar los sucesos difíciles de la vida de una manera positiva.

Es importante tener presente que si en algún momento estás descontento o confundido con la forma en que progresa la terapia, hables de ello con tu terapeuta. No te lo calles ni decidas no regresar. ¡Habla!

Recuerda que una de las razones por las que te autolesionas es por no poder hablar de lo que te pasa. No repitas este patrón en el espacio donde buscas ayuda. En general, los terapeutas saben que esto puede pasar y están entrenados para ayudarte.

### **Cómo elegir al psicoterapeuta**

La psicoterapia puede ser útil en muchos casos, pero es sumamente importante conseguir al terapeuta correcto para ti.

Elegir a un terapeuta puede implicar visitar a dos o tres hasta que te sientas contento con tu elección. Te damos algunas consideraciones que te pueden ayudar:

1. Un buen terapeuta es el que te deja contar tu historia sin forzarte; uno que no trate de encasillarte en seguida. Si llegas con uno y en la primera cita te dice “Tú eres una X”, hay que reconsiderar si sigues con él. Todos somos capaces de cambiar y si nos etiquetan desde el principio, nos limitan.
2. Un buen terapeuta es aquel en quien puedes confiar, con quien te sientas a gusto al hablar. Si se enoja o reacciona mal cuando le dices algo tuyo, o que te hiciste daño, o que te quieres hacer daño, entonces lo más probable es que no puedas desarrollar una relación sana con él, y por lo tanto no te va a ayudar.
3. Un buen terapeuta puede aceptar que te haces daño sin juzgarlo y estará dispuesto a ayudarte, a trabajar para reducir o cesar tu autolesión cuando estés listo. El auto-daño es un mecanismo de adaptación que a veces impide que pasen cosas peores. Pero es un mecanismo que no te permite enfrentarte a los acontecimientos y causas de tu comportamiento. Es un mecanismo que tiene consecuencias negativas y que no funciona bien, ya que después de un tiempo lo tienes que volver a hacer. Tu terapeuta deberá entender esto.

Para encontrar el nombre de un terapeuta es mejor una recomendación que buscarlo en las páginas amarillas o en un anuncio. Puedes preguntarle a un amigo, a un médico, a algún miembro de tu familia o a alguien más que te conozca bien. Aunque generalmente es fácil que te den nombres de terapeutas, es más difícil encontrar un terapeuta que esté bien calificado y satisfaga tus necesidades particulares.

Independientemente de la manera en que encuentres el nombre y teléfono de un terapeuta, estás en tu derecho de hacerle algunas preguntas antes de comenzar la terapia. Por lo común los terapeutas no te contestarán preguntas personales. Sin embargo, deben contestar preguntas relacionadas directamente con tu tratamiento, por ejemplo:

- Su grado académico o su preparación.
- Cómo es su estilo de llevar la terapia (o su técnica terapéutica).
- Qué sabe sobre la autolesión.
- Si no sabe, considera si está dispuesto a aprender. ¿Está abierto a entender que te cortas, quemas, golpeas, para manejar tu dolor emocional?
- Cuál es el curso normal del tratamiento para la autolesión. No olvides que para dejar de autolesionarte necesitas entender el porqué lo haces y aprender otras formas de manejar tu angustia, soledad, dolor, miedo, antes de dejar de hacerte daño.

En cuanto al tema del gasto, los honorarios de la psicoterapia deberán estar dentro de un rango que puedas permitirte.

Si bien la psicoterapia rara vez es barata, tendrás que encontrar a un terapeuta que se ajuste a tu presupuesto. Algunos terapeutas pueden ofrecer tarifas basadas en tu nivel de ingresos o situación financiera. Algunas instituciones proveen psicoterapia a precios bastante más bajos que los del terapeuta en la práctica privada.

Ten en cuenta que la cantidad de dinero que pagues a un terapeuta no necesariamente corresponde directamente a su habilidad o competencia. En otras palabras, solamente porque alguien cobra mucho dinero no significa que sea un terapeuta excepcional, o viceversa. Asegúrate de hablar del costo de la terapia antes de concertar la cita inicial.

Si decides que deseas comenzar la psicoterapia, recuerda que no es una cura mágica para tus problemas. Es un proceso en el que tú y tu terapeuta trabajarán juntos poco a poco, comprometidos para mejorar tu calidad de vida.

## **Miedo de ir a psicoterapia**

Es normal que si nunca has ido a psicoterapia o has tenido malas experiencias con algún terapeuta, te dé miedo ir. Por ejemplo:

**→ Miedo de que cuando alguien se entere de que vas a psicoterapia, piense que estás loco / loca**

Uno no va a terapia por estar o no “loco”. La psicoterapia es un proceso de crecimiento personal en el que potencias tus recursos para mejorar tu vida.

**→ Miedo que el terapeuta te juzgue por autolesionarte**

El trabajo del terapeuta no es juzgar. Su trabajo es ayudarte a entender por qué piensas y actúas como lo haces, si estás contento con eso y qué cambios podrías hacer para mejorar tanto contigo mismo como en tus relaciones con los demás (si así lo deseas)

**→ Miedo que no respete la confidencialidad**

En general, el código ético de la psicoterapia indica que todo lo que una persona diga o haga en terapia es confidencial. Por tanto nadie compartirá con otra persona lo que se diga o se haga en terapia. Sólo podrá ser revelada sin autorización a familiares, profesionales o autoridades competentes, cuando exista un peligro inminente para el individuo o para terceros.

El terapeuta debe evaluar este último punto, y en el caso de la autolesión, el debe de ser capaz de valorar si el tipo que presentas es típico (capítulo 1) y si no hay riesgo de suicidio (ver capítulo 4) para decidir si hay peligro inminente o no.

**→ Miedo que le tengas que contar a tu terapeuta que te autolesionas**

Es difícil compartir que te autolesionas. Para abrirlo, puedes seguir los mismos pasos que te recomendamos en el capítulo 6. Lo importante es que compartas con tu terapeuta lo que sabes de autolesión. Es una buena estrategia escribir la manera en que te gustaría decírselo y, tal vez, leérselo. También puedes llevar este libro contigo y enseñárselo.

**→ Miedo que te digan que no te puedes autolesionar**

Recuerda que cada uno es responsable de su vida, de sus elecciones y decisiones. Un objetivo de la psicoterapia es fomentar tu autonomía, permitiendo que tú, con la ayuda del terapeuta, encuentres respuestas o alternativas más adecuadas que las conductas o los pensamientos que te hacen daño.

**→ Miedo a que estés en terapia por años y ya no puedas vivir sin el terapeuta**

En un principio es normal que sientas dependencia del terapeuta. Puede ser que sea la primera vez que puedes confiar en alguien al 100%, sabiendo que lo que digas, hagas o pienses, no te va a juzgar ni abandonar en tu proceso de conocerte mejor y mejorar tu calidad de vida. Sin embargo, el énfasis de una psicoterapia está en que tú vayas creando “recursos propios de cambio” para que, una vez adquiridos, ya no necesites al terapeuta.

## PARA EL PSICOTERAPEUTA

Este apartado consta de la traducción del inglés de un artículo de una especialista, dirigido a psicoterapeutas. Sin embargo cualquier persona interesada en la autolesión lo encontrará de utilidad.

### **Entendiendo la autolesión: respondiendo apropiadamente<sup>50</sup>**

#### **Considerando la autolesión como una estrategia de afrontamiento**

La autolesión es una estrategia de afrontamiento que permite manejar una variedad de sentimientos negativos y abrumadores. Es importante dar a los pacientes la oportunidad de determinar por qué se autolesionan. Una vez que puedan identificar los motivos de sus autolesiones, podrán comenzar a crear otras estrategias de afrontamiento que sean menos dañinas. El objetivo del tratamiento es abordar las cuestiones subyacentes a la estrategia de afrontamiento que representa la autolesión. La autolesión es una forma de mantener el control, de manera que es importante que el tratamiento le dé a la persona tantas opciones como sean posibles para que permanezca controlada.

Siempre es útil tener presentes sus propias estrategias de afrontamiento cuando se trabaja con aquellos que se dañan. Imagine si no se nos permitiera utilizar nuestros medios más eficaces de hacer frente a las cosas. En muchos casos, esto es exactamente lo que pasa con las personas que se hacen daño a sí mismas. Nuestro desafío es ayudarles a encontrar otros modos de expresarse y adaptarse, al mismo tiempo que les permitimos tener el control de todos los medios disponibles para manejar la angustia, inclusive la autolesión.

#### **Evalúe y hable de la autolesión**

A veces, los terapeutas y los profesionales de la salud mental y física, tienen miedo de tocar el tema de la autolesión, creyendo que al hablar de ella podría darle ideas al paciente. Pero, si no se habla de la autolesión y se les pregunta a los pacientes si encajan en estos comportamientos, existe la posibilidad de que usted no se entere de que se autolesiona hasta mucho más tarde en el proceso terapéutico, si es que llega a saberlo.

Preguntar sobre la autolesión abre la puerta para que el paciente hable de ello, si no en ese momento en particular, entonces más tarde. Una vez que revele que se

autolesiona, usted podrá comenzar a hacer una evaluación cuidadosa que será de gran ayuda para que su paciente disminuya esta conducta.

Es importante conocer sus propias reacciones ante la autolesión y ser honesto con sus pacientes sobre ellas. Los que se autolesionan son muy perspicaces y podrán leer sus reacciones. Si a usted le causa algún conflicto el tema de la autolesión y no le explica al paciente lo que realmente siente, y trata de actuar como si no le molestara, terminará por perder su confianza.

### **Mantenga límites claros y sea consistente**

Muchas personas que se autolesionan tienen dificultad para confiar en otros. Por varios motivos, han aprendido a mantenerse alertas y anticipar que otros los decepcionen de muchas maneras. Estas personas tampoco creen merecer que las traten bien.

Los terapeutas tienen que mantener límites claros y ser consistentes con los pacientes que se autolesionan a fin de desarrollar una relación de confianza. Si un terapeuta es inconsistente (por ejemplo, acepta una llamada telefónica de emergencia una noche sí, pero no la siguiente) el paciente se sentirá rechazado y, probablemente, querrá autolesionarse. Sin embargo, si el terapeuta mantiene límites claros y consistentes de, por ejemplo, nunca aceptar tales llamadas, y se lo informa al paciente desde el principio del proceso terapéutico, esto aliviará cualquier confusión potencial y comportamientos consecuentes.

### **Fomente el refuerzo de comportamientos positivos (al mismo tiempo que minimiza el refuerzo secundario de la autolesión)**

Muchas veces, los terapeutas, los profesores, el personal de asistencia médica y los padres, responden a la autolesión con un torrente de atención. Los hospitales a menudo hacen que alguien del personal vigile al que se autolesionó, y que los sigan durante todo el día para asegurarse de que no haya más episodios de autolesión.

Por lo común toda esta atención sirve para reforzar la conducta de autolesión. Lo más útil es ofrecer atención (o algún otro refuerzo deseado) antes del acto. Por ejemplo, un terapeuta podría establecer fácilmente un plan con un paciente para hablar por teléfono durante cinco minutos tres veces por semana. Esto reforzaría los comportamientos neutros o positivos del paciente en lugar de hablar después de que el paciente se ha causado daño, lo cual refuerza los comportamientos dañinos.

## **Información general que hay que tener presente cuando se trabaja con personas que se autolesionan**

Es importante ayudar a las personas que se autolesionan a comprender que tienen derecho a esperar que se les trate bien. Para que estas personas se curen y comiencen a utilizar otras estrategias de afrontamiento, tienen que aprender a educarse y darse permiso de sentirse bien y divertirse. Es determinante que los terapeutas entiendan el nivel de angustia que siente alguien que se hace daño a sí mismo.

### **Lo que no ayuda**

#### **Contratos de “no autolesionarse”**

Los contratos de “no autolesionarse” sólo preparan a la persona para el fracaso. Si sus pacientes fueran capaces de no dañarse a sí mismos no vendrían a usted en primer lugar. Cuando llegan al punto crítico de desear hacerse daño, contratos como éste les quitan las opciones y el control de su situación. En vez de un contrato, es aconsejable trabajar con el paciente para que desarrolle opciones de lo que podría hacer antes de autolesionarse. Cuando el paciente es capaz de implementar algunas de estas opciones (en lugar de tener un contrato que le pida hacer tres o diez cosas antes de autolesionarse), parece funcionar bastante bien. Esto le permite el control y la libertad de decisión de autolesionarse, al mismo tiempo que le recuerda otras estrategias de afrontamiento que podrían utilizarse durante ese momento difícil.

#### **Hospitalización**

Si bien los contratos de “no autolesionarse” son generalmente contraindicados, este también es el caso de la hospitalización. Por lo general, la hospitalización les quita el control a los pacientes, abandonándolos en un entorno en el cual son prácticamente impotentes. En muchos casos, los pacientes aumentan sus actos de autolesión mientras están hospitalizados o inmediatamente después de que los dan de alta. Por supuesto, si un paciente es suicida o se autolesiona al grado de ser un peligro serio para sí mismo, la hospitalización puede ser necesaria. Sin embargo, para la mayoría de las personas que se autolesionan, generalmente no se recomienda la hospitalización.

## **Cómo ayudar a los terapeutas y a otros que ofrecen atención a aquellos que se autolesionan**

Aunque puede ser muy gratificante trabajar con pacientes que se autolesionan, a menudo no es una tarea fácil. Nuestras reacciones, tanto psicológicas como fisiológicas, pueden ser bastante intensas. Las historias de sufrimiento y trauma que nuestros pacientes relatan, penetran en nuestras memorias y nuestros corazones como una ola en la playa, no importa con cuánta fuerza hayamos comprimido la arena. Muy parecidas a las cicatrices físicas de nuestros pacientes, podemos desarrollar nuestras propias heridas internas y, ojalá, transitorias, vía la traumatización vicaria. La traumatización vicaria, también conocida como fatiga por compasión y trastorno de estrés secundario, se refiere a la transformación de la experiencia interior del terapeuta o trabajador en el área de salud mental, debido al trabajo hecho con alguien que ha sobrevivido a eventos de vida traumáticos, ya que, por lo común, aquellos que se autolesionan han sobrevivido algún trauma.

Debido a que la naturaleza de la terapia es tan íntima, la traumatización vicaria es un verdadero riesgo. Los efectos de la traumatización vicaria pueden ser de largo alcance, afectando el funcionamiento profesional y personal.

Cuando nos sentimos frustrados con los pacientes, es importante que retrocedamos y examinemos los problemas. Si no reevaluamos lo que ocurre en la relación con nuestros pacientes, nos sentiremos más frustrados y comenzaremos a sentirnos resentidos o consumidos. A menudo nosotros, como terapeutas, podemos invertir demasiado esfuerzo intelectual y emocional para que nuestros pacientes no se dañen, con el fin de ver que el trabajo que hacemos con nuestros pacientes hace una verdadera diferencia. Si invertimos demasiado esfuerzo en conseguir que nuestros pacientes dejen de dañarse, antes de que estén listos, nos consumiremos porque sentiremos que hemos fallado. En cambio, aprender a aceptar el ritmo y los objetivos del paciente en vez del nuestro, es esencial en cualquier tipo de trabajo terapéutico.

Cuando trabajamos con pacientes que se autolesionan, es esencial para los terapeutas y auxiliares de la salud comprobar rutinariamente nuestros propios niveles de salud mental y física. Tenemos que permanecer relacionados con nosotros mismos para asegurarnos de mantener un equilibrio en el trabajo, el descanso y la recreación. No podremos ser de mucha utilidad si nosotros mismos nos encontramos en un estado de necesidad.



---

# EN SUS PALABRAS

---

## Experiencias con psicoterapeutas

### → Mujer (19 años)

Después de muchos años de cortarme, tuve una mala experiencia. Ya no quería cortarme pero lo hice de todas maneras. Encontré la fuerza para decirle a mi amiga que me cortaba y ella no supo qué hacer. Tuvo una reacción triste, porque nunca se lo había dicho. Lo único que se le ocurre es que vaya yo a ver a un psiquiatra. No quiero ir porque no estoy loca y me van a medicar. Ya no sé qué hacer para cambiar mi conducta.

### Comentario

Esta mujer le da miedo ir a psicoterapia: “No quiero ir porque no estoy loca y me van a medicar” (reacción que se da a menudo entre personas que se autolesionan).

Por otro lado, está consciente de que necesita de ayuda, ya que sola no está pudiendo: “Ya no sé qué hacer para cambiar mi conducta”.

### → Mujer (14 años)

Mi tía me llevó a ver a una psicóloga. Mi tía era la única que se había dado cuenta de que me lastimo. Como ella también lo hizo de joven, le tuve confianza y fui. La verdad no me fue bien esa vez porque me di perfecta cuenta de que a la psicóloga le daba asco que me quemara. Pidió ver mis cicatrices y me hizo sentirme realmente mal. Mi temor más grande era que se enteraran mis papás y esa psicóloga se los dijo. No sé bien por qué, pero cuando se lo conté todo a la psicóloga de la escuela la experiencia fue completamente diferente. Todavía me lastimo pero ya no siento tanta angustia, tanta soledad. Sé que me voy a curar.

### Comentario

Su primera experiencia terapéutica fue negativa, cumpliéndose dos de los más grandes miedos de ir a terapia: “Pidió ver mis cicatrices y me hizo sentirme realmente mal” y “Mi temor más grande era que se enteraran mis papás y esa psicóloga se los dijo”.

Su segunda experiencia fue positiva, ya que no se sintió juzgada y tiene confianza que ya a recibir ayuda y saldrá adelante.

### → Hombre (13 años)

Hace dos años que me golpeo la cabeza y que doy de golpes con los puños en la pared. Me tapo con la cobija para no dejar marcas. Mi mamá estuvo enferma y cuando se murió hace tres meses nos dieron terapia a mí y a mi hermana. Mi papá no me puede ayudar, pero en la terapia me siento bien. El psicólogo ni siquiera me regaña y, como me da pena que lo sepa mi familia, él me dice que se lo diremos cuando yo esté listo. Ya sé que lo tengo que dejar de hacer, pero como a veces estoy tan asustado, acabo golpeándome. El psicólogo me dice que vamos a ir aprendiendo qué hacer cuando me asusto. No estoy solo.

### Comentario

La experiencia terapéutica es muy buena, ya que el terapeuta apaciguó dos de los miedos que se tienen al hablar de la autolesión: “El psicólogo ni siquiera me regaña y como me da pena que lo sepa mi familia, él me dice que se lo diremos cuando yo esté listo”. El psicólogo tiene confianza en que el muchacho ya a salir adelante, logrando transmitirla al joven. Esto ayuda a fortalecer la relación terapéutica.

---

# EJERCICIO

(para psicoterapeutas)

---

La siguiente lista es una selección de las preguntas<sup>51</sup> recopiladas de psicoterapeutas que querían empezar a trabajar con personas que se autolesionan. Si este es tu caso, ¿cuáles serían relevantes para ti?

Paloméalas

#	Relevantes	
1		¿Cómo decido si tomo a un paciente que se autolesiona? ¿Qué tipo de compromiso implica trabajar con él?
2		¿Cuál es la mejor orientación psicoterapéutica para el trabajo con pacientes que se autolesionan?
3		¿Qué tan frecuentes deben ser las sesiones con una persona que se autolesiona?
4		¿Cuándo está “curado” un paciente que se autolesiona?
5		¿Qué debo decirle a mi paciente acerca de lo que pienso de la autolesión?
6		¿Por qué algunos pacientes se empiezan a autolesionar más cuando empiezan terapia?
7		¿Qué estrategias no han sido útiles para el tratamiento de una persona que se autolesiona?
8		¿Cómo sé cuando tomar la decisión de hospitalizar a un paciente que se autolesiona?



---

# DISCUSIÓN

---

## Respuestas a las preguntas

1. ¿Cómo decido si tomo a un paciente que se autolesiona? ¿Qué tipo de compromiso implica trabajar con él?

Tomar como paciente a alguien que se autolesiona requiere de un compromiso a largo plazo. Se ha demostrado que la intervención a corto plazo no tiene resultados duraderos, ya que las cuestiones subyacentes a la conducta son generalmente complejas.

Dado que el miedo al abandono es común en esta población, el paciente tiene que estar seguro de que puede apoyarse en ti y que estarás con él en sus recaídas. Antes de emprender la terapia, considera si puedes estar accesible para los momentos de crisis; esto se aplica sobre todo al inicio de la terapia. A veces el paciente utiliza una crisis para saber si cuenta contigo. En estos casos, la necesidad de hacer contacto se reduce a la medida en que la alianza terapéutica se fortalece. Si vas a trabajar con personas que se autolesionan, debes de tener un plan para momentos de crisis o para ofrecer sesiones extras.

2. ¿Cuál es la mejor orientación psicoterapéutica para el trabajo con gente que se autolesiona?

No hay una orientación específica recomendable. Se han reportado buenos resultados con terapias cognitivas-conductuales, terapias psicoanalíticas y humanistas.

Lo que sí se ha visto que da buenos resultados es cuando el terapeuta es flexible en su técnica. Por ejemplo, un psicoterapeuta-psicoanalítico tiene que estar dispuesto a enseñar y monitorear estrategias de manejo de emociones. No tiene por qué abandonar la parte interpretativa, pero deberá aumentar algunas estrategias cognitivas-conductuales. O bien un terapeuta cognitivo-conductual tendrá que aumentar el número de sesiones para profundizar en los temas que subyacen a la autolesión.

Los ingredientes principales para tener éxito con un paciente que se autolesiona son: estabilidad, consistencia y confianza; la formación de una liga terapéutica positiva que le permitirá al paciente tener la valentía de abandonar la autolesión y aprender a formar relaciones de apego sano.

3. ¿Qué tan frecuentes deben de ser las sesiones con una persona que se autolesiona?

Varía. El número de sesiones puede cambiar mientras avanza el tratamiento. Si un paciente mantiene su equilibrio entre sesiones y deja cada sesión sin sentirse desorganizado, asustado, angustiado o con ganas de hacerse daño, la frecuencia utilizada es la indicada. Algunos se sienten seguros y apoyados con una sesión por semana, pero muchos necesitan dos o tres. Otros encuentran que el contacto frecuente con el terapeuta incrementa su ansiedad, por lo que le sirven sesiones esporádicas.

Si se está en tres sesiones por semana y el paciente se sigue autolesionando entre sesiones, habría que reevaluar el tratamiento y ver la posibilidad de cambiar de esquemas.

No se debe considerar la ausencia de la autolesión como el único criterio para reducir la frecuencia de las sesiones. El auto-control puede significar que el paciente está listo para trabajar de manera más intensa los temas subyacentes a la conducta. Los pacientes también pueden necesitar la regularidad de las sesiones y horarios para mantener los beneficios logrados.

4. ¿Cuándo está “curado” un paciente que se autolesiona?

No hay una fórmula consistente que indique cuánto tiempo es necesario para que una persona que se autolesiona deje de requerir terapia.

Los psicoterapeutas difieren acerca de lo que constituye el estar “curado”. Para algunos la meta se da cuando el paciente se deje de autolesionar, pero esto puede implicar que pasen por alto lo que subyace a la autolesión (un trauma, disregulación emocional, trastorno psiquiátrico, desorden neuroquímico, etcétera). De ser el caso, el paciente queda vulnerable ante situaciones que emerjan relacionadas a su problema de raíz.

Para otros, el tratar al paciente no implica únicamente curar los síntomas, sino también ayudarlo a expandir su auto-conciencia, a mejorar sus habilidades

sociales, a mejorar en su trabajo / estudios y a mejorar su calidad de vida.

Las personas que se autolesionan pueden seguir en psicoterapia mucho tiempo después de que dejaron la conducta. La decisión depende de muchos factores, incluyendo la severidad del problema y la psicopatología que la subyace. Es importante que el terapeuta se sienta cómodo y tranquilo con la idea de que la relación terapéutica con el paciente será larga.

5. ¿Qué debo decirle a mi paciente acerca de lo que pienso de la autolesión?

Debes transmitirle que entiendes que la autolesión ha sido una estrategia importante que tiene para manejar su dolor y sus sentimientos, y que le ha ayudado a sobrellevar circunstancias que no podía manejar de otra manera. Sabes que ha sido de utilidad para él y no consideras que la autolesión sea una conducta loca o repugnante.

Sin embargo, también tienes que dejar claro que la autolesión es, en última instancia, una conducta superficial e insustancial. No le ha servido al paciente para resolver realmente sus problemas, ni para aprender a manejar sus emociones.

Es necesario tener y compartir la convicción de que la autolesión se puede tratar y que el paciente puede vivir bien sin ella.

6. ¿Por qué algunos pacientes se empiezan a autolesionar más cuando están en terapia?

Al iniciar la terapia, algunos pacientes incrementan la frecuencia de sus autolesiones porque quieren comunicar al terapeuta su malestar, pero no pueden o no se permiten hacerlo verbalmente.

También sucede que quieren asegurarse de que el terapeuta realmente no los va a abandonar si se autolesionan, y así los ponen a prueba.

Ya que está en curso la terapia, puede haber varias razones por las que, en ciertos momentos, empiecen a autolesionar más de lo común. Una es la falta de estabilidad en el entorno del paciente, ya sea real o común desde la perspectiva del paciente. Otra razón podría ser un cambio en la relación terapéutica.

Las ausencias del terapeuta, reacciones fuertes de transferencia o procesos que se disparan durante la sesión que no se cierran, pueden disparar la necesidad del paciente de hacerse daño. La sobre-estimulación en una sesión puede producir el

mismo resultado. Cuando las defensas del paciente están sobrecargadas, los impulsos de autolesionarse pueden surgir bajo la creencia equivocada de que lo que necesita es dejar salir sus emociones.

En el proceso terapéutico el paciente se enfrenta a memorias difíciles y al análisis de situaciones dolorosas. A menudo el paciente no ha sido preparado lo suficiente para esta tarea durante el inicio del tratamiento. Debido a que los que se autolesionan aparentan ser funcionales en muchas áreas de la vida, y porque tienden a esconder su vulnerabilidad, a veces se les lanza inadvertidamente a una auto-exploración profunda con demasiada rapidez, exacerbando sus síntomas. Si esto ocurre, el terapeuta tiene que re-evaluar el ritmo de trabajo, y no abrir áreas dolorosas y difíciles hasta que el paciente tenga las herramientas para afrontarlas y comunicar lo que le pasa.

7. ¿Qué estrategias **no** han sido útiles para el tratamiento de una persona que se autolesiona?

Una estrategia que hay que evitar es la de permitir la ostentación de heridas o cicatrices, o las descripciones escabrosas de los episodios de autolesión. Cuando los pacientes se enfocan en los detalles gráficos de su conducta, lo que hacen es glorificarla y desviar la atención de lo que subyace. Hablar de las acciones auto-destructivas puede volverse un sustituto de las acciones mismas.

Las estrategias físicas que sustituyen a la conducta deben ser utilizadas con precaución, ya que pueden evitar que el paciente aprenda a entrar en contacto con sus emociones. También puede implicar que cuando no puede manejar una emoción, la actúe. Estas estrategias sirven únicamente cuando son parte de una estrategia integral, y la sustitución está enfocada a que el paciente un momento de reflexión antes de tener que autolesionarse.

Otra estrategia contraproducente es la basada en métodos catárticos, como el de golpear en un cojín o aventar objetos ligeros y acolchonados. Estos métodos refuerzan la creencia equivocada de que los sentimientos de enojo inevitablemente provocan una expresión de violencia, o bien, que el paciente es una olla de presión que debe dejar salir el vapor para funcionar apropiadamente.

La hipnosis debe evitarse a toda costa en caso de que la autolesión se presente en conjunto con la inhabilidad de regular estados internos tanto en la esfera

cognitiva como en la física. Cuando a este tipo de paciente se le hipnotiza, es difícil que reasuma su equilibrio emocional al salir del estado hipnótico. Experimentan confusión, desintegración psicológica y un incremento dramático en su autolesión. Esto no se debe considerar como una respuesta emocional al material descubierto, sino como un efecto secundario y adverso al procedimiento en sí

La última categoría de intervención sin utilidad es la de “rescatar”, sobreproteger o sobreproteger. Esto incluye infantilizar al paciente, quitándole objetos con los que se pueda hacer daño, o pidiéndole que los saque de su casa. Ello, además de ser imposible (casi cualquier objeto puede usarse para hacerse daño), es degradante para el paciente. Tampoco sirve ponerle un “cuidador” que acompañe al paciente, o bien que se pase largos períodos de tiempo en el teléfono con alguien. Dichas estrategias implican que, para que una persona mejore y tenga control sobre su vida, necesita a otra persona que lo supervise.

→ Las estrategias que sí sirven a la larga son las que hacen hincapié en la expresión verbal de las emociones, en su contención, tolerancia y aceptación del malestar. La madurez y la salud psicológica implican aprender a modular e integrar las emociones de la vida diaria, en lugar de deshacerse de ellas en una manera explosiva.

8. ¿Cómo sé cuándo tomar la decisión de hospitalizar a un paciente que se autolesiona?

En general no funciona la hospitalización para que un paciente se deje de autolesionar. Mientras que el paciente no aprenda a manejar sus emociones de otra manera, se seguirá autolesionando, incluso, dentro del hospital; o bien, si se le tiene bajo control estricto, continuará haciéndolo en cuanto salga.

Hay que tener claro si el deseo de hospitalizarlo responde a la seguridad del paciente o a nuestra falta de capacidad para tolerar que el paciente se autolesione.

Hay terapeutas que deciden hospitalizar cuando la autolesión ha escalado a tal nivel que está impidiendo cualquier tipo de avance terapéutico. Sin embargo, hay terapeutas que, al llegar a este punto, piden supervisión para determinar si la hospitalización es necesaria o si la estrategia que está usando es la adecuada.

Siempre se tiene que determinar si el paciente corre riesgo de suicidio o de

muerte accidental. De ser así, la hospitalización es una alternativa viable.

Dado que los criterios de hospitalización en el caso de la autolesión suelen ser subjetivos, se recomienda que cada caso se discuta con colegas o que sea supervisado.



# CAPÍTULO 8

## PARA FAMILIARES Y AMIGOS<sup>F</sup>

---

Al enterarte de que un hijo, alumno, amigo, novio o familiar se autolesiona, es probable que te sientas asustado, enojado y confundido. Es normal sentirse así. Tal vez sientes que ante una conducta tan extrema te será difícil ayudar y pensarás que solamente un profesional de la salud mental puede hacer algo. Sin embargo, tu comprensión y ayuda son importantes y necesarias; tu respuesta es crucial para su futuro.

Cuando te enteres, explícale que lo quieres, que buscas lo mejor para él y que necesitas un tiempo para entenderlo y prepararte. No te apresures, recuerda que darse tiempo para asimilar lo que uno siente y piensa puede ser la diferencia entre ayudar y no.

En este capítulo indicaremos lo que hay que tener presente para ayudar: lo difícil de enterarse que un ser querido se autolesiona, cómo prepararte para hablar del tema y cómo abordarlo. También, dado el caso, hay que saber cuando y cómo decirle a los padres que su hijo se autolesiona.

## LO QUE PASA CUANDO TE ENTERAS

Normalmente, las respuestas que tiene una persona al saber que un ser querido se autolesiona, pueden ser:

- Enojo
- Negación / minimizar
- Culpa
- Sobre reaccionar / paralizarte (shock)
- Tristeza y empatía

Dado que es frecuente que nuestra primera reacción sea alguna de estas respuestas, es importante entender el porqué. De esta manera, nos podemos preparar y si es necesario rectificar esta respuesta, para así abrir un canal de comunicación con nuestro ser querido. A continuación se explica cada una:

### **Enojo**

El enojo es una respuesta común cuando uno se entera de que su familiar o amigo se está haciendo daño. Dos de las razones por las que se reacciona con enojo son:

→ Sentirse engañado. Es natural que sientas enojo contra alguien que te ha mentado acerca de la causa de sus heridas, o que te ha mantenido en secreto una conducta de esa naturaleza. El enojo surge porque de alguna forma te sientes traicionado y engañado: lo consideras como una falta de confianza y de abertura entre quien se autolesiona y tú, y eso duele y enoja.

La persona que se autolesiona miente acerca de sus heridas u omite contarle para reducir los sentimientos de vergüenza y para resguardarse de las reacciones de enojo, horror y rechazo de los demás. Y cuando sale a la luz que se hace daño, lo que pasa es que, en efecto, produce exactamente esas reacciones a las que teme: enojo y desaprobación familiar.

Esta es una de las razones por la que la persona que se autolesiona lo trata de mantener en secreto y acaba haciéndose un círculo vicioso:

**me autolesiono**



si alguien se entera se ya a **enojar** y me va a dejar de querer



lo escondo y mejor **miento**



me siento solo y culpable



**me autolesiono**

→ Sentirse frustrado. Saber que alguien se hace daño físico es frustrante y, más, cuando se piensa que la autolesión es innecesaria. Esto lleva a que te enojas y quieras regañar o forzar a la persona para que deje de autolesionarse. En estos casos la frustración surge de la incapacidad de controlar la conducta del otro. Hay que recordar que así no te guste lo que hace, y aunque trates de cambiarlo, nunca lo vas a lograr. No podemos controlar a otra persona.

Ya que es frecuente sentir enojo, hay que reconocerlo, aceptarlo y manejarlo para que después puedas transmitirle a tu amigo o familiar que lo quieres y deseas lo mejor para él. Si te enojas, tómate tu tiempo para entender cuál es la raíz de tu enojo. Más adelante daremos algunos consejos de cómo hablar sobre el tema.

### **Negación / minimizar**

Es casi imposible para un ser humano recibir de golpe el sufrimiento que lo rodea. Para poder sobreponernos tenemos que negar o minimizar la presencia de gran parte de la tristeza y horror que nos impacta.

Es así que, cuando nos enteramos que una persona se autolesiona, es posible que neguemos o minimicemos esta realidad. Podemos actuar como si no nos enteramos o no nos dimos cuenta, y seguimos nuestras vidas como si nada pasara. O bien, nos convencemos que “no es para tanto” o que fue una “cosa de nada” que no volverá a

sucedier. Dejamos pasar el evento y justificamos de una u otra manera lo ocurrido.

La negación o minimización sirve para que evitemos el sufrimiento de ver a una persona cercana en dolor y para no tener que enfrentar la realidad que nos rodea. Negar y minimizar es una manera de protegernos ante lo desconocido y lo doloroso. Sin embargo, si te das cuenta del dolor emocional de alguien cercano y lo niegas, o le restas importancia, le haces más mal que bien.

Tu amigo o familiar que se autolesiona está sufriendo emocionalmente. Al negar este sufrimiento, lo que le comunicas es que no estás interesado, no estás dispuesto a ayudarlo, que no entiendes el problema y no vas hacer nada al respecto. Por lo tanto es importante que cuando te enteres de que tu ser querido se autolesiona, hagas lo más posible para no negarlo o disminuirlo. Esto no es fácil y se requiere estar en contacto con tus propias emociones.

## **Culpa**

Cuando un ser querido se autolesiona nos puede provocar culpa. Sentir, por ejemplo, como si tú hubieras hecho algo que causó que tu amigo o familiar se hiciera daño. A lo mejor piensas que no fuiste un buen padre, pareja o amigo. Quizá sientes que no le brindaste suficiente amor, cariño o atención; o bien, que no estuviste muy presente en su vida o que no lo escuchaste lo suficiente. En términos generales, este sentimiento de culpa no es apropiado, ni necesario, ni de utilidad. Tú no determinas los actos de otra persona. Puedes, ciertamente, influenciar sus percepciones, creencias, conductas y emociones, pero tal influencia no es determinante.

Lo que tú hiciste es tu responsabilidad y tendrás que analizar el porqué de la misma y tratar de remedar tus faltas. Con todo, lo que tú no hiciste fue hacer que se hiciera daño. **No** es tu responsabilidad cuando otra persona toma una navaja. Incluso bajo las circunstancias más extremas, la persona elige siempre lo que hace.

La culpa que sientes, aunque sea una reacción normal, no es útil. Es más útil superar los remordimientos y no lamentarte, para así enfocar tu energía en una dirección positiva y de ayuda.

## **Sobre reaccionar / paralizarse (shock)**

La autolesión es una conducta que se presta al secreto: se hace en soledad y los resultados se disimulan o esconden con facilidad. Debido a esto, es muy probable que

te impresiones y entres en shock emocional cuando te enteres que tu hija, tu novio o tu amiga, se hace daño.

Uno no se da cuenta de los signos de la autolesión. Probablemente tampoco uno reflexiona acerca de los rasguños o heridas que aparentemente se produjeron por “accidentes”. Puede ser que viendo hacia atrás te des cuenta de que había muchos signos de que el ser querido se estaba autolesionando y que, en su momento, lo ignoraste o lo negaste. Por ello, cuando finalmente te enteras de que un ser querido se autolesiona, te asombras, sobre-reaccionas o paralizas.

La sobre-reacción se traduce en regañarlo, gritarle, pegarle, llorar o llegar, incluso, a dañarte a ti mismo. Si te paralizas implica no decir nada y “multiplicar por cero” a la persona que tienes enfrente. Ambas reacciones llevan como consecuencia que el familiar o amigo que se autolesiona se aparte de ti, se angustie o enoje y, eso, a su vez, lo lleve a tener que seguir autolesionándose.

Tómate tiempo para calmarte y retomar la compostura. Esta fue tu primera respuesta y no tienes porqué seguir en el mismo tenor.

## **Tristeza y empatía**

Ser empático significa tener la habilidad de entender la perspectiva y la situación de otra persona. Cuando eres empático, entras al mundo emocional del otro. Es como si lograras percibir al mundo desde una perspectiva ajena. Claro que es imposible compartir totalmente la perspectiva de esa persona, **pero con empatía se puede llegar a tener una comprensión** aproximada de la situación en la que se encuentra la persona.

Entender el nivel de sufrimiento de alguien es un arma de doble filo: por un lado, te permite ayudar de manera efectiva; por el otro, te puede afectar al punto que tu tristeza y tu dolor sean similares a los de la persona a la que estás tratando de auxiliar, limitando tu capacidad de ayuda.

La empatía es diferente a compadecernos o sentir lástima de la otra persona, lo cual implicaría que nosotros somos superiores y ellos inferiores. Suponemos que sabemos lo que es mejor para la otra persona, creyendo entender lo que le está pasando. Esto limita la comunicación y la comprensión de lo que pasa.

Por ejemplo, si una persona se acaba de hacer daño, a lo mejor se siente bien, ya que fue una acción que le permitió enfrentar la situación que le estaba pasando. Si te compadeces por ella, piensas que lo que hizo fue un acto de desesperación, negativo,

destrutivo y sin utilidad. En cambio, **si sientes empatía, podrás apreciar que en ese momento era su única salida, y que en un futuro requiere de otras herramientas para poder manejarse de una manera más sana y productiva.**

El ser empático cuando quieres ayudar a una persona es la mejor manera de mantener la comunicación abierta y fluida.

Todas estas respuestas (sobre—reaccionar, negarlo, enojarse, frustrarse, empatizar y entristecerse) son las que la mayoría de las personas tienen al enterarse de que un ser querido se hace daño. Trata de identificar la que tú sientes.

Es importante enfrentar los sentimientos que te despierta la conducta de autolesión, de lo contrario no podrás ayudar a tu ser querido. Pide ayuda para aprender a manejar tus sentimientos. Esta ayuda no es para que la persona que se autolesione lo deje de hacer, es para ti.

## PREPARÁNDOTE PARA HABLAR DEL TEMA

Si quieres ayudar a una persona que se autolesiona, tienes que hablar del tema de una manera tranquila y cariñosa.

Hazle saber que está bien hablar de ello, y que puedes entenderlo y manejarlo. Es crucial mantener la comunicación abierta con la consigna de respeto y cariño y, por ende, que no te vas a enojar con él, ni lo vas a regañar. Para lograrlo, hay que estar listos para:

→ **Aceptar.** Es difícil aceptar que una persona tenga que recurrir al cortarse para sentirse mejor. Sin embargo, es importante reconocer y aceptar que en estos momentos la autolesión es la manera que le ha permitido hacer frente a su situación. Al dejarle saber que entiendes lo que significa para él la autolesión, le abres las puertas para imaginar una vida sin hacerse daño.

→ **Escuchar.** La persona que se autolesiona no ha podido compartir su pesar. Algunas veces, incluso, ha podido ser ignorado o se han burlado de él cuando expresa lo que siente. Al escucharlo y tratar de entender lo que siente y el porqué se autolesiona, le das un regalo que puede cambiar su vida.

→ **Entender.** Una de las cosas que más ayudan es demostrar que entiendes que la persona que se autolesiona tiene un dolor interno fuerte, y que sus heridas físicas lo protegen de ese dolor. Sentir tu comprensión y apoyo le permite comunicar lo que siente y explorar lo que le causa su dolor emocional. Así puede reconocer poco a poco que la autolesión lo hace sentir mejor en el momento, pero no arregla el problema subyacente.

→ **No tomarlo personalmente.** La conducta de autolesión es acerca de la persona que la lleva a cabo, no es acerca de las personas de su alrededor. La persona por la que te preocupas no se autolesiona para hacerte sentir mal o culpable. Aunque parezca manipulación, probablemente no sea esa la intención. Por lo general las personas que se autolesionan no lo hacen por ser dramáticas, por enojar a otros o para afirmar algo. Lo hacen porque se encuentran psicológicamente limitadas para manejar su dolor, angustia, enojo, tristeza.

→ **No obligar a la persona que se autolesiona a dejar de hacerlo de un día para**

otro. Independientemente del nivel de tu preocupación, no puedes obligarle a comportarse como tú preferirías que lo hiciera. La experiencia indica que, sin una preparación profunda, pedirle que lo deje de hacer sin más no funciona. Si obligas a una persona a suprimir la conducta de autolesión, lo hará por un tiempo corto debido al temor de que la dejes de querer. Pero, cuando inevitablemente emerge de nuevo, es a menudo más destructiva e intensa de lo que había sido antes, y seguramente ya no te lo volverá a contar.

## CÓMO ABORDAR EL TEMA

Muchas personas que se autolesionan se sienten solas, llenas de angustia, culpa y vergüenza. Es común que se hagan daño meses o años antes de atreverse a compartir esa información. Es por esto que tu ayuda y cariño pueden hacer una gran diferencia, tanto en el momento como a la larga para aprender a vivir sin necesitar hacerse daño.

Hay dos posibles escenarios en los que tengas que abordar el tema:

1. Si se acerca a ti para contarte que se está autolesionando.
2. Si te enteras de que se está autolesionando.

En ambos casos, recuerda:

- Es muy probable que la persona no esté consciente de lo que significa la autolesión, ni entienda la conducta. Solamente sabe que lo ayuda.
- Infórmate antes de hablar. No hay prisa, date tu tiempo y dile que para poderle ayudar y comprender por lo que pasa, tienes que informarte. Comparte la información que vayas recopilando; puedes tener a la mano este libro o algún otro estudio para compartírselo.
- Toma conciencia de las emociones y sentimientos que te provocan el hecho de que la persona se autolesiona.
- Mantén la comunicación abierta y fluida.
- Es muy importante tener presente que tú no eres responsable de que alguien se deje de autolesionar. Es difícil dejar de hacerse daño cuando no hay herramientas para manejar el dolor de otra manera. Tu responsabilidad radica en ayudarle a entender por qué se necesita autolesionar y la importancia de pedir ayuda a un profesional. La única persona que puede decidir autolesionarse o no es ella misma.

Para iniciar la plática, te sugerimos los siguientes puntos que ayudan a “traducir” la autolesión en palabras:

- Me imagino que debes tener un dolor emocional muy fuerte. Las personas que no

pueden expresar ese dolor llegan a cortarse o quemarse para aliviar, aunque sea un rato, el dolor.

- El hacerte daño es una opción de cómo enfrentar el dolor emocional. Dado que la autolesión te sirve a corto plazo, es difícil dejar de hacerlo.
- La autolesión no soluciona el dolor emocional que te lleva a hacerte daño, es por eso que lo seguirás haciendo si no encontramos la forma de que expreses y manejes tu dolor.

Luego de esta “traducción”, hazle saber que estás dispuesto a hablar. No insistas después. Si la persona dice que preferiría no hablar de ello, acéptalo tranquilamente y deja el tema, sólo recuérdale que estás dispuesto a escuchar si alguna vez quiere hablar de ello. Está al pendiente de ella y ayúdala a expresar su enojo, tristeza o miedos.

Cualquiera que sea tu manera de abordar el tema, te damos una guía<sup>52</sup> de lo que puedes decir que le va a ayudar **a corto plazo**:

- Demuestra que puedes reconocer en él a una persona que tiene un malestar intenso más allá de si se autolesiona o no.
- Muestra interés por las heridas en sí mismas. Si te dice que se autolesiona y en ningún momento preguntas cómo, o en dónde, lo que transmites es que o no te importa, o bien, que condenas su conducta. Asegúrate de no dar ese mensaje.
- Si no te sientes con la capacidad de ver las heridas, no lo hagas. Si te afligen sus heridas, es mejor decirlo y que quede claro que es responsabilidad tuya lo que sientes, y no es culpa de él.
- Ofrécele comprensión y respeto, respuestas que probablemente recibe pocas veces.
- Transmite que respetas los esfuerzos que hace para sobreponerse a lo que siente. Está haciendo lo mejor que puede dadas las circunstancias.
- Acepta que debe ser difícil y da miedo pensar en vivir una vida sin autolesionarse. Asegúrale que no le vas a “quitar” su forma de enfrentar los momentos difíciles, sino que la vas a ayudar a potenciar otras maneras positivas para enfrentar las dificultades.

Guía de lo que puedes decir que le va a ayudar **a largo plazo**:

- Ayuda a que la persona entienda lo que es la autolesión para ella. Por ejemplo, pregunta cuando empezó a autolesionarse y qué ocurría en ese momento. Explora cómo le ha ayudado la autolesión para enfrentar sus dificultades, tanto en el pasado como ahora. Repasa con ella lo que le lleva a autolesionarse —los eventos, pensamientos y emociones (ver capítulo 6).
- Con gentileza anímala a entender la necesidad de autolesionarse como una señal que le indica que hay algo que no está expresando. Enséñale a expresar todo eso de otras maneras, como platicar, escribir, dibujar, etcétera. Anímala a llorar en un ambiente en el que no se sienta amenazada.
- Apóyala a tomar los primeros pasos para cuidarse y reducir la autolesión, si es que ella quiere. Guíala a que sea ella la que tiene el control sobre autolesionarse (ver capítulo 6).
- No veas el dejar de autolesionarse como la única y más importante meta. Una persona puede avanzar y mejorar mucho, pero todavía puede necesitar la autolesión de vez en cuando, como método para hacer frente a emociones fuertes. También la autolesión puede empeorar cuando se exploran cuestiones o emociones difíciles, o cuando se cambian patrones de comportamiento. Toma tiempo para que alguien que se autolesiona esté listo para dejar de hacerlo. Hay que animarlo y animarse a reconocer cada paso que se da, por pequeño que sea, ya que llevará a un logro mayor.
- Es importante que la persona que se hace daño se dé cuenta de que necesita ayuda psicológica y tú puedes guiarla para que se dé cuenta (ver capítulo 7).

## INVOLUCRANDO A LOS PADRES DE FAMILIA

Si un familiar o amigo se te acerca para decirte que se autolesiona, no tienes que apresurarte a hablar con su padre o tutor. Hay que averiguar las razones por las que no lo ha platicado en casa. Recuerda: no es una emergencia, ya que lo más probable es que lleve mucho tiempo haciéndolo.

Una razón puede ser por su realidad (violencia intrafamiliar, casos de abuso, presencia de alcoholismo / drogas en casa). En este caso es más importante primero abordar estos temas que la autolesión, ya que hasta ahora el hacerse daño le ha ayudado a sobreponerse a esa realidad. Si no cambia su entorno familiar, tendrá que seguir enfrentándolo de la forma que le sea más efectiva. Te sugerimos pedir asesoría en un centro especializado o a un profesional que atienda la problemática de la dinámica familiar que se está presentando (ver apéndice A).

Otra razón puede ser la problemática inherente de la persona de comunicar su dolor y su incapacidad de pedir ayuda. Si este es el caso, puedes ser un buen mediador para cuando lo quiera platicar. Casi siempre cuando la persona ya comprendiendo el porqué se autolesiona y tiene a su lado alguien que la entiende, él mismo siente la necesidad de contárselo a sus padres.

Prepara a la persona para abrir el tema, ya que tiene que estar listo y convencido de que es el momento de compartirlo. De lo contrario, el resultado será contraproducente y perderá la confianza que has logrado que te tenga. Tiene que estar consciente del porqué lo quiere hablar y las consecuencias que pueden haber al platicarlo.

También hay que preparar a los padres o tutores. Ellos no saben necesariamente del tema y, por lo tanto, es probable que reaccionen con enojo o negándolo. Hay que explicarles que su hijo está experimentando mucho dolor emocional y que no ha encontrado formas positivas de manejarlo. Darles información por escrito (como este libro) les permitirá, a sus tiempos, leer de qué se trata la conducta y prepararse para entablar una conversación con sus hijos sobre el tema.

## INTERVENCIÓN INMEDIATA

Es importante hacer énfasis en que hay conductas o situaciones que presenta la persona que se autolesiona que requieren de **intervención inmediata** de un especialista. A continuación se listan:

El **riesgo de suicidio** está a la cabeza. En estos casos es imperativo buscar la ayuda inmediata de un profesional. Este tema es tratado en el capítulo 4.

Si hay presencia de **abuso sexual**, la intervención es urgente y especializada. Este tema se trata en el capítulo 5.

Entre los problemas que puede presentar una persona que se autolesiona cuya presencia indica la necesidad de intervención profesional sin demora, están la **violencia intrafamiliar**, los **trastornos de la alimentación**, así como el **uso de drogas**.

Finalmente, si hay **autolesiones severas** (por ejemplo, en los casos en los que se produce una hemorragia, una quemadura extensa o de tercer grado, un golpe que implique fracturas) se requiere urgentemente de la intervención médica y psicológica.

## ¿CÓMO SABER SI UN SER QUERIDO SE AUTOLESIONA?

Es difícil saber si una persona se autolesiona, a menos que te lo diga. Hay signos que puede presentar que **no son exclusivos** de la conducta de autolesión.

Problemas como el abuso de sustancias, la depresión clínica o los trastornos de la alimentación, pueden elevar el factor de riesgo.

Conductas como aislarse, responder de manera impulsiva y destructiva, tener dificultad en manejar el enojo y la impotencia, no poder compartir la tristeza, indica que la persona tiene problemas en expresar y manejar su dolor emocional. En estos casos hay que estar pendiente de la forma en que nuestro ser querido está lidiando con sus emociones, ya que puede estar apoyándose en diversas conductas de auto-daño: una podría ser la autolesión.

Si una persona pasa por un periodo difícil no sabes si recurre a la autolesión para manejar su dolor, puedes llenar el cuestionario del apéndice E. El cuestionario es **solamente un instrumento inicial** para identificar si tu ser querido está pasando por problemas y está en riesgo de autolesionarse. Es importante recordar que este cuestionario **no sirve como diagnóstico**. Si requieres obtener una evaluación y un diagnóstico, debes acudir a un profesional de la salud mental, versado en el tema de la autolesión.

---

## EN SUS PALABRAS

---

### Lo que ayuda a una persona que se autolesiona

#### → Hombre (17 años)

Después de tantos años estaba tan desesperado por contarle que, cuando mi maestra mostró un poco de interés y me dijo que deseaba que yo estuviera bien, y **que no me iba a dejar solo**, fuera lo que fuera, fue suficiente para soltarle todo. Y reaccionó bien, no se fue.

#### → Mujer (19 años)

Estaba yo tan asustada cuando mi tía me llamó y me dijo que tenía que hablar conmigo, que no dormí tres noches. Cuando llegué, me abrazó me dijo al oído que yo valía mucho y que me quería mucho. Luego me dijo que ya sabía lo que me hacía a mi misma y que **seguramente estaba muy triste y sola para hacer algo así**. Que me quería ayudar a buscar otras formas de no sufrir. Hace mucho que no lloraba tanto. Me quitó una piedra de los hombros.

#### → Mujer (50 años)

Lo que funciona mucho es empezar a platicar con una persona y establecer un puente de comprensión. Yo siempre he dicho que siempre que haya un adulto maduro y abierto a entender a un adolescente, ese adolescente se ya a salvar, así sea el tío, el hermano, el maestro, **alguien que le ponga atención a esa persona**, se ya a salvar.

### Comentario

En los tres casos, la aceptación incondicional que se le brinda a la persona que sufre, fue suficiente para reducir la tensión emocional en la que se encontraba, y así pueda comenzar a compartir lo que le está pasando.

### Lo que sienten los padres de familia

## → Padre de familia

Tengo un hijo que se empezó a autolesionar; ya van dos ocasiones de cortes en los brazos. Al principio me angustié mucho, luego me dio rabia, le pregunté los motivos y no contestó. Mi ira fue tal que le pegué, ya que no lo quería ver en esas condiciones.

Luego le dije que era un niño inteligente, precioso, que lo quería mucho; lloré junto a él y él me dijo que no me quería. Siento culpa, ya que trabajo muy duro. **No sé por dónde empezar a ayudarlo, ya que me gana el miedo.**

## → Padre de familia

Cuando me enteré que J. llevaba varios años cortándose, me enojé mucho y le pedí que lo dejara de hacer. Lo siguió haciendo. Sentí que lo hacía para desafiarme, para castigarme. Cada vez que se cortaba me enojaba más y más, incluso le llegué a pegar de la furia que sentía.

Por cosas del destino, leí sobre autolesión y empecé a entender a mi hijo. Me di cuenta que con gritos y golpes no le ayudaba, que mi enojo se debía a que me dolía intensamente su sufrimiento y me sentía impotente ante el dolor, tanto suyo como mío.

Yo no creía en los psicólogos, pero no tenía a dónde ir. Acabamos de empezar la terapia y siento que por lo menos estoy haciendo algo para ayudar a mi hijo, que es entender porqué tiene la necesidad de cortarse y porqué le es tan difícil dejar de hacerlo. El psicólogo me dijo que poco a poco mi hijo aprenderá otras formas para manejar su dolor que no sea a través de la autolesión.

## Comentario

Enfrentarse ante lo desconocido provoca angustia, impotencia y frustración. Es por esto importante informarse y buscar asesoría de un profesional capacitado (ver apéndice A).

¡No estás solo!

---

## EJERCICIO

---

Imagina que tú escribiste el siguiente poema y quieres pedir ayuda<sup>53</sup>. Léelo y contesta las preguntas del recuadro.

### *Círculos Viciosos*<sup>54</sup>

Miedo de estar bien,  
Nadie que me cuide  
Nadie que me quiera.

La lógica me dice  
Debe haber una mejor manera,  
Mi cuerpo golpeado pide descanso  
De cortes y veneno

Veó la sangre salir de la herida  
Para decirles a los de afuera  
“Es así como estoy doliendo”

Un corte, el dolor es dulce  
Castigo por pedir, castigo por necesitar.

Sonrío al daño que me he hecho  
Pero el cuerpo llora por mí.

La sangre corre a lo largo  
Mis ojos llorosos  
Muestran mi tristeza a doquier.  
Cóseme, pero sé gentil  
Duele tanto;  
El dolor de mi cuerpo;

Espejo de mi mente.

Si tú hubieras escrito el poema:

1. ¿Cómo te gustaría que reaccionaran al hecho de que te autolesionas?
2. ¿Qué respuestas negativas temerías recibir?
3. ¿Qué respuestas positivas te gustaría recibir?
4. ¿Qué tipo de ayuda o apoyo te sería de utilidad?

---

# DISCUSIÓN

---

Cuando una persona que sufre, pide ayuda, tal conducta se puede considerar como un acto de valor. La vulnerabilidad que se siente cuando uno se encuentra invadido por la tristeza, la soledad, el enojo, es tan grande que el pedir ayuda implica tener la fuerza de poner todo esto a un lado y compartirlo.

En el caso de una persona que se autolesiona, aunado a este valor, está la vergüenza y la culpa de hacerse daño, así como la energía invertida en tener que callar tanto el hecho de que se autolesiona como lo que subyace. La respuesta que reciba a su llamado de ayuda es crucial, ya que de esto dependerá si logra compartir su dolor o se vuelve a aislar.

Una persona que se autolesiona necesita:

- ser escuchado,
- ser aceptado,
- no ser juzgado, ni etiquetado, ni condenado,
- ser comprendido,
- que se le trate con amabilidad y cariño,
- que le respeten su experiencia, sus sentimientos y
- sentirse protegido.

Saber que la persona que lo va ayudar:

- no lo dejará de querer por recurrir a la autolesión,
- tenga la convicción de que las cosas pueden mejorar y
- le ayude a conocer sus fortalezas y recursos,

Es deseable que la persona que se autolesiona elija:

- el tipo de ayuda que necesita,
- dejar o no de autolesionarse mientras no tenga otras formas de enfrentar su dolor y

- a quién decirle y bajo qué circunstancias.

Esconden sus cicatrices, porque:

- les da miedo que los dejen de querer,
- temen la incomprensión, no quieren que se piense que están locos y
- no quieren decepcionar a sus seres queridos.

Una persona que se autolesiona preferiría no hacerlo, pero lo necesita mientras no aprenda formas positivas de manejar sus emociones y conozca de dónde viene su dolor emocional.



# CAPÍTULO 9

## HISTORIAS

---

## SUSANA

Me muevo con una tranquilidad que pareciera contradictoria con lo que siento por dentro. Busco debajo de la cama mi cajita. Esta cajita siempre me acompaña. Es de color negro con unas flores rosa pálido laqueadas. Al abrirla, tiene dos compartimientos. En uno tengo mi *cutter*; en el otro, lo necesario para cuidarme las heridas.

La saco tranquilamente. Salgo de la recámara y, con pasos suaves, me dirijo al cuarto de baño. Toco a la puerta tres veces sin hacer mucho ruido. Entro y echo el cerrojo. Me miro al espejo y suspiro. Yo sé que si alguien viera mi semblante en ese momento, leería en mis ojos una tristeza profunda y, en mis labios, cerrados, una petición de ayuda que me ahoga.

Pero yo no soy capaz en ese momento de ver nada, de entender nada. Tengo una idea fija en mi mente, un objetivo definido: que ese tigre que llevo dentro, que me está desgarrando, se calme. Y yo sé cómo calmarlo con precisión.

Abro mi cajita, saco el *cutter*, subo la mirada unos instantes al espejo y la vuelvo a bajar, ya con mi manga arremangada. Uno, dos, tres y cuatro cortes. Fijo la mirada en la sangre. Inspiro profundo, suelto el aire poco a poco como si estuviera en una postura de yoga. El tigre se ha dormido.

Volteo hacia mi cajita y, con mucha más calma, saco lo necesario para limpiar la herida y cubrir mis cortes. Mi respiración vuelve a la normalidad, y poco a poco mis movimientos toman un ritmo seguro y suave. Guardo todo. Limpio el lavabo. Salgo del baño, regreso a mi recámara y guardo la cajita.

Pongo música y empiezo a ojear una revista. Quisiera que ese momento durara para siempre. Pasan horas hasta que me llaman a merendar. ¡Qué no me pueden dejar en paz! Insisten. Me levanto de la cama y, de salida, me veo en el espejo. Me invade una vergüenza horrible por haberme cortado. ¡Otra vez, estúpida! Me digo entre dientes. ¿Ya vienes?, dice mi madre.

Me arreglo la manga del suéter, lo cual me da un poco de alivio. No quiero bajar. A medio día le contesté muy feo a mi mamá, empezó a llorar y yo seguí. No podía parar. Fue cuando me subí corriendo a mi cuarto, dando vueltas de un lado al otro, odiándome por ser como soy. Fue en ese momento que decidí ir por mi cajita.

No es la primera vez que me corto. Llevo un par de años haciéndolo cada vez que siento ese odio y desprecio hacia mi misma. No sé porqué empecé y no sé si pueda

parar. No sé quién sería yo, qué me definiría si no tuviera todos esos cortes en el cuerpo. Qué hago. Me odio por cortarme pero me corto porque me odio.

Estoy algo nerviosa porque tengo cita con la psicóloga de la escuela. Quiere hablar conmigo porque dice que me he vuelto altanera, que no participo en las actividades extracurriculares y quién sabe cuanta cosa. La verdad es que es la tercera vez que me cita; en dos ocasiones he logrado no asistir. Esta vez no me queda de otra.

Toco a su puerta.

—Pásale Susana —me dice la psicóloga—, qué bueno que pudiste venir. Siéntate. ¿Quieres un vaso de agua o un jugo?

—No, maestra.

—Llámame Olga. Quiero hablar contigo ya que te noto un poco... alejada de todo.

—Ah.

—Hay veces que nos pasan cosas y no sabemos qué hacer, o a quién contarle. ¿Te suena?

—No.

—A todos nos sucede, y mientras más tiempo pasa, se nos hace más difícil hablar. Incluso llegamos a pensar que así son las cosas en la vida.

—Ah.

—Tus ojitos están apagados. Cuando quieras platicar, o cuando quieras llorar, o necesites un lugar donde te sientas segura... yo voy a estar aquí, para ti.

Llegué a mi casa sintiéndome asquerosa, malvada. Ni me despedí de ella. Fui por mi cajita.

Pasaron varias semanas y en casa siguen los mismos problemas. Mamá y papá peleándose todo el tiempo, ya que papá llega borracho uno de cada tres días. Y a mi hermano le vale todo.

Hace unos días regresó mi primo. El se fue hace unos años a estudiar fuera y ahora regresa como si fuera el rey de la casa. No puedo conciliar el sueño, ni siquiera después de hacerme daño. Se acercan los exámenes y no puedo estudiar. Si no paso, no tengo entrada a bachillerato, y ahí sí que mi papá me va a meter una paliza tamaño diablo.

Llegué a la escuela y sin pensarlo fui a la oficina de Olga.

—Hola Susana, pásale. ¿Quieres tomar algo?

—No gracias. No sé a qué vine. Mejor me voy.

—No corazón, quédate un rato. Te ves cansada. ¿No has dormido bien?

—No, no mucho, y no he podido estudiar para mis exámenes.

Mejor me voy a estudiar.

—Al rato. Toma un poco de jugo y una galleta.

—Gracias.

—¿Cuántos días llevas sin dormir?

—Cuatro.

—¿Por?

—No sé, hace mucho que no me daba miedo dormir.

—¿Qué te imaginas?

—Me da miedo, nada más, ya me quiero ir.

—Toma más jugo. Cuéntame qué hiciste el fin de semana.

—Fuimos a casa de los abuelos... es que llegó un primo y había que... ya sabes...

—Comieron todos juntos. Y en la tarde...

—Lo de siempre... ya sabes... nos dio lo que nos trajo.

—¿Llevaba tiempo fuera?

—Sí, se fue a los 20 y ahora tiene 25. Todos lo adoran.

—Mmm, te noto angustiada.

—¿Ya me puedo ir?

—Susana, no es fácil lo que te está pasando. Se nota que hay algo que te angustia, que no te está dejando dormir. Eso que te atormenta lo puedes platicar conmigo. Me digas lo que me digas, yo te voy a seguir queriendo y mi opinión de ti no va a cambiar. Te dejo aquí unos minutos mientras voy al baño. Te dejo papel y pluma. A veces es más fácil escribir o dibujar lo que una siente.

Se salió y lo único que quería era mi cajita. Tomé la pluma y me rasgué. Me calmó un poco. Ya con la pluma en la mano y la hoja en blanco, escribí: lo odio. Dejé la hoja y me fui corriendo.

A la hora siguiente, Olga me buscó y con una ternura infinita me tomó de la mano y fuimos a caminar. Habló y habló, y la verdad es que no la escuchaba. Después de un rato, nos sentamos y me ayudó poco a poco a contarle lo que había pasado hace cinco años con mi primo. No le conté todo, pero lo suficiente para que después de años me salieran lágrimas. Olga me dijo que podíamos platicarlo poco a poco, y que yo le podía

contar lo que quisiera.

Olga se aseguró de que mi primo no me hiciera cosas, y le prometí que si, en cualquier momento, se me acercaba, yo le marcaría por teléfono de inmediato. No fue necesario. Mi primo empezó a trabajar tiempo completo, y yo, los fines de semana, me ausentaba de casa todo el día.

Durante el resto del semestre, platicué con Olga cada semana de cómo me iba sintiendo; ella le pidió a una maestra que me ayudara a estudiar para los exámenes finales.

Yo estaba un poco más contenta, pero me invadía la culpa de no contarle a Olga cada vez que me cortaba. Cómo le iba a decir. Seguro me dejaría de querer y yo ya no tendría con quién platicar.

No me podía dejar de cortar. Cada vez que me peleaba con una amiga o con mi mamá me odiaba y me cortaba; cada vez que oía a mi papá borracho, insultando a mi mamá, yo me ponía debajo de las cobijas, me odiaba y me cortaba; cada vez que no podía dormir, me cortaba.

Se acercaban vacaciones y eso me angustiaba. Olga se dio cuenta y me explicó que, aunque mi primo ya no me hacía nada, lo que me hizo dejó cicatrices que, de vez en vez, volvían a sangrar. Se me fue el alma al suelo, pensé que me había descubierto: empalidecí. Al verme, me dijo que todas las personas que habían pasado por la experiencia que yo pasé, necesitaban platicarlo mucho con una persona especialista. No me lograba decidir si sabía o no que me cortaba. Tenía que decírselo, pero no me atreví. Esto me confirmaba que yo era de lo peor y más me odiaba.

Le tomó un par de semanas convencerme que en vacaciones fuera a ver a una mujer a la que le tenía confianza y que atendía a chicas como yo. Para eso debía hablar con mis papás con el permiso del director. Entre las dos decidimos decirles que yo no estaba contenta y que me estaba costando trabajo hablar de mis cosas. Que el paso a bachillerato era difícil y que las vacaciones de verano eran una buena oportunidad para ir con una persona especialista en adolescentes.

Olga citó a mis papás y con el director les dijo en lo que quedamos. Mi papá enfureció. Dijo que ningún hijo suyo estaba loco y que su hija no tenía nada que contarle a nadie. Mi mamá me volteo a ver, luego a Olga y, bajando los ojos, le dijo a mi papá que habían cosas de mujeres que solamente se podían hablar entre mujeres. Yo

sabía que eso le costaría a mi mamá una buena bofetada cuando saliéramos, pero, en ese momento, mi papá se levantó y, azotando la puerta, dijo:

—Hagan los que les...

Me despedí de Olga. Al salir del bachillerato sabía que no la iba a volver a ver. Igual prometí buscarla. Me dijo que estaba orgullosa de mí, por haber tenido la fuerza de buscar ayuda. No la pude ver a los ojos, debajo de mis pulseras podía sentir cada cortada de los últimos meses. Me dio un abrazo y salí corriendo.

A la semana, mi madre me llevó con la psicóloga que había recomendado Olga. Me costó trabajo empezar hablar. Lo bueno es que Olga ya había hablado con ella. Decidí no decirle que me cortaba. Total, cortándome yo no le hacía daño a nadie, y eso me ayudaba a no perder tanto el control. Además, me protegía de no hacer algo peor.

Iba dos veces a la semana con la psicóloga, Julia. Me ayudó a tener la fuerza de alejarme de mi primo y aprender a decirle que no cuando me invitaba un helado o me quería comprar algo. También me ayudó a empezar a hablar con mi mamá sin tener que agredirla.

Un día, una vecina me vio el brazo. Claro que le dije que yo jugaba mucho con mi gato y que me había rasguñado. Al día siguiente me dio el nombre de un sitio de internet.

—Para que sepas qué te estás haciendo.

Me tomó varios días atreverme a entrar al sitio. Finalmente lo logré y, desde la primera pantalla, me di cuenta de tres cosas: que no era yo la única, que no tenía de qué avergonzarme y que, si lo hacía, era porque tenía un dolor emocional que no había aprendido a sacar.

Respiré. Hasta sonreí. Aprendí que no solamente no era la única que me cortaba, sino que era común tener miedo de contarlo, desde a una amiga hasta a la psicóloga. Recomendaban que contarlo era un paso importante, pero que no se podía hacer así nada más. Que primero tenía que entender la conducta de “autolesión” y después podía contarle a quien más confianza le tuviera.

Al mes, decidí contarle a Julia. Seguí las instrucciones del sitio: “Acuérdate que no todos saben de la conducta y, por lo tanto, pueden pensar que se trata de otra cosa. Ve preparada, incluso, puedes escribir lo que quieras decir y leérselos. Dales tiempo a que lo asimilen”, y así lo hice:

—Julia, hay algo que me gustaría contarte pero que me da mucha vergüenza. Cuando

estoy triste o enojada, y no puedo llorar, o hablar, o pedir ayuda, recurro a hacerme daño. Leí que eso se llama “autolesión” y es una manera de manejar el dolor emocional. Me da mucho miedo que ya no me quieras atender o que me pidas que lo deje de hacer. No puedo dejarlo de hacer porque siento que si no lo hago, puedo hacer algo peor; además ya no sé ni quién soy si no lo hago. Necesito hacerlo. Llevo tres años haciéndolo, ya encontré un sitio en el que se explica qué es. Me gustaría que tú vieras el sitio para que me digas qué opinas y si piensas que es eso lo que me pasa.

Se lo leí.

Cuando terminé, me sonrió y me dio las gracias por haber compartido algo tan íntimo e importante. Que le encantaría ver el sitio y que juntas íbamos a entender qué me llevaba a hacerme daño, y que, poco a poco, encontraríamos de dónde venía ese dolor emocional, y aprendería yo maneras más sanas de manejarlo.

Los años siguientes nos dedicamos a que yo platicara lo que pasó con mi primo, para dejarlo de cargar sobre mis espaldas, para que entendiera las implicaciones que tuvo y estaba teniendo en mi vida, porque eso hacía que me odiara a mí y a mi cuerpo, y para que, poco a poco, yo fuera aceptando a mí y a mi cuerpo con todo y todo.

También hablamos de la dificultad que estaba yo teniendo para relacionarme, de manera sana, con los muchachos de la escuela, y poco a poco aceptar salir al cine o por un café con alguno de ellos.

Al principio, cada vez que hablábamos de mi primo, se me venían unas ganas enormes de cortarme. Y lo hacía. Aprendí, sin embargo, a contárselo a Julia, a no mantenerlo en secreto. Luego aprendí a darme tiempo entre tener ganas y hacerlo.

También hablé sobre lo que sucedía en mi casa: la agresividad de mi papá sobre todo cuando se le subían las copas, el miedo y odio que me provocaba ver la manera cómo nos trataba, la impotencia ante eso y la culpa que sentía de querer ver a mi papá destrozado.

También me daba temor empezar a beber. Entendí que la relación con mi papá influenciaba mucho mi manera de llevarme con mis compañeros. Me di cuenta que el cortarme en esos casos tenía una intención diferente de cuando me angustiaba con lo de mi primo: con lo de mi primo era para castigarme, protegerme y cuidarme; con lo de mi papá era para vengarme y darme poder.

La pasividad de mi madre me enojaba a tal punto que no podía contenerme y la agredía. Me dolió darme cuenta que, finalmente, yo estaba haciendo lo mismo que mi papá: agredirla con palabras en lugar de con golpes. Reconocí que yo era igual que mi

mamá en muchas cosas. Y logré reconocerle el valor que tuvo de aceptar que yo empezara a ir con Julia. La soledad que yo llegaba a sentir de ver a mi madre tan sumisa y de sentirme desprotegida por ella, también hacia que me cortara, ya que así, por lo menos, yo me cuidaba a mí misma y no me sentía tan sola.

En fin, llevo tres años en terapia con Julia. Todavía hay veces que recurro a cortarme, pero son pocas veces. Lo importante, como dice Julia, es detectar cuando tengo la necesidad de hacerme daño y, en ese momento, analizar qué no estoy pudiendo transmitir. Es como las migrañas, me dice, si aprendes a detectar los signos que te indican que van a empezar, las puedes parar antes de que ni siquiera te duela ni un poquito.

Puedo estar orgullosa de mí, ya que cuando se me viene el mundo encima (dice Julia que eso nos pasa a todos) y me vienen las ganas de cortarme, puedo pensar en ello sin tener que actuarlo. Eso, dice, es ir madurando. Y yo voy poco a poco, madurando.

## MIGUEL

El día de ayer estuvo grueso. Mi tío Carlos entró al baño y a mi se me había pasado echarle llave. Me agarró con las manos en la masa. Tenía yo el cigarro prendido, haciéndome quemadas en el tobillo. Se puso blanco como fantasma.

—¡Qué te pasa, güey! —dijo como ahogándose.

Del susto que me dio, me puse igual de blanco que él y se me cayó el cigarro. Mi tío se apresuró a recogerlo y, guiñándome el ojo, dijo:

—No manches, además de masoquista, nos vas a incendiar a todos, güey.

Nos reímos, pero más del nervio que de otra cosa. Se hizo un silencio de tumba. Sentí que pasaron horas; los dos ahí parados. Finalmente mi tío me dijo que lo tomara con calma y mañana platicábamos.

Salió y yo, pues... le solté un puñetazo a la pared y me calmé. Fui a buscar a mis vecinos: nunca preguntan nada de nada.

Hoy lo estoy esperando. Iba a inventarle cualquier cuento de que tenía que salir, pero la neta es que no se lo tragaría. Ando que no me calienta ni el sol. Quiero un buen al tío Carlos. Con él sí que puedo platicar, porque con mi papá está en chino.

Llegó y de entrada me llevó al estanquillo de la esquina.

—Las penas con pan son menos —dijo—, pídete lo que quieras.

Pedí un jugo de mango y unos tacos; él, como siempre, su botella de agua y unos cacahuates. Nos fuimos a sentar al parque que está como a unas 4 cuadras. Abrió su botella de agua, tomó un trago enorme y me dijo:

—Mira, mijo, cuando el río suena, agua lleva.

Luego me cuesta trabajo seguirle el hilo a mi tío, pero seguro que sabe de qué está hablando. Él no la ha tenido fácil en esta vuelta. Igual no sabía qué contestar.

—Anda mi sobri, algo pasó ayer en el baño. No le agarro qué estabas haciendo... Habla chamaco, que quien no habla, Dios no lo oye...

Yo no sabía por dónde empezar. Sentía tanta vergüenza de haberme quemado que me era casi imposible comentar algo. Bajando los ojos y apretándome con cada mano mis muslos, logré decir:

—Ándele tío, no sé qué decir.

Me pasó el brazo por el hombro y dijo:

—Pos, ¿a poco te da pena con tu tío? Pena... salir desnudo a la calle y que no te volteen a ver.

Mi tío tiene cada ocurrencia que logra relajarme. Nos reímos.

—Vamos despacito... eso que te estabas haciendo en el baño, ¿es porque ya te enrolaste con alguna pandilla?

—No tío, cómo cree.

—¿Algún pacto con alguna noviecita? ¿Andas noviando?

—No, pues no tengo novia. Las chavas como que no se me acercan. Ya mis compas andan con una y con otra, y yo, pues no.

—¿Y es por eso que te estabas haciendo esas cosas?

—En parte... o no sé... no sé... ya sabe... se me viene todo encima.

—¿Tienes amigos?

—Algunos, pero ando más bien solapas. No sé qué me pasa, me desquicio con lo que sea y, pues, no soy fácil.

—¿Cómo vas en la prepa?

—Preparándome para lograr entrar a la uni. Ya conoce a mi papá. Si no paso el examen para entrar a la uni, me las voy a ver negras. Piensa que soy más ducho de lo que soy, no soy tan cerebritito, me cuesta... y no oye razón.

—¿Tronaste en alguna materia?

—No, cómo cree... Voy normal, pero mi apa, puff, me pide puro diez. No puedo. Ya no puedo.

—¿Y por eso te haces eso?

—En parte... también por eso... todo suena tan tonto.

—Sólo el que carga el ataúd sabe lo que pesa el muerto.

—¡Ay, tío! Siento como que no puedo respirar... como que con cualquier cosa estallo y puedo ser bien pesado... o, al revés, se me viene lo cobarde y no soporto ni que vuele la mosca... parezco vieja... y no la hago en nada... mi papá piensa que no doy lo suficiente y no pierde oportunidad para humillarme... y tiene razón... y las chavas no me pelan... ¿qué estoy tan feo o apesto?

—Todo eso lo entiendo, pero... por qué agarrar el cigarro y hacerte esas cosas, mano... ahí me pierdo...

—No sé... así me tranquilizo... como que así aguanto vara.

—Me encuentro en un callejón sin salida, mijo, no puedo dejarte así, haciendo esas cosas, pero no sé cómo echarte la mano... ¿y si lo dejaras de hacer?

—Qué más quisiera, pero no puedo. No se crea, hay veces que me digo ya chole. Pero me viene el enojo o la cobardía y pelan, me tengo que... ya sabe... que hacer algo.

—Te veo mal, no me había dado cuenta... Mira, yo no sé mucho de estas cosas, pero la hermana de tu tía es psicóloga, a la mejor... ¿y si le preguntamos?

—¡No! ¡De qué lado está! ¿Qué le pasa? Esas sólo lo tachan a uno de loco y luego cuentan todo. ¡Ni se le ocurra decirle nada, ni a ella ni a la tía!

—No, pues, a la fuerza ni los zapatos entran... Migue, Miguelito, suéltame todo.

—¿Cómo qué?

—Aquí hay gato encerrado...

—Perdón tío, es que no es lo único... lo siento... he estado probando”...

—... Drogas. No Migue. Ahí sí que yo tengo autoridad. Yo pasé por ahí y ya estoy limpio. No te metas... no empieces... o, ¿adónde quieres llegar? Te estás cavando tu propia tumba.

—No sé bien ni porqué empecé. Pero llevo poco... de verdad, tío.

—Mira, mi sobri, el entrarle a las drogas es porque uno anda enfermo de los sentimientos. Y hay que sanarse, si no pierdes todo... te lo digo a sabiendas. Y de lo otro, ya por lo mismo, no es la salida. Pero de eso no sé nada, incluso me asusta.

—¿Qué hago?

—Pedir ayuda.

—¿Usted qué hizo?

—Yo me tardé, güey, pero gracias al compadre que un día me sacó del hoyo y me llevó a un centro especial de estas cosas. Y aunque me costó uno y la mitad del otro, aquí ando, sanito y coleando.

—Tío, me da cosa ir...

—¿Necesitas que te acompañe?

—¿Adónde me llevaría? ¿Sabrían mis papás? ¿Qué me van hacer? No me gusta nada la idea

—¿Qué quieres, Migue?

—No me deje solo... ayúdeme tío.

—Yo te ayudo.

—¿Me acompaña al centro ese?... al mal paso, darle prisa, como diría usted

—¡Ah!, ya estás aprendiendo, así si nos entendemos.

Nos reímos y me abrazó muy fuerte.

Fuimos al centro de atención para personas que usan drogas, y mi tío fue el que habló. Les contó lo del cigarro y lo de las drogas. No me regañaron. Me hicieron preguntas, pero sin enojo ni sermones.

Me van ayudar.

## IRMA

Suena el despertador. Irma estira el brazo y lo apaga. Un día más de despertar sola en esa cama enorme. Un día más de batallar con los hijos. Un día más de batallar con su jefe. Sin pensarlo más, sale de la cama y, en menos de media hora, ya está en la cocina preparando el desayuno, las dos bolsitas con su sándwich y alguna golosina, y los guisados para la comida.

Despierta a sus hijos, los cuales no le hacen ningún caso. Insiste. Siempre lo mismo. Empezar el día con súplicas. Ya que se asegura que están fuera de la cama, les da (bueno, trata de dar) un beso y sale de su casa.

La hermana de Irma, medio a regañadientes, les da de comer a sus hijos los lunes y miércoles. Los demás días sale del trabajo para comer con ellos: 35 minutos de que entra a casa a que se va. Regresa a las ocho de la noche a revisar que hayan hecho la tarea.

Llega al trabajo, se instala en uno de los 30 escritorios iguales entre sí, dispuestos como si fuera una bodega de muebles. Ya que se encarrila en su chamba, por el altavoz le avisan que tiene una llamada de teléfono. Le salta el corazón. Es la segunda vez en todos los años que lleva trabajando ahí que le pasan una llamada.

Es de la escuela de Adriana, su hija. Es urgente que se presente antes de la una en la dirección. No, no tuvo ningún accidente. No, no puede esperar. Si no asiste, la chamaca no se podrá presentar a la escuela ni el día siguiente, ni el resto del mes y, posiblemente, el resto del semestre.

A Irma le empiezan a sudar las manos, trata de respirar profundo: tiene que pedir permiso. El jefe es un pesado: le pagará la mitad del día aunque sólo le dé permiso de ausentarse dos horas; tiene que cubrir a otra empleada a la hora que se le pida.

Entra al despacho del director de la escuela. Él le indica que se siente y manda llamar a la orientadora escolar y a la maestra encargada del grupo de su hija.

Irma no se puede imaginar qué pudo haber hecho Adriana: lo más probable es que haya copiado en un examen, aunque en general lleva buenas calificaciones; a la mejor insultó a un maestro, pero aunque a veces le sale lo “adolescente”, nunca ha sido majadera; algo peor, reflexiona Irma... claro, se pudo haber robado algo, pero, ¿qué?

Se forma un semicírculo alrededor del director, Irma en medio de la orientadora y la maestra. El director toma la palabra sin lograr mantener fija la mirada:

—No sé por dónde empezar. Nunca habíamos tenido ningún problema con Adrianita.

Tiene buenas calificaciones, es callada, en general hace lo que se le pide y no hemos tenido reportes de ella... hasta ahora. Dos mamás de compañeritas de Adriana vinieron muy preocupadas a hablar conmigo, ya que sus hijas les contaron que Adriana se hace cortes en las muñecas. Están muy asustadas.

Irma no entiende nada. ¿De qué le hablaban? Su hija, ¿una suicida? ¿Por qué esas mamás no habían hablado con ella? Su hija, cortándose, ¿como una loca? Si fuera así obviamente ella lo sabría. Se le seca la boca y no puede emitir sonido.

—Usted entiende que una conducta así es muy peligrosa en una escuela. Tenemos muchos alumnos, todos en una edad vulnerable. Su hija está corriendo un riesgo grande y nosotros no tenemos los recursos para ayudarle.

¿La están corriendo? ¿Qué quieren?, piensa Irma al mismo tiempo que le aparecen escenas en su mente, escenas en la que Adriana se comportaba extraña, a la defensiva. Remotamente se acuerda de ver el brazo de su hija con algunos rasguños y trata de enfocarse para recordar más: “estuve jugando con el gatito de la vecina”. ¿Gatito?, murmuró Irma. Claro, recuerda que hace un par de meses necesitaba una bandita, pues ya no había. ¡Gatito! , piensa, mordiéndose el labio para no emitir sonido. Esta chamaca a qué diablos está jugando. Irma empieza a sudar.

—Adriana necesita ayuda y pues... quedarse en la escuela... ya le será difícil tener amigas... las mamás están preocupadas que sus hijas hagan lo mismo. Adrianita siempre fue buena alumna, con todo gusto le damos una carta de recomendación para que entre a otra escuela... más chica, tal vez con menos presión...

—¿Por qué lo hace? —se le oye decir con una voz ahogada.

El director voltea a hacia la orientadora con una mirada de auxilio. La orientadora se aclara la garganta y, hablando sin ver a nadie en específico, dice que Adriana seguramente tiene problemas graves en casa y se siente abandonada. Que, para llamar la atención, se corta, haciendo que parezca un intento de suicidio.

—¿Y por qué no me lo dijo? —pregunta Irma tratando de mantener una voz calmada.

La orientadora, con un gesto de manos implica “así es la vida”, sugiere que lleven a Adriana al psiquiatra. El director interviene, explicando que esa es la mejor opción.

Irma decide ir directo a su casa. A cada paso que da, enfurece más contra la escuela, contra su hija y contra ella misma.

Llega y entra al cuarto de Adriana y, señalándola con el dedo índice, le dice con una voz amarga:

—Tenemos que hablar jovencita, ahora mismo.

Adriana deja lo que está haciendo y se le queda viendo sin expresión alguna. Su madre habla primero con un tono controlado, pero poco a poco se acelera y sube la voz:

—¿Se puede saber a qué estás jugando haciéndote esas cortaditas de loca en tus brazos? Además, toda la escuela se tiene que enterar, y yo como mensa no tengo idea de lo que te haces. ¿Tú crees que la vida es así de divertida como para estar haciéndote cosas para que te pongamos atención?

Siente que en cualquier momento le puede dar una bofetada, por lo que respira profundo, cierra los ojos y continúa en un tono menos agresivo:

—Yo te quiero mucho y hago cualquier cosa por ti. Esta no es manera de arreglar tus problemitas. Explícame ahora mismo que te está pasando.

Adriana no sabe para dónde voltear, se siente como un gato acorralado.

—¡No sé, y qué te importa! —grita, se sale del cuarto y desaparece.

Irma se deja caer en la cama, exhausta y suelta el llanto. Está destrozada, enojada, triste, preocupada y muy confundida. Decide por ahora no hablarle al papá de la niña. Es lo único que tiene claro. Si ella se puso como loca, el papá se pondría peor con Adriana, y se volcaría contra ella, demostrándole que es “pésima madre”. Cada vez que surgían estos comentarios, ella trataba de repetir varias veces una frase que oyó decirle a una compañera:

¡Qué fácil decir que una no la hace como mamá cuando ellos ven a sus hijos cada quince días, si bien les va!

A la mejor no la hace como mamá, bueno, seguro no la hace como mamá si su hija está como loca jugando a que se suicida. Pero aunque sea les da de comer, van bien en la escuela... Irma cae en el desconsuelo.

Sale a dar una vuelta a la cuadra para escapar del ambiente que se había generando, lleno de acusaciones, miedos e impotencia. Deja fluir sus pensamientos y recuerda que una vez su hijo, cuando tenía 3 años, estaba muy frustrado porque se le cayó su helado al piso. Ella tenía mucha prisa para hacer algo, no puede acordarse qué. Se empezó a desesperar con su hijo que quería otra bola de helado, y ella lo regañaba y el niño lloraba. Ahí estaba su tía, que la tomó del brazo y le dijo:

—Irma, cálmate un momentito y escúchame. Imagínate que ya han pasado cinco años de este incidente del helado, y ves hacia atrás, recordándolo: qué tipo de mamá te hubiera gustado ser, calmada o histérica; cómo te hubiera gustado reaccionar; qué te hubiera gustado mostrarle a tu hijo de cómo enfrentar un problema; qué te gustaría

contarle a tus hijos, ya con hijos propios, de cómo reaccionaste. Date un minuto para pensar esto y luego vemos qué hacemos con el helado del chiquito.

En ese momento, no había entendido bien a qué se refería su tía. Recuerda haber agarrado a su pequeño y, sin reparar en lo que sentía el chiquito, encaminarse a su casa con pasos firmes. Por la noche piensa en lo que le dijo su tía y recuerda haber pensado que le gustaría ser una madre que ayudara a sus hijos a enfrentar sus problemas. Que a la mejor el incidente del helado hubiera sido una buena oportunidad de manejar la frustración... pero que la verdad es que ella tenía mucha prisa y que un helado es un simple helado.

Este recuerdo es como un balde de agua fría a su enojo y, a la vez, una fuente de vergüenza infinita, por haber sido y ser una madre que reacciona ante las situaciones pensando únicamente en su necesidad del momento. Y esa necesidad es la de no tener problemas, el que sus hijos no tengan ni hagan problemas.

Empieza a oscurecer, Irma no se ha dado cuenta del pasar del tiempo. Regresa a casa y va hacia a su hija. La abraza y le pide perdón por haberle gritado esas cosas. Se sientan en el borde de la cama y, con un gesto lleno de cariño, le quita el pelo de su carita, le acaricia la mejilla. Envuelve su bracito con sus dos manos... se quedan un rato así.

—Dime Adri —dice Irma—, ¿hay algo que te está pasando que te tiene triste? Estoy asustada de que te estés sintiendo con ganas de... morir.

Adriana respira profundo y quita su brazo de las manos de su madre.

—No me quiero morir... no entiendes nada... yo misma no entiendo nada ...tengo miedo...

Irma hace un esfuerzo enorme por no interrumpir a su hija, para decirle que todo está bien, que es exagerado lo que hace, que ella la quiere, que lo que hace esa infantil, que no le falta... casi nada. Pero se aguanta y la deja seguir balbuceando esas frases sueltas.

—Ya tengo tiempo haciéndolo... se enteraron mis amigas y ya no quieren estar conmigo en el receso... me siento sola... no me gusta... soy fea... no sé qué hacer...

Irma se da cuenta que es la primera vez en años que ve en los ojos de su hija salir unas cuantas lágrimas. No puede decir que está llorando, pero sí puede, por primera vez, leer lo que expresaban: tristeza y miedo.

Estamos igual, pensó Irma, estamos igual.

—Ma, dime que no estoy loca... de verdad... que no soy una suicida... el problema es que... no sé qué me pasa... es como si tuviera una olla exprés dentro de mi... así todo el

tiempo... y la única forma que tengo para no sentir eso es... ya sabes... eso.

Irma respira y, sorprendentemente para ella, se toma su tiempo. Le pide a su hija unos minutos para organizar su mente. Su tía le viene otra vez a la mente y se imagina lo que le diría ella en ese momento. Le cuesta trabajo, pero se imagina a su tía diciéndole que comparta con su hija lo que siente y que no se olvide que la tristeza y desesperación de su hija son reales, aunque a Irma no le parezcan.

—Mi niña —se oye Irma decir con voz armoniosa—, me doy cuenta que estás sufriendo, que estás triste y que no entiendes qué te pasa. Yo tampoco entiendo bien qué te pasa. Pero lo importante es que eres una mujer muy linda, inteligente y con un corazón enorme, y gracias a eso vas a poder salir adelante. Yo lo sé... Ahora hay que pensar cómo le hacemos para que las dos podamos entender lo que te está pasando, por qué tienes que... que... —Irma decide tomar el toro por los cuernos y decirlo—: que hacerte cortadas. Yo no sé muy bien qué hacer, pero si te parece bien, puedo preguntarle a una de mis compañeras de trabajo que sabe de estas cosas. Ella, a la mejor, nos puede decir qué hacer para que no estés tan triste y no tengas que hacértelo.

Adriana afirma con la cabeza.

Platicaron de cómo se siente Adriana en su escuela y las ventajas de buscar otra: empezar de nuevo, pero esta vez su madre estaría a su lado y al pendiente de cuando se sintiera triste o sola. Entre las dos deciden que se van a dar unos días antes de ponerse a buscar otra escuela.

Irma habla con su compañera, la cual tiene una amiga cuyo hijo había pasado por lo mismo de cortarse. Las pone en contacto, les ayuda a buscar información y a un profesional de la salud mental para que las ayude.

Es un proceso largo y doloroso, tanto para la madre como para la hija. Las dos salen adelante, más conscientes de su relación y más contentas con sus propias vidas.

Suena el despertador. Irma estira el brazo y lo apaga. Un día más. Sin pensarlo, sale de la cama y, en menos de media hora, ya está en la cocina preparando el desayuno, las dos bolsitas con su sándwich y alguna golosina, y los guisados para la comida.

Despierta a sus hijos, los cuales no le hacen ningún caso. Insiste. Siempre lo mismo. Empezar el día con súplicas. Ya que se asegura que están fuera de la cama, les da (bueno, trata de dar) un beso y, con una sonrisa, sale de su casa.



## REFERENCIAS

---

- Alcantar Escalera, I., González-Forteza, C., y Villatoro, J. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 Y 2000. *Salud Mental*, Vol. 25-6,1-12.
- Alderman, T. (1998). *Self-Inflicted Violence: Helping Those Who Hurt Themselves*.
- Alderman, T. y Marshall, K. (2006). Understanding self-injury and responding appropriately. *Major Conference at University of Southampton*, Hampshire, United Kingdom.
- Arnold, L. (1997). *Working With People who Self—Injure*. Bristol Crisis Service for Women, UK.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 54(4), 292- 304.
- Claes L. Vandereycken W, Vertommen H. (2003). Eating disordered patients with and without self-injurious behaviors: a comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*; II: 379-96.
- Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. (2007). Self—injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*; 42: 611—21.
- Conteiro, K. & Lader, W. (1998). *Bodily Harm*. Hyperion Books.
- Favazza, A. & Conteiro, K (1988). Female habitual self-mutilators. *Suicide Behaviour in Mental Hospitals*, Sep. 18.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 2nd Ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Garcia, L y Santos, D. (2008). La autolesión como medio para evitar el suicidio. *Segundo Congreso Mexicano para el Estudio del Estrés Traumático y Trauma Psicológico*. Ciudad de México.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.

- González-Forteza C, Álvarez M, Saldaña A, Carreño S, Chávez A, and Pérez R. (2005). Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, Mexico: 2003. *Social Behavior and Personality* 33(8), 777—791.
- Gross, J.J. (Ed.) (2007). *Handbook of Emotion Regulation*, Guilford, New York, NY.
- Hamby, S. L., & Pinkelhor, D. (2000). The victimization of children: recommendations for assessment and instrument development, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (7), 829-40.
- Harrison, D. (1995). *Vicious Circles*. Good Practices in Mental Health, UK. **En línea**.
- Kahan, J. & Pattison, E. M. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry* 140, 867-872.
- Klonsky, E.D. (2007). Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction. *Journal of Clinical Psychology* 63 (II).
- Klonsky, E.D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166-170.
- Klonsky, E.D. & Olino, T. (2008). Identifying clinically distinct sub-groups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 76: 22-27.
- Laye-Gindhu A, & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*. 34: 447-57
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press. New York.
- McKay, M. (2007). *The Dialectal Behavior Therapy Skills Work-book*. New Harbinger Publications Inc., CA, USA.
- Massachusetts Department of Education, (2004). *2003 Youth Risk Behavior Survey Results*. Available at [www.doe.mass.edu/hssss](http://www.doe.mass.edu/hssss)
- McVey-Noble, M., Khemlani-Patel, S., & Neziroglu, F. (2006), *When Your Child Is Cutting: A Parent's Guide to Helping Children Overcome Self-Injury*. New Harbinger Publications, CA, USA.

- Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadeson A, Crosby RD, Wonderlich SA, Simonich H, & Mitchell JE. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*. 47(I), 83-87.
- Muehlenkamp, J.J. & Gutierrez P.M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*; II: 69-82.
- National Center of Child Abuse and Neglect. (1997). *Child Mal-treatment*. Washington, DC.
- Parry-Jones B, Parry-Jones WL. (1993). Self-mutilation in four historical cases of bulimia. *Journal of Psychiatry*, 163, 394-402.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D.. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 408-11.
- Plener P, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med*, 39:1549-58.
- Ross, S. & Heath, N. L. (2002). A study of frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77.
- Santos, D. (2006a). Encuesta vía Internet para conocer la conducta de autolesión en países hispanohablantes. *XIV Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Jalisco, México.
- Santos, D. (2006b). El correo electrónico como medio de apoyo para gente que se autolesiona. *XIV Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Jalisco, México.
- Santos, D. (2006c). Testimonios vía Internet donde se describe la conducta de autolesión en países hispanohablantes. *Documento Interno de Alía*.
- Santos, D. (2007a). Características de gente que se autolesiona. *VIII Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático*, Sociedad Argentina de Psicotrauma, Guerrero, México.
- Santos, D. (2007b). La autolesión como re-construcción del trauma. *VIII Congreso*

*Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático*, Sociedad Argentina de Psicotrauma, Guerrero, México.

- Santos, D. (2007c). La autolesión como método para sobrevivir. *Congreso Internacional de Adicciones 2007*, Centros de Integración Juvenil, México.
- Santos, D. (2008a). Autolesión, prostitución y drogas. *Congreso Internacional de Adicciones 2007*, Centros de Integración Juvenil, Ciudad de México.
- Santos, D. (2008b). Reporte del Proyecto: *Quiénes se Autolesionan en México: Estudio Exploratorio*. Documento Interno, Alía, México.
- Santos, D. (2008c). Reporte del Proyecto: *Autolesión y Bulimia: Semejanzas. Estudio Exploratorio*. Documento Interno, Alía, México.
- Santos, D. (2009). Reporte del Proyecto: *Apoyo a personas que se autolesionan utilizando el correo electrónico*. Documento Interno, Alía, México.
- Santos, D. y García, L. (2008). La autolesión como reconstrucción del abuso sexual. *XV Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Monterrey, México.
- Secretaría de Salud (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. Secretaría de Salud. México, DF: SSA.
- Strong, M. citando a Favazza, A. (1998). *A Bright Red Scream: Self-Mutilation and the Language of Pain*. Penguin Putman Inc., New York, USA.
- Sullivan, T., Helma, S., Kliwer, W. & Goodman, K. (2010). Associations between sadness and anger regulation coping, emotional expression, and physical and relational aggression among urban adolescents. *Social Development*, 19, 30-51.
- Sutton, J. (1999). *Healing the Hurt Within: Understand and Relieve the Suffering Behind Self-Destructive Behavior*. Oxford: Pathways.
- United Nations (2000). *The 57th session of the UN Commission on Human Rights*.
- Walsh, B. (2010). *Approaches to the Diagnosis and Classification of Eating Disorders in DSM-V*.
- Wedig, M.M., & Nock, M.K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 46:

1171-8.

Welsh, B. (2006). *Treating Self Injury*. The Guilford Press, NY, USA.

Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 117: 1939-48.

Winkler, K. (2003). *Cutting and Self-Mutilation: When Teens Injure Themselves*. Enslow Publishers, USA.

Zlotnick, C., Shea, M., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E. & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (I), 12-16.



# APÉNDICES

---

**Apéndice A. Asociaciones de ayuda**

**Apéndice B. Semejanzas: autolesión y purga**

**Apéndice C. Indicadores de abuso sexual**

**Apéndice D. Estrategia para tener control sobre la autolesión**

**Apéndice E. Cuestionario para identificar si un joven está pasando por momentos difíciles y está en riesgo de autolesionarse**

**Apéndice F. El sitio [www.autolesion.com](http://www.autolesion.com)**



# APÉNDICE A

## ASOCIACIONES DE AYUDA

---

### → **SAPTEL: Servicio de Ayuda por Teléfono**

SAPTEL Cruz Roja Mexicana es un servicio de salud mental y Medicina a Distancia con 17 años de operar las 24 horas del día en forma gratuita. SAPTEL es un programa profesional atendido por psicólogos seleccionados, entrenados, capacitados y supervisados, que proporcionan servicios de orientación, referencia, apoyo psicológico, consejo psicoterapéutico e intervención en crisis emocional a través del teléfono.

SAPTEL proporciona un servicio oportuno y eficiente para el manejo de emergencias psicológicas y crisis emocionales. Las crisis son parte del desarrollo integral y del funcionamiento humano. No son en sí enfermedades, aunque estas últimas frecuentemente pueden presentar crisis.

SAPTEL está al día en el **tratamiento de la autolesión**

- ✓ Si estás sufriendo o sufriste abuso sexual o físico, habla a SAPTEL.
- ✓ Si estás desesperado y no sabes cómo salir adelante, habla a SAPTEL.
- ✓ Si piensas mucho en la muerte, habla a SAPTEL

### **Teléfonos**

Servicio confidencial, gratuito, a nivel nacional, 24 horas del día los 365 días del año.

En la Ciudad de México y el área Metropolitana: 52 59 81 21.

En la República Mexicana en su totalidad a través del 01 800 4727 835.

### **Sitio de internet**

### → **CIJ: Centros de Integración Juvenil**

CIJ es una asociación civil no lucrativa incorporada al Sector Salud fundada en 1969, con el objetivo de atender el consumo de drogas entre los jóvenes que, en aquel entonces, era apenas un problema incipiente de salud pública.

La labor pionera y visionaria de un grupo organizado de la comunidad, encabezado por la señora Kena Moreno, que se preocupó por contrarrestar el abuso de drogas y sensibilizar a los diversos sectores sociales del país acerca de este problema, se concretó con la fundación del Centro de Atención para Jóvenes Drogadictos, que más tarde sumó esfuerzos de diversos organismos y personas, entre ellas autoridades federales y de la comunidad en general.

CIJ cuenta con una experiencia de más de 40 años y las actividades que realiza están encaminadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación científica sobre el consumo de drogas en México. Con el transcurso de los años, la institución ha ampliado su estructura, programas y servicios, basada en un compromiso compartido con la sociedad y en un espíritu renovado día con día.

CIJ está al día en **el tratamiento de la autolesión**

- ✓ Si consumes drogas y necesitas ayuda, habla a CIJ
- ✓ Si te sientes en riesgo de empezar a consumir drogas, habla a CIJ
- ✓ Si vives en un ambiente en el que tus seres cercanos consumen drogas, habla a CIJ

## **Teléfonos:**

01 (55) 52 12 12 12.

01 (33) 38 36 34 63.

## **Sitio de Internet**

## **Correo electrónico**

### **→ Inmujeres: Vida sin violencia**

En el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) saben que la violencia en contra de las mujeres forma parte de la vida de muchas de ellas, también saben que esta violencia no es natural ni sana para la vida.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 reportó que el 67% de las mujeres de 15 años y más han sufrido violencia familiar, patrimonial, comunitaria, escolar, laboral y de pareja.

Consciente de esta situación y apoyados en la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el Inmujeres trabaja junto con las autoridades competentes en las tareas de prevenirla, atenderla, erradicarla y sancionarla.

- ✓ Si cualquier persona te está violentando físicamente, habla a Vida sin Violencia
- ✓ Si cualquier persona te está violentando sexualmente, habla a Vida sin Violencia
- ✓ Si cualquier persona te está violentando verbalmente, habla a Vida sin Violencia
- ✓ Si en la escuela te sientes violentada, habla a Vida sin Violencia
- ✓ Si en el trabajo te sientes violentada, habla a Vida sin Violencia

## **Teléfono**

Servicio confidencial gratuito, a nivel nacional, 24 horas del día los 365 días del año.

En toda la República Mexicana 01 800 911 25 11.

## **Sitio de Internet**

---

# APÉNDICE B

## SEMEJANZAS: AUTOLESIÓN Y PURGA

---

La conducta de autolesión y los trastornos de la alimentación coinciden con mucha frecuencia, en particular con el comportamiento bulímico<sup>55</sup>.

Según el *Manual de Diagnóstico Diferencial del DSM -IV*, la bulimia se define por:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- a. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - b. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son:
- a. provocación del vómito;
  - b. uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos;
  - c. ayuno y
  - d. ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

### **Tipos de bulimia:**

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca

regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Se ha constatado que hasta un 55% de personas con bulimia nerviosa se autolesionan<sup>56</sup>. Investigaciones indican que, más específicamente, la asociación con la autolesión se da más con el tipo purgativo (atascarse y luego purgarse)<sup>57, 58</sup>.

Personas con bulimia han reportado que llegan a utilizar la autolesión en lugar de la purga. Para entender el porqué de esto, se les pidió a personas que presentaban ambas conductas describir sus estados anímicos y físicos antes, durante y después, tanto de purgarse como de autolesionarse<sup>59</sup>. El análisis de sus respuestas llevó a describir semejanzas en la función que tiene cada conducta para las participantes. (Cada participante presentó una o más de estas funciones)

#### → Su intención

El propósito primordial en el momento de decidir cortarse o purgarse es el de tratar de liberar la tensión o interrumpir el dolor emocional que las acosa. Se libera la tensión paradójicamente con acciones que son dolorosas y violentas. El efecto es a corto plazo, ya que la tensión regresa. Ninguna de las conductas hará que termine el dolor emocional.

#### → Dar solución a su problema

El hacerse daño lo contemplan como la solución a su problema emocional. Mientras pasa el tiempo, esta solución se empieza a volver más problemática que el problema original. Por un lado, porque la solución empieza a tomar vida propia y se convierte en un caballo desbocado. Por otro, creen que ya tiene control sobre su problema y su situación, cuando la realidad es que le han dado el control a su miedo, a su angustia, a su impotencia, lo cual las lleva a hacerse daño.

#### → Aplacar la soledad

El no poder comunicar el dolor emocional aumenta la sensación de soledad, la que

empieza a jugar un rol esencial en la tormenta emocional que se genera. Un componente de ambas conductas es la de mantenerlas en secreto, aumentando así la vergüenza y la culpa de llevarlas a cabo. Esto exagera la soledad que sienten al verse inmersos en su problemática. Cabe indicar que romper el “secreto” no siempre resuelve estos sentimientos, pero si permite a la persona pedir ayuda.

El purgarse o cortarse provoca entre otras cosas agotamiento físico y emocional, el cual hace sentir que se requiere cobijo. El sentir esta necesidad, y brindarse cuidados al limpiarse y recobrar la compostura, aplaca la soledad.

### **→ Evasión**

El ritual de purgarse o autolesionarse ayuda a evadirse. Esto se debe a que enfocan su atención a las acciones que tienen que tomar, tanto para realizar la purga o el corte, como para esconder sus estragos. Al enfocar su atención en esto, se evade el resto de su experiencia de dolor emocional.

### **→ Ser su propio dueño**

El tener algo que es solamente de uno, del que se es dueño (en toda la acepción de la palabra), hace que la persona sienta que tiene un poder que nadie más lo tiene, que la protege. La persona que se hace daño, siente que es dueña de la decisión de dañar su cuerpo. Decide la forma de purgarse y de autolesionarse, a la hora que quiere, como quiere y en donde quiere. Esto le da la ilusión de tener poder sobre sus emociones y las situaciones de alrededor. El problema es que esta ilusión dura poco tiempo y, por ende, tienen que seguir recurriendo al auto-daño.

### **→ Su efectividad**

La purga y el cortarse producen un alivio inmediato a la tensión emocional y fisiológica que siente una persona cuando está en dolor emocional. Esta efectividad hace que conciba a estas conductas como medicamentos a su dolor: un antidepresivo y ansiolítico de acción inmediata.

Su efectividad, más la garantía de “sanación” que le atribuyen al purgarse y cortarse, hace que vivan estas conductas como adictivas. Esto implica que su vida gire alrededor de la posibilidad de purgarse o cortarse; que ante eventos de tensión llegue a pensar en

cortarse o purgarse, que consideren como una de las soluciones a su problema el cortarse o purgarse, el que se angustie o atemorice si piensa que no va a tener la posibilidad de purgarse o cortarse.

### → **Uso de su cuerpo**

La relación que una persona que se daña físicamente tiene con su cuerpo es compleja, ya que por un lado lo violenta y, por otro, lo utiliza para encontrar alivio a su dolor emocional.

Es así que el hacer daño a su cuerpo cumple diversas funciones, en algunas personas:

- Articular lo que sienten. El cuerpo dice por la persona lo que ella no se permite decir o saber con palabras.
  - La sangre son las lágrimas que no pudieron sacar por no poder llorar.
  - El producto de la purga son los lamentos que no pudieron desahogar.
- El enojo y la vergüenza de ser ella misma, la lleva a querer desaparecer, y en su lugar destruye su cuerpo como metáfora de la destrucción de su ser.
- Ayuda a validar su dolor emocional. El tener como evidencia concreta un acto dañino contra su cuerpo, le afirma que sí están en dolor.

### → **Recibir castigo**

Una de las tantas funciones de la autolesión y del atracón-purga es la de castigarse a sí mismo, aunque no necesariamente tiene plena consciencia de hacerlo por esta razón.

De las personas que presentan ambas conductas y además tienen disregulación emocional, es común que reaccionen de manera impulsiva y destructiva. La culpa y el auto-odio que sienten de haber reaccionado de esta forma, hace que busquen formas de castigarse. Por ejemplo, cuando la persona pierde el control y come compulsivamente, se avergüenza, se angustia, se siente culpable y se frustra. Para aliviar esta sensación considera que requiere de un castigo: vomitar o cortarse.

Tanto el cortarse como el purgarse son acciones dolorosas y violentas, que cumplen la función de castigo. El desprecio de su ser, tanto físico como emocional, la lleva a castigar al cuerpo. Ejemplifican de manera concreta y visible su incomodidad en su entorno. La evidencia de su desprecio la palpan al ir destruyendo su cuerpo.

### → **Limpieza o purificación**

La sensación de que la persona trae algo malo o perverso dentro de sí, la lleva a tratar de liberarse de ello a como dé lugar. Para lograrlo, tratan de limpiarse o purificarse a sí mismos vía los cortes o la purga.

La salida de sangre al cortarse se llega a concebir como un método para sacar “lo malo”, lo cual se vuelve un símbolo de limpieza y purificación de su maldad. Los deshechos de la purga (vomitando o usando laxantes o enemas) se llegan a percibir como la expulsión de lo que no les gusta que tienen adentro, haciendo del proceso uno de limpieza o purificación.

Si una persona se autolesiona, es importante indagar si también presenta un trastorno de la alimentación. Al igual, si una persona presenta un trastorno de la alimentación, en particular bulimia purgativa, hay que averiguar si está utilizando la autolesión como complemento a su manejo del dolor emocional. En cualquiera de los dos casos, el hacerse daño no soluciona el dolor emocional, y la persona requiere de ayuda profesional para salir adelante.

\_\_\_\_\_

# APÉNDICE C

## INDICADORES DE ABUSO SEXUAL

---

Un niño/a o joven que ha sufrido abuso sexual puede presentar cambios en su físico o en su comportamiento<sup>60</sup>

### **Indicadores en el comportamiento que podrían indicar presencia de abuso sexual**

- Masturbación excesiva.
- Conocimientos y conducta sexuales impropios a su edad.
- Interés excesivo en temas sexuales o el evitar la temática de naturaleza sexual.
- Comportamiento seductor.
- Depresión o aislamiento de sus amigos y familia.
- Desorden en la alimentación (pérdida de apetito, anorexia, bulimia).
- Incapacidad para controlar esfínteres.
- Problemas de sueño (insomnios, miedo y pesadillas).
- Llanto continuo.
- Excesiva agresividad, irritabilidad.
- Temor o rechazo a alguna persona.
- Bajo rendimiento escolar.
- Desconfianza en sí mismo.
- Negarse a ir a la escuela.
- Delincuencia.
- Secretismo.
- Evidencia de abusos o molestias sexuales en sus dibujos, juegos o fantasías.
- Autolesión.
- Comportamiento suicida.
- Cambios constantes, abruptos e inexplicables, de su estado de ánimo.
- Cambios severos en su comportamiento.

### **Indicadores físicos que podrían indicar presencia de abuso sexual**

- Dificultad para caminar o sentarse (implicando dolor genital).

- Lesiones, desgarros, magulladuras en los órganos sexuales.
- Irritación del área ano-genital.
- Infecciones en zonas genitales y urinarias.
- Enfermedades venéreas.
- Presencia de esperma en cuerpo o ropa.
- Embarazo.
- Dificultades manifiestas en la defecación.
- Hemorragias por la vagina o por el recto.
- Ropa interior manchada o rota.
- Hematomas en el cuerpo, especialmente en los genitales.

**Ojo:** las señales físicas de abuso sexual en el niño pueden notarse únicamente en los genitales o en el ano, y éstas sólo pueden ser reconocidas por un médico.

Si un niño/a o joven presenta alguno o varios de estos indicadores, puede ser que esté sufriendo abuso sexual. Es importante señalar que hay la posibilidad de que un niño presente varios indicadores y que no esté sufriendo abuso sexual.

En el momento que se presenta algún indicador, es imperante averiguar qué está ocurriendo con el niño/a o joven. Seguramente hay algo que le está preocupando o atormentando que no ha podido comunicar. Se recomienda recurrir a su pediatra, al psicólogo u orientador escolar, o a un centro de ayuda psicológica (Apéndice A).



# APÉNDICE D

## ESTRATEGIA PARA TENER CONTROL SOBRE LA AUTOLESIÓN

---

Cada vez que tengas la necesidad de autolesionarte, contesta estas preguntas antes de hacerlo<sup>g</sup>. Si quieres, puedes compartir con alguien tus respuestas.

1. ME SIENTO:

Ejemplo: triste, solo, enojado, frustrado, con miedo, con culpa, no sé.

2. LO QUE ME HIZO SENTIRME ASÍ FUE:

Ejemplo: una riña, que alguien no me entendió, dije algo que no quería decir, tuve relaciones sexuales, algo que pasó en la escuela, no sé.

3. EN ESTE MOMENTO, SI PUDIERA ME GUSTARÍA:

Ejemplo: pedir que me den cariño, un abrazo, gritar hasta más no poder, llorar, pedir una disculpa a sutanito, decir tal o cual cosa a fulanito, no sé.

4. ME QUIERO AUTOLESIONAR PORQUE ASÍ VOY A PODER:

Ejemplo: olvidarme de todo, sentir mi cuerpo, castigarme, ya no pensar, dormir, darme atención y cuidado.

5. ANTES DE AUTOLESIONARME VOY A:

Ejemplo: darme una ducha de agua caliente, oír música a todo volumen, dibujar, hablarle a una amiga, brincar sobre un pie diez veces, nada.

→ TRATA DE HACER LO QUE DIJISTE (EN EL PUNTO 5)

6. ¿TODAVÍA ME QUIERO AUTOLESIONAR?, SÍ O NO

Es tu decisión. Tienes la opción de autolesionarte o no. Piensa en:

a. ¿Qué quieres hacer en este momento?

b. ¿Cómo te vas a sentir en media hora si tomas la decisión de autolesionarte?

- c. ¿Cómo te vas a sentir en media hora si decidiste no autolesionarte?
- d. ¿Vale la pena?

- 7. SI TU RESPUESTA ES SÍ, entonces tienes que ponerte límites en cuanto al daño que te vas hacer. Proponte que sea menos que de costumbre. Decídelo antes de lesionarte. Toma el control de cuánto te vas a autolesionar, y se fiel a tu palabra. Cuida tus heridas.
- 8. SI TU RESPUESTA ES NO, goza tu decisión. Hoy por hoy fuiste tú quien tuvo control sobre la autolesión.



# APÉNDICE E

## CUESTIONARIO

---

### **Cuestionario para identificar si un joven está pasando por momentos difíciles y está en riesgo de autolesionarse<sup>61</sup>**

Este cuestionario es **solamente un instrumento inicial** para identificar si el joven está pasando por problemas y está en riesgo de hacerse daño. Si bien el responder que sí a cualquiera de las preguntas no es suficiente indicador de que tiene un problema, respuestas positivas a **varias de estas preguntas** podrían señalar que el joven está pasando por momentos difíciles y está en cierto riesgo

Es importante recordar que este cuestionario no sirve como diagnóstico. Si requieres una evaluación y un diagnóstico tienes que acudir a un profesional de la salud mental.

1. ¿Ha demostrado el joven un cambio reciente de comportamiento (en la manera de comer, de dormir, en su vida escolar, nivel de socialización, apariencia, etcétera)?
2. ¿Ha demostrado recientemente un cambio dramático de estado de ánimo (hostil, enojado, triste o llorando fácilmente)?
3. ¿Ha presentado cambios de estado de ánimo erráticos de un momento a otro?
4. ¿Te parece que el joven vive más “en secreto” que de costumbre?
5. ¿Ha aumentado el tiempo que el joven pasa solo o tiene un grupo nuevo de amigos?
6. ¿Ha estado usando ropa o joyería diferentes que podrían ocultar cicatrices, tales como mangas largas, brazaletes anchos, o cuellos de tortuga?
7. ¿Has visto que el joven esté usando vendas o curitas últimamente, o bien que faltan estas cosas en su botiquín?
8. ¿Habla el joven acerca de autolesión, tal vez mencionando a amigos que se

autolesionan, preguntando si tú te has autolesionado o amenazando con autolesionarse?

9. ¿Has visto más cortes o rasguños en el joven que de costumbre?
10. ¿Ha comenzado a evitar deportes u otras actividades (como la danza, la natación o artes marciales) para los que sería necesario mostrar el cuerpo o estar en contacto cercano con otros?
11. ¿Se niega el joven a ver al doctor a pesar de estar enfermo?
12. ¿Has notado que el joven lleva consigo implementos que podrían ser usados para autolesionarse, como clips de papel, tijeras, navajas, alfileres, pinzas y / o cuchillos?
13. ¿Inventa excusas para explicar rasguños, moretones u otras marcas en su cuerpo (como “me rasguñó el gato”, “me caí en un jardín de rosas” o “tenía yo un vaso en la mano y se rompió”)?
14. ¿Te parece que el joven está frecuentemente en conflicto con sus amigos?
15. ¿Te parece que el joven se aparta de cosas que antes le daban gusto?
16. ¿Tiene amigos que se autolesionan?
17. ¿Has sabido que los amigos del joven, otros miembros de la familia o sus maestros, han mencionado alguna preocupación?
18. ¿Ha sacado el tema del suicidio?
19. ¿Ha cambiado drásticamente la apariencia del joven (como un aumento o reducción repentina de peso o un cambio drástico en la manera de vestir)?
20. ¿Ha sido el joven víctima de abuso sexual?



# APÉNDICE F

## EL SITIO [www.autolesion.com](http://www.autolesion.com)

---

### Creación del sitio

Gran parte del problema de la persona que se autolesiona es el no poder compartir lo que le pasa. Necesita hacerse daño, aunque preferiría no hacerlo. No encuentra la manera de hablarlo con sus padres, amigos o maestros, por miedo a que la dejen de querer, la consideren loca o se enojen con ella.

A la par, las personas en general tienen poca información sobre la conducta, lo que hace que se encuentren imposibilitados para entender y ayudar a una persona que se autolesiona.

En 2004, la Dra. Dora Santos se dio a la tarea de crear el sitio web [autolesion.com](http://www.autolesion.com), con tres objetivos:

1. Ayudar a personas que se autolesionan, vía:

- ✓ Que supieran que no están solos.
- ✓ Que supieran que no tienen de qué avergonzarse.
- ✓ Ayudarle a entender las razones de su conducta.
- ✓ Brindarles opciones para controlarla.
- ✓ Ayudarles a abrir el tema con una persona de su confianza.
- ✓ Analizar las ventajas de pedir ayuda profesional para: mejorar su calidad de vida, trabajar con lo que le subyace a la autolesión y tenerla bajo control.

Se corroboró que el 90% de los usuarios que entraron al sitio reportaron que, con el sólo hecho de entrar, los ayudó a sentir que no estaban solos en su problemática y que no estaban “locos”. Se ha constatado que este sentir, a la larga, es un ingrediente necesario para animarse a pedir ayuda y tratar de entender la conducta.

2. Apoyar a familiares y amigos de personas que se autolesionan, vía:

- ✓ Ayudándolos a entender la conducta.

- ✓ Guiándolos a cómo ayudar a su ser querido.
- ✓ Brindándoles un espacio para poder compartir el dolor que estaban sintiendo.

### 3. Informar a los profesionales de la salud.

Basándose en una revisión bibliográfica exhaustiva, se especifica lo que es la autolesión, su etiología, la población que afecta y posibles acercamientos para su tratamiento.

Con el paso de los años, un grupo de personas altruistas han ayudado y aportado su experiencia y recursos para sostener el sitio.

## **El correo electrónico**

Durante cuatro años, los usuarios del sitio tuvieron la posibilidad de pedir ayuda o información sobre la autolesión a través del correo electrónico.

El correo electrónico es uno de los recursos que cada vez se utiliza más para dar apoyo emocional. El hecho de ser gratuito y anónimo abre puertas importantes de comunicación con personas que se autolesionan que, de otra manera, no se hubieran atrevido ni podido tener.

La ayuda por correo electrónico posibilitó a la mayoría de los usuarios decirle por primera vez a alguien que se hacían daño. El darse cuenta de que no estaban solos y de que no serían juzgados por su conducta, les permitió vislumbrar que sí podían vivir una vida sin autolesión.

El entender que la autolesión era una forma de manejar su dolor emocional, les ayudó a estar más receptivos y con menos angustia. Esto les facilitó hacer consciencia de que, para dejar de autolesionarse, era indispensable entender qué los lleva a hacerlo y aprender a manejar sus emociones de una manera sana.

En el período de 2005 al 2008 nos contactaron más de 500 personas a través del correo electrónico. De este acervo testimonial, se seleccionaron los recuentos de su experiencia para ser incluidos en la sección “En sus Palabras” de este libro.

A partir del 2011, el sitio lo alberga y dirige ASeFo (Red de habla hispana para dar a conocer qué es la autolesión: asefo.com)

## **Estadísticas**

### **Participantes por país**

México → 31%  
Argentina → 23%  
España → 13%  
Chile → 13%  
Perú → 9%  
Colombia → 5%  
República Dominicana → 3%  
Otros → 3%

### **Número de personas que se contactaron por correo electrónico (entre 2005 y 2008):**

- De 436 personas que se autolesionan,  
389 pide ayuda para dejar de autolesionarse,  
47 únicamente dan su opinión sobre el sitio;
- 78 familiares o amigos de personas que se autolesionan piden consejos de qué hacer para ayudar o entenderlos;
- 42 maestros preocupados de que alumnos se están autolesionando;
- 24 psicoterapeutas piden información específica sobre la conducta.

### **Investigación y logros gracias al sitio y al correo electrónico**

Para apoyar a personas que se autolesionan y a sus familiares y amigos, es de suma importancia tener documentada la conducta así como la eficiencia del apoyo brindado.

Con este propósito en mente, desde que se creó el sitio y se inició la ayuda por correo electrónico, se llevó a cabo de manera paralela investigaciones con los objetivos de:

1. Corroborar de manera sistemática si la ayuda por correo electrónico es efectiva con personas que se autolesionan. Los resultados indicaron que de las personas participantes en el estudio que pidieron ayuda para dejar de autolesionarse<sup>62, 63</sup>:
  - a. El 85% reportaron que, durante el intercambio de los primeros correos, bajó la cantidad de veces que se autolesionaban. Esto fue debido a la fuerza que tiene el abrir un secreto mantenido por tanto tiempo. Después regresaron a lo habitual, ya que el únicamente abrirlo no es suficiente para erradicar la conducta, pues la problemática principal es el no poder manejar su dolor

emocional causado por su entorno, problemas de la infancia / adolescencia o la disregulación emocional.

- b. El 30% dejaron de autolesionarse gracias a la comunicación y consejos recibidos por el correo electrónico. Todos llevaban menos de un año autolesionándose, por lo que el apego a la conducta era muy poco.
  - c. El 30% siguieron autolesionándose igual, pero reportaron estar conscientes que la conducta era un síntoma de una problemática que traían cargando por mucho tiempo.
  - d. El 40% lograron tener control sobre su conducta, lo cual les permitió estar más dispuestos a pedir ayuda profesional.
  - e. Un 10% de las personas estaban ya acudiendo a psicoterapia, pero no le habían dicho a su terapeuta que se autolesionaban. A todas ellas se les ayudó para abrirlo en terapia.
  - f. Al 70% de las personas el estudio les brindó apoyo para platicar con una persona de su confianza el hecho de que se autolesionaban. Se dio el seguimiento necesario para que los efectos de haberlo abierto no los perjudicaran.
2. Dado que no había literatura, ni estudios sobre la autolesión en países hispanohablantes, se decidió comparar si la conducta se presentaba de similar forma en personas de países anglosajones. La respuesta fue que en ambas poblaciones, la conducta se da de igual manera.<sup>64, 65, 66</sup>
  3. Se pudo constatar que un porcentaje elevado de personas que se autolesionaban sufrían o habían sufrido abuso sexual. Se realizaron estudios para profundizar en esta correlación<sup>67, 68</sup> (ver capítulo 5).
  4. De los estudios sobre abuso sexual, se detectaron casos en que las víctimas del abuso recurrían a drogas y se encontraban en ambientes en los que se requería que se prostituyeran. Se dio un seguimiento a varios casos, reportando la encrucijada en que se encontraban estas mujeres.<sup>69</sup>
  5. Las personas que se autolesionan pueden estar en riesgo de quitarse la vida. Para estudiar la relación entre ambas conductas, se realizaron estudios sobre el tema<sup>70, 71</sup> (ver capítulo 4).

6. Usuarios del sitio reportaron que, además de autolesionarse, estaban presentando problemas relacionados con la forma de comer y percibir su imagen corporal. Se realizó un estudio para entender el porqué de la cohabitación de ambos problemas<sup>72</sup>.

## **La importancia de brindar información**

La persona que se autolesiona lo mantiene en secreto mucho tiempo y requiere de mucho valor para contarlo. Una vez que se lo dicen a alguien, la respuesta recibida es crucial, ya que si se sienten amenazados, juzgados o incomprendidos, lo más probable es que recurran a la autolesión con más frecuencia y que se nieguen a abrir otra vez el tema en meses o años, dejando así que su dolor los carcoma. Este escenario fue relatado por la mayoría de las personas que decidieron contarle a un ser cercano que se autolesionaban.

Para poder responderle a una persona que se autolesiona de manera que le ayude, se necesita entender la conducta y tener una guía de cómo ayudarlo.

Es así que decidimos emprender proyectos para brindar información tanto a las personas en general como a maestros y profesionales de la salud. Se realizó lo siguiente:

### **Talleres**

Se han impartido talleres para entender la conducta de autolesión para alrededor de:

150 maestros, 1000 profesionales de la salud mental y 50 enfermeras.

Los dos objetivos generales de los talleres son: 1) desarrollar en el participante el conocimiento y entendimiento de la autolesión y 2) desarrollar habilidades, recursos y confianza para ayudar a personas que se autolesionan.

Los objetivos particulares, según las personas, son los siguientes:

- ✓ A maestros: detectar cuando un alumno se autolesiona; cómo abordar el tema si el alumno recurre al maestro; cómo abordar el tema si el maestro tiene que abrir el tema con el alumno; cómo hablar con los padres de familia de un alumno que se autolesiona; responsabilidades de la institución en el manejo de la autolesión en el ambiente escolar.

- ✓ A profesionales de la salud mental: identificar temas específicos al trabajar con pacientes que se autolesionan y considerar formas de manejarlas; determinar los diagnósticos relacionados con la autolesión; explorar el impacto que tiene en el psicoterapeuta el tratar pacientes que se autolesionan.
- ✓ A enfermeras: detectar cuando un paciente se autolesiona; cómo abordar el tema con el paciente; determinar qué circunstancias lo están llevando a autolesionarse; determinar otras problemáticas que presente relacionadas con salud mental; toma de decisiones de qué hacer.

La experiencia del trabajo con maestros y profesionales de la salud sustentó la sección de ejercicios y discusión de este libro.

### **Documental**

Se realizó un documental titulado *La autolesión: un panorama general* que explica el porqué los adolescentes se autolesionan y cómo poder ayudarlos a través de testimonios de personas que se autolesionan, de la mamá de una joven que se corta y de la opinión de especialistas. El documental se logró gracias a la colaboración del grupo de licenciarios de Grupo Pierre Cardin-México y Fashion Group-México.

### **Libro**

Después de siete años de labor apoyando a personas que se autolesionan e informando al público sobre la conducta, se decidió plasmar el trabajo en este libro. El libro se realizó con el apoyo de los licenciarios de Grupo Pierre Cardin-México.



# AGRADECIMIENTOS

---

Mi marido me dijo: "¿Qué vas hacer con toda la información y experiencia que has acumulado en tantos años de trabajar con el tema de autolesión? ¡Escribe un libro!"

Siempre agradecida con Michel por su idea, comprensión, críticas y apoyo incondicional, en el arduo e intenso proceso de escribirlo.

Empecé y la uniformidad de la redacción se la encargué a mi madre, Roberta. Leyó y releyó cada palabra, con atención y precisión. Y, claro, siempre muy orgullosa de mis avances. Estoy muy agradecida.

Cada hoja en blanco me animé a llenarla gracias a que al día siguiente la analizaría con Ayari. El discutir juntas el porqué plasmar mis ideas de una manera u otra, enriqueció cada sección de cada capítulo del libro.

Los capítulos habría que ponerlos a prueba con personas que supieran poco y mucho del tema. Así, a lunes por capítulo, le agradezco al grupo de "primas" (no todas primas), el haber leído, comentado y discutido la primera versión del libro entre risas, elucubraciones y algunas lágrimas.

La sonrisa y el afecto que mi padre, Raúl, me demostró día a día al platicarle que estaba escribiendo un libro, fue mi oasis.

La relación que establecí con el libro fue intensa y, gracias al trabajo con Norma Sicilia, muy enriquecedora.

Antes de poner el punto final, el escrito pasó por los comentarios y sugerencias muy atinadas de mis hermanas Reina y Diana, de Miguel Marín, Lorena García, Claudia Ortiz, Sara Robbins y Akasavajri. Gracias a todas sus observaciones tuve la certeza de poder brindar a mis lectores un libro de utilidad.

La estructura del libro surgió gracias a platicarlo con Danny, mi sobrino.

El último paso, la decisión de cómo editarlo, se concretó gracias a la experiencia y al interés de ayudarme de mi hermano Pepe.

El apoyo que me brindaron mis amigos Janet Shein, David Szydlo, Claudia Rodríguez y Mirela Rigo me acompañó siempre.

La organización y darle mantenimiento al sitio de autolesion.com se volvió una tarea accesible y agradable, gracias a Nathán Witemberg.

La realización de este libro se logró gracias a todas las personas que entraron al sitio y a las que me escribieron correos electrónicos; los maestros y psicoterapeutas que acudieron a mis talleres y que compartieron su conocimiento y experiencia.

Este libro se financió con el apoyo de los licenciarios de “Grupo Pierre Cardin-México.”

Gracias a Odette de Anda por su confianza incondicional.

A mis tíos Billy y Carmen que desde siempre me han apoyado y animado a realizar mis sueños.

Mi agradecimiento a Kena Moreno y a Centros de Integración Juvenil por su apoyo constante.



# NOTAS



## NOTAS NUMÉRICAS

- 1 Santos, D. (2006a). Encuesta vía Internet para conocer la conducta de autolesión en países hispanohablantes. *XIV Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Jalisco, México.
- 2 Kahan, J. & Pattison, E. M. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry* 140, 867-872.
- 3 Favazza, A. R. (1996). *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 2nd Ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- 4 Ídem.
- 5 Ross, S. & Heath, N. L. (2002). A study of frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77.
- 6 Massachussets Department of Education, (2004). *2003 Youth Risk Behavior Survey Results*. Available at [www.doe.mass.edu/hssss](http://www.doe.mass.edu/hssss)
- 7 Plener P, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med*, 39:1549-58.
- 8 González-Forteza C, Álvarez M, Saldaña A, Carreño S, Chávez A, and Pérez R. (2005). Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, Mexico: 2003. *Social Behavior and Personality* 33(8), 777—791.
- 9 Alcantar Escalera, I., González-Forteza, C., y Villatoro, J. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, Vol. 25-6,1-12.
- 10 Santos, D. (2008b). Reporte del Proyecto: *Quiénes se Autolesionan en México: Estudio Exploratorio*. Documento Interno, Alía, México.
- 11 Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 117: 1939-48.
- 12 Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. (2007). Self—injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and

- aggression regulation. *Personality and Individual Differences*; 42: 611—21.
- 13 Laye-Gindhu A, & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*. 34: 447-57
  - 14 Santos, D. (2006c). Testimonios vía Internet donde se describe la conducta de autolesión en países hispanohablantes. *Documento Interno de Alía*.
  - 15 Favazza, A. & Conteiro, K (1988). Female habitual self-mutilators. *Suicide Behaviour in Mental Hospitals*, Sep. 18.
  - 16 Santos, D. (2007a). Características de gente que se autolesiona. *VIII Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático*, Sociedad Argentina de Psicotrauma, Guerrero, México.
  - 17 Sutton, J. (1999). *Healing the Hurt Within: Understand and Relieve the Suffering Behind Self-Destructive Behavior*. Oxford: Pathways.
  - 18 Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
  - 19 Gross, J.J. (Ed.) (2007). *Handbook of Emotion Regulation*, Guilford, New York, NY.
  - 20 Sullivan, T., Helma, S., Kliwer, W. & Goodman, K. (2010). Associations between sadness and anger regulation coping, emotional expression, and physical and relational aggression among urban adolescents. *Social Development*, 19, 30-51.
  - 21 McKay, M. (2007). *The Dialectal Behavior Therapy Skills Work-book*. New Harbinger Publications Inc., CA, USA.
  - 22 Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press. New York.
  - 23 Winkler, K. (2003). *Cutting and Self-Mutilation: When Teens Injure Themselves*. Enslow Publishers, USA.
  - 24 Klonsky, E.D. (2007). Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction. *Journal of Clinical Psychology* 63 (II).
  - 25 Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadeson A, Crosby RD, Wonderlich SA, Simonich H, & Mitchell JE. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-

- suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*. 47(I), 83-87.
- 26 Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. (2003). Eating disordered patients with and without self-injurious behaviors: a comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*; II: 379-96.
- 27 Parry-Jones B, Parry-Jones WL. (1993). Self-mutilation in four historical cases of bulimia. *Journal of Psychiatry*, 163, 394-402.
- 28 Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D.. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 408-11.
- 29 Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadeson A, Crosby RD, Wonderlich SA, Simonich H, & Mitchell JE. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*. 47(I), 83-87.
- 30 Arnold, L. (1997). *Working With People who Self—Injure*. Bristol Crisis Service for Women, UK.
- 31 Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 54(4), 292- 304.
- 32 Borges *et al* (2010). *Op. cit.*
- 33 Santos, D. y García, L. (2008). La autolesión como reconstrucción del abuso sexual. *XV Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Monterrey, México.
- 34 Klonsky, E.D. & Olino, T. (2008). Identifying clinically distinct sub-groups of Self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 76: 22—27.
- 35 Muehlenkamp, J.J. & Gutierrez P.M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*; II: 69-82.
- 36 Wedig, M.M., & Nock, M.K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;

46: 1171-8.

- 37 Hamby, S. L., & Pinkelhor, D. (2000). The victimization of children: recommendations for assessment and instrument development, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (7), 829-40.
- 38 National Center of Child Abuse and Neglect. (1997). *Child Mal-treatment*. Washington, DC.
- 39 United Nations (2000). *The 57th session of the UN Commission on Human Rights*.
- 40 Secretaría de Salud (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. Secretaría de Salud. México, DF: SSA.
- 41 Strong, M. citando a Favazza, A. (1998). *A Bright Red Scream: Self-Mutilation and the Language of Pain*. Penguin Putman Inc., New York, USA.
- 42 Santos, D. (2007b). La autolesión como re-construcción del trauma. *VIII Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático*, Sociedad Argentina de Psicotrauma, Guerrero, México.
- 43 Harrison, D. (1995). *Vicious Circles*. Good Practices in Mental Health, UK. En línea.
- 44 Zlotnick, C., Shea, M., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E. & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (I), 12-16.
- 45 Klonsky, E.D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166-170.
- 46 Santos, D. (2007b). *Op. cit.*
- 47 Welsh, B. (2006). *Treating Self Injury*. The Guilford Press, NY, USA.
- 48 Alderman, T. (1998). *Self-Inflicted Violence: Helping Those Who Hurt Themselves*.
- 49 Santos, D. (2007b). *Op. cit.*
- 50 Alderman, T. y Marshall, K. (2006). Understanding self-injury and responding appropriately. *Major Conference at University of Southampton*, Hampshire, United Kingdom.

- 51 Conteiro, K. & Lader, W. (1998). *Bodily Harm*. Hyperion Books.
- 52 Arnold, L. (1997). *Working With People who Self—Injure*. Bristol Crisis Service for Women, UK.
- 53 Arnold, L. (1997). *Op. cit.*
- 54 Harrison, D. (1995). *Vicious Circles*. Good Practices in Mental Health, UK. En línea.
- 55 Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadeson A, Crosby RD, Wonderlich SA, Simonich H, & Mitchell JE. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*. 47(I), 83-87.
- 56 Claes L. Vandereycken W, Vertommen H. (2003). Eating disordered patients with and without self-injurious behaviors: a comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*; II: 379-96.
- 57 Parry-Jones B, Parry-Jones WL. (1993). Self-mutilation in four historical cases of bulimia. *Journal of Psychiatry*, 163, 394-402.
- 58 Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D.. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 408-11.
- 59 Santos, D. (2008c). Reporte del Proyecto: *Autolesión y Bulimia: Semejanzas. Estudio Exploratorio*. Documento Interno, Alía, México.
- 60 Save the Children – México (2008). En línea.
- 61 McVey-Noble, M., Khemlani-Patel, S., & Neziroglu, F. (2006), *When Your Child Is Cutting: A Parent's Guide to Helping Children Overcome Self-Injury*. New Harbinger Publications, CA, USA.
- 62 Santos, D. (2006b). El correo electrónico como medio de apoyo para gente que se autolesiona. *XIV Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Jalisco, México.
- 63 Santos, D. (2009). Reporte del Proyecto: *Apoyo a personas que se autolesionan utilizando el correo electrónico*. Documento Interno, Alía, México.
- 64 Santos, D. (2006a). Encuesta vía Internet para conocer la conducta de autolesión en

países hispanohablantes. *XIV Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Jalisco, México.

- 65 Santos, D. (2007a). Características de gente que se autolesiona. *VIII Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático*, Sociedad Argentina de Psicotrauma, Guerrero, México.
- 66 Santos, D. (2008b). Reporte del Proyecto: *Quiénes se Autolesionan en México: Estudio Exploratorio*. Documento Interno, Alía, México.
- 67 Santos, D. (2007b). La autolesión como re-construcción del trauma. *VIII Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático*, Sociedad Argentina de Psicotrauma, Guerrero, México.
- 68 Santos, D. y García, L. (2008). La autolesión como reconstrucción del abuso sexual. *XV Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Monterrey, México.
- 69 Santos, D. (2008a). Autolesión, prostitución y drogas. *Congreso Internacional de Adicciones 2007*, Centros de Integración Juvenil, Ciudad de México.
- 70 Santos, D. (2007c). La autolesión como método para sobrevivir. *Congreso Internacional de Adicciones 2007*, Centros de Integración Juvenil, México.
- 71 Santos, D. y García, L. (2008). La autolesión como reconstrucción del abuso sexual. *XV Congreso Mexicano de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Monterrey, México.
- 72 Santos, D. (2008c). Reporte del Proyecto: *Autolesión y Bulimia: Semejanzas*. *Estudio Exploratorio*. Documento Interno, Alía, México.

## NOTAS ALFABÉTICAS

- a Una persona llega a utilizar más de una forma de autolesionarse.
- b La inteligencia emocional es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos.
- c Al final del ejercicio se te presenta un ejemplo de cómo resolverlo.
- d Para cada persona la experiencia de la autolesión cumple funciones diferentes y las consecuencias del abuso pueden ser diferentes. La respuesta que se dio a esta mujer puede resonar y servir a otras para aclarar lo que les está pasando, pero no necesariamente a todas.
- e Se dejaron espacios en blanco para que agregues otros obstáculos.
- f La autolesión es una conducta difícil de entender, y por falta de información muchas veces tenemos ideas incorrectas de lo que es. Para poder ayudar a una persona que se autolesiona, hay que entender la conducta: te recomendamos leer al menos los capítulos 1-3 y 6.
- g Ver capítulo 6 para una explicación a detalle.