



ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA,
METODOLOGÍAS E INTERDISCIPLINARIEDAD:
DE LAS TEORÍA A LAS PRÁCTICAS
ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

Oriol Romaní, Cristina Larrea,
José Fernandez (Coordinadora/es)

2

CUANDO DE LA HERIDA EMANA LO QUE DE LA BOCA ES SILENCIADO: SÍMBOLOS Y SIGNIFICADOS DE LAS PRÁCTICAS AUTOLESIVAS ENTRE LOS JÓVENES

LINA CASADÓ I MARÍN
Universitat Rovira i Virgili

Son las diez de la noche de un viernes santo en mi localidad natal. En el interior de la iglesia nos congregamos creyentes y no creyentes, devotos y no tan devotos en lo que considero una bonita hibridación tradición- modernidad, religiosidad-laicismo. La procesión comienza en la iglesia y recorre algunas de las principales calles del pueblo. Todo esto bajo un silencio absoluto que sólo se trunca al escuchar los cánticos, solemnes y profundos entonados por el sector masculino de los *Caramelles*. Silencio, cantos de muerte y penitencia, y cómo única luz la de los cirios en procesión. Cofrades, encapuchados y penitentes marchan por las calles estrechas, oscuras y empinadas mientras la música, lenta y lánguida, lo envuelve todo.

Tendría aproximadamente siete años la primera vez que fui a la procesión de viernes santo, y el recuerdo que sin lugar a dudas no me dejó indiferente, fue la de los penitentes. Hombres y mujeres medio desnudos, cargando con cruces a la espalda y con el rostro tapado por un retazo de sábana blanca. Me acuerdo que en aquel momento le pregunté a mi madre y ella me habló de promesas cumplidas y de pecados expiados. No lograba entender muy bien todo aquello, pero recuerdo también una cantilena que más o menos decía: “por tu llaga, por tu llaga, por tu llaga sano soy: fruto de tu aflicción, y con tu sangre limpiaste mi pecado...”

¿Qué sentido podía tener todo aquello en mi mentalidad infantil, en mi particular universo simbólico? Llagas, pies amoratados, cruces pesadas sobre hombros agotados, sangre que brotaba de las espigas clavadas de las espaldas penitentes...

La verdad es que a día de hoy todavía me lo pregunto, quizá de distinta forma a la que se lo pregunté a mi madre y tal vez sea este uno de los motivos que me llevaron a interesarme por las formas de autoviolencia ejercida sobre el cuerpo. De hecho creo que el origen de mis inquietudes hacia este ámbito la encontramos en esta incomprensión infantil, muy de niña, hacia la cuestión del sufrir, del cuerpo castigado, del cuerpo como elemento de control y del cuerpo también como instrumento de poder.

Habían pasado ya unos cuantos (bastantes) años hasta que la cuestión de la autolesión irrumpió de nuevo en mi vida. Estaba cursando el último año de licenciatura cuando se me ofreció la posibilidad de colaborar en una investigación financiada por el Instituto de la Mujer sobre trastornos del comportamiento alimentario. Como enfermera, casi antropóloga, no tuve demasiados problemas con la cuestión del acceso al campo. Eran también otros tiempos. A día de hoy puedo afirmar que es un proceso mucho más largo y complejo.

Entonces y sin no muchos trámites, en unos meses empecé a hacer trabajo de campo en diferentes unidades de trastornos del comportamiento alimentario, básicamente del área de Barcelona. Tuve también la posibilidad de asistir a varias sesiones terapéuticas y de entrevistar y recoger los testimonios de algunas chicas (todas ellas mujeres) que recibían tratamiento en unidades de hospitalización y de consultas externas especializadas.

Si bien en un primer momento la cuestión de la lesión autoinflingida no era un elemento a tener en cuenta en el proyecto, fruto de la interacción con estas chicas y del acopio de sus historias pude observar que la autolesión, es decir: el hecho de lesionarse a sí mismas mediante objetos punzantes, era una constante. De 10 testimonios recogidos, 9 manifestaban explícitamente la cuestión de la autolesión y la relataban como reacción a situaciones de fuerte estrés emocional: “cortarme me relaja” me decía Joana por ejemplo.

Una vez finalizado el proyecto sus historias, sus retales de vida, quedaron amontonadas entre montañas de papeles a la espera de que algún día las retomara. Tenía que hacerlo. Y así fue hace un par de años: las desempolvé e inicié un proyecto propio con el objetivo de intentar dar alguna idea, esclarecer algunos elementos que habían

quedado postergados. Lo que aquí voy a presentar, forma parte de este ejercicio de reflexión personal y posicionamiento teórico acerca de la cuestión de las autolesiones corporales. El trabajo de campo y la recopilación de nuevas historias es lo que estoy llevando a cabo en este momento. Las hipótesis que aquí presentaré pueden ser ligeramente transformadas en el transcurso de la investigación.

Empezaba este artículo explicando, no por casualidad, mi experiencia en la procesión de viernes santo y el punto de inflexión a partir del cual empiezo a interesarme por la cuestión de la autolesión corporal. De hecho, no es una cuestión banal. De la penitente a la enferma mental. ¿Quién decide quién es quién y bajo qué circunstancias? De hecho, lo que para unas deviene un instrumento para purificar sus pecados terrenales para otras (me refiero aquí a mujeres porque estaban en clara mayoría entre mis interlocutoras) es vivido como una forma de canalizar los nervios. ¿Porqué unas formas son estigmatizadas y otras no? Y, ¿Qué papel juega el cuerpo como agente receptor, y también con capacidad de proyección, en todo esto? Todo esto es lo que trataré de analizar en este artículo.

1. DE PENITENTES A LOCAS

Que los límites entre lo normal y lo patológico, la locura y la cordura acostumbran a ser imprecisos y oscilantes no es una cosa nueva. De hecho ya el historiador y filósofo Georges Canguilhem planteó en el año 1971 que “Si lo que es normal aquí puede ser patológico allá, es tentador concluir que no hay frontera entre lo normal y lo patológico” (Canguilhem, 1971: 195) y en este sentido resulta bastante lógico y paradójico afirmar que las leyes de la razón/sin razón las encontramos implícitamente escritas en la sociedad misma. Ahora cabe preguntarnos quien es quien determina estas lógicas e intentar averiguar el porqué.

Des de la teoría del conflicto social se propugna la idea de que en la sociedad neocapitalista, el grupo social dominante es el que se encarga de hacer la clasificación entre lo normal y lo desviado. Así pues y en un contexto global podría parecernos lógico pensar que los trastornos por depresión y las crisis de ansiedad, responderían a formas

patologizadas de entender algunas emociones y de gestionar las aflicciones. Esta idea junto con el concepto foucaultiano de biopoder (1991) y el concepto de meritocracia propuesto por Michael Young (1964), hace que nos generemos reflexiones al estilo de: cómo los modelos hegemónicos creados desde determinados sectores de la sociedad nos son incorporados, se encarnan en nuestra propia esencia hasta el punto que los consideramos como propios, generando a su vez disconformidades por su disociación entre el modelo y la propia vida, y esto es lo que generaría todo este potencial de malestares que es sobre lo que trabajaremos. Decir esto no hablar por hablar. De hecho el mercado de las emociones y de la gestión de los malestares es el sector que está generando más beneficios a la industria farmacéutica.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006-2007: “Una de cada cuatro mujeres mayores de 16 años en España podría tener enfermedad mental” (ENS, 2008: 11) esto quiere decir que el 26’8% de las mujeres y el 15’6% de los hombres padecemos “riesgos” relacionados con la salud mental. En Catalunya y según un estudio longitudinal realizado durante 3 años por el Consell Assessor de Salut Mental i addiccions de la Generalitat de Catalunya (2007), un 30% de los usuarios de las consultas de atención primaria presenta problemas de salud mental. El trastorno más frecuente es la depresión, que afecta a un 9’6% de los pacientes atendidos. A continuación se encuentran los trastornos relacionados con la ansiedad (7%) y las fobias (6,6%), seguidos de problemas derivados del alcohol y otras adicciones a sustancias (3,2%), siendo el porcentaje de trastornos mentales que afecta anualmente a los catalanes-hombres de un 7% y de un 14% en el caso de las mujeres (2007: 1-2). Se dice que el grupo más numeroso de trastornos en la actualidad es la neurosis, pero operativamente se utiliza el término “trastorno por ansiedad” o “trastorno por depresión” por ser más políticamente correcto, y las mujeres -tal y como ya hemos visto- nos llevamos la peor parte.

Des del ámbito de la psiquiatría y amparándose en el DSM IV (1995), la conducta autolesiva no viene tipificada como un diagnóstico específico, sino que se considera un síntoma o criterio para el diagnóstico del trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental, trastornos ficticios, y también se explicita la acepción de formas extremas de auto-mutilación (amputaciones, castraciones,

enucleaciones, etc.) en pacientes psicóticos o delirantes. En un intento de generar una nueva etiqueta diagnóstica y patologizar el síntoma, diversos autores -básicamente de Estados Unidos- han propuesto la idea de establecer un diagnóstico propio para la autolesión: En esta línea Armando Favazza y Richard Rosenthal (1993) aconsejan definir el trastorno autolesivo como una enfermedad y no simplemente como un síntoma. Ellos crearon la categoría llamada “síndrome de autolesión reiterativa”, con criterios para su diagnóstico. Tracy Alderman (1997) también aboga porque se reconozca la violencia auto-infligida más como una enfermedad que como un síntoma.

Según el proyecto *Truth Hurts* (2006), realizado por el gobierno británico a jóvenes de entre 11 y 25 años, uno de cada 15 adolescentes del Reino Unido (en el estado español no disponemos de estudios cuantitativos ni de caso) se hace daño deliberadamente y a escondidas para superar la ansiedad. Según Catherine McLoughlin, directora del informe: “Es una epidemia oculta de proporciones alarmantes de la que no sabemos nada de por qué ocurre y cómo pararla” (McLoughlin, 2006: 3). El *Truth Hurts* —realizado por la *Camelot Foundation* y la *Mental Health Foundation*— revela que la edad media a la que empieza esta conducta es los 12 años. Pero señala que incluso hay niños de cinco y siete años que lo hacen, y cada año, más de 24.000 jóvenes ingresan en el hospital a causa de una autoagresión. Los propios autores del estudio reconocen que estas cifras no son del todo fiables ya que la mayoría de estos jóvenes no llegan a ir al hospital. Según el informe, una de las cosas que la autolesión ofrece a los jóvenes es el sentimiento de control de algo en su vida y temen perderlo si revelan su secreto.

Si bien entre los datos que manejo, la conducta autolesiva (como ente patológico, puesto que los datos provienen del ámbito de la psiquiatría) es más frecuente en la adolescencia- juventud y entre las mujeres, podríamos afirmar, relacionándolo con el hecho expiatorio religioso, que el acudir a las procesiones de semana santa para autocastigarse y flagelarse públicamente es una cuestión más bien *demodé* entre nuestro sector joven. En este sentido considero que en un escenario donde el joven católico creyente y practicante es cada vez más cuestionado, determinado tipo de prácticas con alusiones explícitas al castigo corporal liberador (la sensación de culpa y el

alivio que sienten al autolesionarse es muy frecuente) irrumpen con mucha fuerza pero en un espacio más íntimo que público.

Referencias a la autolesión corporal en el cristianismo hay muchas, por poner algún ejemplo en el Nuevo Testamento se hace referencia a la curación del endemoniado de Gerasa, que “Día y noche vagaba entre los sepulcros y por la montaña, dando alaridos e hiriéndose con piedras” (San Marcos, 5: 5). Otro ejemplo serían los monjes, eremitas y anacoretas que en el siglo IV se retiraban durante meses al desierto para probar así su resistencia a las tentaciones terrenales y mortificar sus carnes. Pero no únicamente en el cristianismo este tipo de prácticas han sido más o menos legitimadas. Durante la celebración de la fiesta del Ashura, los musulmanes chiíes salen a la calle para celebrar la muerte del imán Hussein, nieto de Mahoma. Esta celebración religiosa se caracteriza por la autolesión pública (tanto de niños como de mayores) y sus cánticos de dolor. En el barrio del Raval de Barcelona hace un par de años se prohibió la exhibición pública de la autolesión durante la celebración de la Ashura, y como consecuencia de esta represión, la autolesión y la sangre se tradujeron en fuertes golpes en el pecho como señal de su dolor.

Pero no tan solo encontramos referencias a la violencia autoinflingida en los rituales religiosos. Reflexionando acerca del concepto de autolesión, las preguntas que me vienen a la cabeza son varias, por poner varios ejemplos: ¿Podemos considerar el hábito de fumar, aún siendo conscientes de que es perjudicial, una conducta autolesiva? Y el hecho de mordernos las uñas? Y el consumir a diario algún tipo de estupefaciente? Y que pasa con todo lo que tiene que ver con determinadas formas de arte corporal como el *branding*, las *escarificaciones* y los *piercings*? Podemos considerarlas prácticas autolesivas? Ciertamente no, y su principal diferencia radica en los significados que el grupo otorga a cada una de estas acciones.

Vamos a ver a continuación algunos trabajos al respecto. Lawrence Claes y Walter Vandereycken (2001) de la universidad de Leuven (Bélgica) dan una definición bastante interesante acerca del término *self-injury behaviour*, definiéndolo como: “Un comportamiento socialmente inaceptable en el que uno se aplica una lesión hacia su propio cuerpo sin una intención de suicidio” (Claes y Vandereycken,

2001: 3), estableciendo así la diferenciación con *piercings* y tatuajes en el sentido en que estas son formas de autolesionarse socialmente aceptadas. También Barbara Haas y Franz Popp (2003) de la Universidad de Salzburg (Austria), en un artículo publicado en la revista *Psychopathology* hablan haciendo referencia a un trabajo de Walter Johnson y Roy Day (1992) de aquellos comportamientos que podemos considerar: “*Self-harming behaviours that are not self-injury behaviours*” (Haas y Popp, 2003: 1). Puesto que la traducción al español me parece aquí un poco dificultosa, utilizaré los términos en inglés aunque de aquí en adelante recurriré al término *autolesión* para referir-me a lo que Claes y Vandereycken (2001) definen como *self-injury behaviour*. Así, Johnson y Day (1992) incluyen dentro de la categoría *self-harming behaviours that are not self-injury behaviours* los intentos de suicidio, las formas socialmente aceptadas de autolesionarse (*tatoos, piercings*), las autolesiones secundarias al consumo de drogas, las auto-mutilaciones producidas durante un brote psicótico, las autolesiones producidas en enfermos con algún tipo de retraso mental, los que son en respuesta a conductas de imitación y las formas indirectas de autolesión: haciendo aquí referencia a dietas excesivamente hipocalóricas o formas de ejercicio físico severo, etc.

El primer trabajo sobre conductas autolesivas des del ámbito de la psiquiatría fue publicado por Karl Menninger (1934). Para Menninger (1934) existen seis categorías de lo que él llamó “automutilaciones” y que clasificó de acuerdo a su naturaleza en, de tipo neurótico: cortarse con las uñas, escarbarse en la piel, religioso: autoflagelaciones y cilicios, ritos de pubertad: extirpación del himen, ablación del clítoris, psicóticos: enucleación, extirpación de parte de la oreja, en enfermedades de tipo orgánico: autismo, y como prácticas aceptadas en nuestro entorno: por ejemplo, la acción de comerse las uñas y tatuarse.

No obstante, y aunque pueda parecer que estas teorías nos aportan un halo de luz, dejan sin resolver una cuestión que yo considero central en este estudio, y que hace referencia a los motivos que conducen a nuestras jóvenes a vehicular hacia el propio cuerpo sus malestares. De hecho, y aunque las estadísticas estén menoscabadas, lo que rescato de los estudios que he planteado es: 1) que los casos que se exponen son menos de los que en realidad hay (puesto que muchos

son silenciados y a su modo terapéuticos), y 2) que este tipo de conductas tienen que necesariamente ser abordadas desde un posicionamiento interdisciplinar, puesto que tienen que ser interpretadas como conductas insertas en tramas de significación, en donde si bien en el escenario actual el papel que se otorga al cuerpo estaría reificado, su lectura sería el reflejo de los puntos de disociación entre los discursos teóricos y las acciones. Y es en la lectura de este tipo de acciones que el cuerpo adquiere una dimensión de microresistencia y se convierte no sólo en un campo objeto de gestión económica y control biopolítico, sino que deviene un campo abierto a la resignificación.

2. CUERPO FEMENINO Y MALESTARES ENCARNADOS

“Estas son cortadas que me he hecho en menos de una semana...apenas me inicié con el self-injury y se está volviendo una adicción para mí. Lo practico cuando me siento triste, frustrada, sola...cuando siento el poco valor de la vida y lo poco que valgo. Siento una gran satisfacción cuando lo hago, cuando siento el dolor...cuando veo la sangre correr por mi brazo es algo muy satisfactorio. Tengo necesidad de calmar mi dolor interno y emocional con un dolor externo y físico. Al sentir ese dolor me olvido de todos mis problemas (...) No siento dolor interno ni en mi corazón ni en mi alma. Solo siento como la navaja va cortando poco a poco mi piel...y me olvido de lo demás” (fragmento del blog de Princesita de anaymia, 22 de agosto de 2007).

He querido iniciar este apartado dejando que fuera “Princesita de anaymia” la que nos explicara su percepción acerca del significado que otorga a la autolesión. Articular su historia individual con una reflexión de tipo explicativo es lo que voy a tratar de hacer. Princesita de anaymia nos habla de cómo consigue calmar su dolor emocional interno a través de la lesión externa y física. Ella habla de dolor físico, aunque otras de mis interlocutoras no manifiestan sentir dolor al lesionarse, sólo un gran placer y tranquilidad. En lo que todas ellas coinciden, es que el ver la sangre como brota de los cortes, les permite volver a conectar con la realidad y sentirse vivas, sentir que existen.

El hecho de que muchas de mis interlocutoras fueran mujeres y jóvenes creo que es bastante significativo. De hecho considero que el aumento en el número de acciones violentas autodirigidas no puede ser analizado sin considerar hasta que punto las construcciones de género y sus expectativas han entrado en crisis, ya que en este sentido, las acciones violentas dirigidas hacia el propio cuerpo parecen expresar una oposición a un tipo de feminidad que restringe la expresión de sus emociones, y es a través del cuerpo, en oposición a un modelo de mujer concreto, que este tipo de prácticas pueden ser estudiadas como formas de resistencia.

Mabel Burin, Ester Moncarz et al (1990) tienen publicado un trabajo sobre salud mental desde planteamientos feministas en el que defienden la tesis de que en el campo de la salud mental se tiende a patologizar los padecimientos y enfermedades cuya etiología se adjudica a los problemas emocionales. Para Burin et al (1990), esta situación invisibiliza las causas más específicas de la queja de las mujeres debido a que orienta la búsqueda y los tratamientos hacia el campo de la psiquiatría y de la enfermedad mental en lugar de buscar el origen del padecimiento en la construcción de la identidad femenina. De acuerdo con este planteamiento habría que buscar el origen de estos malestares en el ámbito sociocultural más que en la explicación dentro del paradigma médico. Una vez que seamos conscientes de que este tipo de prácticas no pueden reducirse al individuo, creo que nos será más fácil cuestionarnos no solo las relaciones de poder y subalternidad que se expresan en el cuerpo, sino también las lógicas de determinados procesos de reforma corporal que generan conciencia crítica y son interpretados como disidentes.

BIBLIOGRAFÍA

<http://www.elconfesionario.net/diario/di147.shtml>

Acceso al blog de princesita de anaymia el 22 de febrero de 2008.

LDERMAN, T. (1997) *Scarred Soul*. Oakland, New Harbinger Publication.

BURIN M., MONCARZ E., VELÁSQUEZ S. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires, Paidós.

CANGILHEM, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, siglo XXI.

CLAES, L. VANDEREYCKEN, W. (2001) "Self-injurious behaviours in eating-disordered patients" *Eating Behaviours*, 2, (p 263-272).

Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions del Departament de Salut (2007) "La Situació dels trastorns mentals a Catalunya". Generalitat de Catalunya. Disponible en formato electrónico en: http://www10.gencat.net/gencat/binaris/20071228_salut_mental_tcm32-68451.pdf

DSM IV *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1995). Barcelona, Masson.

Encuesta Nacional de Salud de España 2006-2007. Disponible en formato electrónico en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/20080403_DOC_AP_encuesta_nacional_salud_2006.pdf

Evangelio de San Marcos (1972) capítulo 5: "Jesús Sana a un endemoniado" *Nuevo Testamento*. Barcelona, Herder.

FAVAZZA, A. (1996) *Bodies under siege. Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

FAVAZZA, A. y ROSENTHAL, R.J (1993) "Diagnostic issues in self-mutilation", *Hospital and community Psychiatry*, 44, (p.134-140).

FOUCAULT, M. (1991) *Microfísica del poder*. Madrid, La piqueta.

HAAS, B. POPP, F. (2003) "Why do people injure themselves?" *Psychopathology* 39:pp.10-18.

JOHNSON, WL., DAY, RM (1992) "The incidence and prevalence of self-injurious behaviour" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 32 (4) (p.865-869).

McLOUGHLIN, C. (dir) (2006) "Truth Hurts: report of the National Inquiry into self-harm among young people". Disponible en formato electrónico en:

<http://www.selfharmuk.org/docs/self%20harm%20report%20lowres.pdf>

MENNINGER, KA. (1934) “A psychoanalytic study of the significance of self-mutilation” in *Psychoanal*, 4 (p.408-466).

YOUNG, M. (1964) *El triunfo de la meritocracia 1870-2033*. Madrid, Tecnos.