



**LOS DISCURSOS DEL CUERPO Y LA EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO.
ACCIONES AUTOLESIVAS CORPORALES EN JÓVENES**
Lina Cristina Casado Marin

Dipòsit Legal: T. 1359-2011

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Lina Cristina Casadó Marín

**LOS DISCURSOS DEL CUERPO Y LA EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO.
ACCIONES AUTOLESIVAS CORPORALES EN JÓVENES.**

TESIS DOCTORAL

Directores:

Dra. Mabel Gracia Arnaiz

Dr. Jordi Roca i Girona

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2011

ÍNDICE

Resumen/abstract	6
Introducción	9
Capítulo 1. La autolesión corporal. Del signo, al síntoma y al síndrome	19
1.- La autolesión corporal como <i>hecho social</i>	19
2.- La autolesión corporal como concepto relacional	25
2.1 Síntomas y redes de significado	27
2.1.1 La autolesión en centros penitenciarios: biopoder y resistencia	29
2.1.2 Autolesión, identidad y tendencias juveniles: Claudia y Sara	46
2.1.3 El body art y las modificaciones corporales: el cuerpo como espacio de reivindicación	55
2.1.4 La autolesión, el castigo y la expiación de los Pecados	64
2.2 La construcción de la acción autolesiva corporal como enfermedad mental ...	74
2.2.1 Precedentes: Eugene Emmerson (1913) y Karl Menninger (1935)	74
2.2.2 Del signo, al síntoma y al síndrome	76
2.2.2.1 La autolesión corporal y la construcción biomédica del término	80
2.2.2.2 “The portrait of the typical self-injurer”	86
2.2.2.3 Modelos explicativos médicos y tratamientos de la autolesión	88
2.2.2.4 La Autolesión corporal como nueva categoría diagnóstica en el DSM V	103
2.2.3. Revisión de los modelos médicos y propuestas para un modelo multicausal y dialógico	106
Capítulo 2. Jóvenes: género, identidad y cuerpo	115
1.- Polifonías juveniles: explorando el itinerario autobiográfico corporal como estrategia metodológica	117
1.1 Yo, mi misma y mi cuerpo	119
1.2 Malestares encarnados	125
1.3 Sexo, amor y cuerpo	133
2.- Jóvenes, género y <i>riesgo</i>	140
2.1 La construcción del riesgo juvenil	141
2.2 Implicaciones de los sistemas de género en la morbi/mortalidad de los jóvenes	148
3.- Jóvenes: cuerpo, género y emociones	152
3.1 Emociones encarnadas	152
3.1.1 El malestar de Noe	155
3.1.2 Las enfermedades imaginarias de Paula	157

3.2 Malestares en femenino: la histeria, la anorexia y las autolesiones corporales como Idioms of Distress	163

Capítulo 3. Aproximación etnográfica/etnografía aproximativa en dispositivos de atención psiquiátrica infantil y juvenil en Catalunya 177

1.- Etnografía aproximativa/ aproximación etnográfica.....	179
2.- La atención psiquiátrica a la población infantil y juvenil en Catalunya	180
2.1 El modelo de gestión de la enfermedad mental	183
2.2 Procesos, complejos y dispositivos asistenciales en salud mental infanto-juvenil	194
3.- Del paradigma del loco/a en la comunidad al proceso de medicalización/psiquiatrización de los malestares	197
4.- Escenarios de observación	203
4.1 El acceso	203
4.1.1 Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil y Unidad de Tratamiento Especializado (UTE) en Barcelona.....	203
4.1.2 Centro de psicoterapia (Tarragona)	206
4.1.3 Centro de psicología lacaniana (Tarragona)	216
4.1.4 Hospital de día infanto-juvenil (Tarragona)	224
4.1.4 Unidad de contención del adolescente (Tarragona).....	228
4.2 Trabajo de campo en una unidad de contención del adolescente	238
4.2.1 Narrativas.....	239
4.2.1.1 La intersubjetividad como estrategia Metodológica.....	239
4.2.1.2 Narrativas de aflicción (relatos de jóvenes en la UCA)	241
4.2.1.2.1 “Los impulsos de Andrés” (12 años)	241
4.2.1.2.2 “Mario, el macarrilla del barrio” (16 años)	243
4.2.1.2.3 “La crisis de Lorena” (13 años).....	246
4.2.1.2.4 “La autodestrucción de Roser” (16 años).....	248
4.2.2 ¿La conducta disruptiva como “problema de salud” o “problema social”? las narrativas como puerta de entrada a los “mundos de experiencia” de los jóvenes.	252
4.3. Dilemas éticos en el trabajo de campo	255

Chapter 4 Pro-self-harm virtual communities.....	259
1.- Ethnography in cyberspace. Concepts, object of study and construction of the field	261
2. - Pro self-harm virtual communities.....	267
3.1 Virtual communities	267
3.2 Pro-self-harm virtual communities.....	271
3. - Ethnography in PSH virtual communities.....	278
3.1 Delimiting the field: observation units	284
3.2 Methodological adjustments to the fieldwork	288
3.3 Treatment of the research	292
3.4 Virtual embodied narratives	294
3.4.1. The skin battlefield	296
3.4.2. Marian's story	312
3.5 Ethical dilemmas	317
4. - Closing the field: reflections on my experience of online fieldwork.....	318
Conclusions	321
Bibliografía.....	331
Agradecimientos	355
Anexos	357

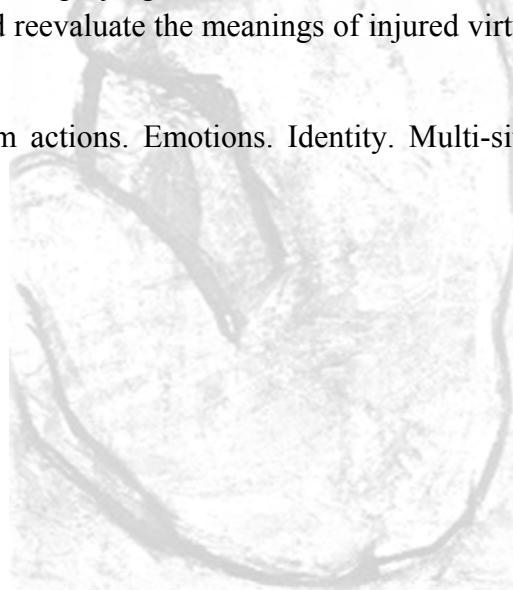
Title:

The language of the body: readings and meanings of bodily self-harm among Young people.

Abstract:

The act of bodily self-harm—defined as the way in which some people deliberately cut, burn or scratch their bodies with non fatal desires —have had a profound impact on public opinion in last five years. Even the act of self-harm without the intention of dying is not a new phenomenon in Spain, the incomprehension of a self-made action and its consideration as an *underground epidemic* affecting mainly young women (Truth Hurts, 2006 and CASE report —comparative Findings From the Child and Adolescent Self-Harm in Europe-, 2008), have promoted an upsurge of studies —mainly quantitative- which are essentially interested in concretising in numbers the magnitude of the phenomenon as well as trying to identify co morbidities and enabling conditions of self-harm. In this framework this work approaches bodily self-harm from a hermeneutic perspective and through a multi-sited ethnography in order to analyse the relation between identity construction, emotional experience and bodily representations of affliction and malaise in young people. The point of departure is the concept of the individual body as a field with expressive possibilities that may either reproduce or subvert the normative body through strategies that may be interpreted on various levels as subaltern body images, forms of agency that defy hegemonic models of the body and canons of beauty, or responses to embodied feelings of alienation. The analysis of virtual communities that promote self-harm allows me to address the question of social support networks that exist only in an online space where the body and its representations, contrary to expectations, are still playing a crucial role that exceeds the cyborg category and forces us to redefine and reevaluate the meanings of injured virtual bodies.

Key words: Young people. Bodily self-harm actions. Emotions. Identity. Multi-sited ethnography.



Título:

Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes.

Resumen:

La autolesión –descrita como el acto a través del que determinadas personas cortan, queman o arañan su cuerpo sin que exista voluntad de muerte- ha tenido en los últimos cinco años un impacto social importante. A pesar de que el hecho de lesionarse a uno mismo sin que exista deseo de muerte no es un fenómeno nuevo, la incompreensión del acto y el hecho de ser considerada una *epidemia silenciosa* que afecta sobre todo a mujeres jóvenes (Truth Hurts, 2006 y informe CASE -*Comparative Findings From the Child & Adolescent Self-harm in Europe*-, 2008) ha contribuido a la creación de una mayor alarma social y ha dado lugar al surgimiento de trabajos -principalmente de corte cuantitativo- centrados en concretar en cifras la magnitud del fenómeno e identificar comorbilidades y elementos facilitadores de la autolesión. En este marco, este trabajo trata sobre los sentidos de las acciones corporales autolesivas en jóvenes a partir de un posicionamiento hermenéutico y etnográficamente multisituado, que incorpora las variables de construcción de la identidad, vivencia emocional y representación corporal de aflicciones y malestares en jóvenes. La interpretación del cuerpo como un campo de fuerzas con capacidad expresiva -o de reproducción normativa- y reactiva -ligado a las representaciones de las autolesiones corporales y su lectura como procesos subversivos- son el eje analítico a partir del cual se desarrolla este trabajo. Tangencialmente a las representaciones y formas de sentir que se manifiestan en la individualidad de los cuerpos, el análisis de las comunidades virtuales pro *self-harm* permite abordar la cuestión de la creación de redes sociales que operan única y exclusivamente online y en donde contrariamente a lo esperado, el cuerpo y sus representaciones continúan jugando un papel determinante que excede la categoría cyborg y que nos obliga a resignificar los sentidos de los cuerpos lesionados exhibidos.

“Scars are stories, history written on the body”

K. Harrison (1993:10)



Introducción

La esencia de la antropología, planteaba Lévi-Strauss (1987), consiste en reintegrar a la racionalidad todos aquellos fenómenos, gestos o actos humanos que a simple vista pueden parecernos patológicos o incomprensibles. Uno de los objetivos previstos en este estudio trata precisamente de esto, de encontrar la lógica a lo que aparentemente parece demencial, de dar una lectura a lo que a simple vista parece una locura.

La primera vez que oí hablar de autolesiones corporales como una forma de canalizar los “nervios” fue en 2005. Ciertamente era un aspecto que no esperaba encontrar, surgió espontánea e inductivamente del campo, fue un hallazgo casual que emergió en algunas de las entrevistas con jóvenes ingresadas en una unidad de trastornos del comportamiento alimentario en Barcelona. Del hallazgo casual, más tarde vino la problematización y más adelante la realización de un proyecto de investigación (el equivalente al actual “trabajo de fin de máster”, entonces DEA –Diploma de Estudios Avanzados en Antropología Urbana-) que defendí en 2007. De esta manera, el proyecto de DEA se sitúa en el inicio de mi recorrido, puesto que me sirvió para poner en el papel reflexiones sobre marcos teóricos y metodológicos que más adelante se convirtieron en la base sobre la que construir el trabajo de campo.

Un año antes de presentar el proyecto, en 2006, mientras empezaba a construir los fundamentos alrededor de los “símbolos y significados de las acciones autolesivas corporales”, saltó a los medios de comunicación de masas la alarma en relación a lo que denominaron “la epidemia silenciosa de la autolesión” (Truth Hurts, 2006: 8). Los datos del informe filtrado ponían sobre la mesa el hecho de que en el Reino Unido, 1 de cada 15 jóvenes de entre 12 y 25 años se autolesionaba. A partir de este primer informe empezaron a emerger investigaciones y programas de intervención en los Estados Unidos - programa de investigación en *self-injury behaviour* de la universidad de Cornell y grupo *SAFE (self-abuse finally ends)* de la Universidad de Columbia-, en Reino Unido - *National self-harm network*, *harmless* y el *centre for suicide research* de la Universidad de Oxford- y en Canadá- programa *SAFE alternatives*-.

Todos estos estudios y programas se centraban en situar epidemiológicamente el fenómeno de la autolesión entre los jóvenes y desarrollar estrategias terapéuticas para la evitación de este tipo de acciones. Ninguno de ellos planteó realizar una investigación

en profundidad sobre los motivos que subyacían a este tipo de acciones y por qué específicamente se presentaba en mujeres jóvenes. Paralelamente a estos programas, se empezaron a plantear trabajos de tipo cuantitativo (véase capítulo primero en donde se explicita el aumento exponencial, entre los años 2005 a 2010, de publicaciones en pubmed –base de datos de medline-) que en su mayoría tenían como objetivo situar las dimensiones del fenómeno. En relación a esto, Hawton et. al, 2008 llevaron a cabo un proyecto en el que participaron 30.000 jóvenes de entre 14 y 17 años de 7 países europeos, en el que pusieron de manifiesto que la prevalencia en el número de mujeres que se autolesionaba triplicaba a la de los hombres (13'5% de mujeres frente a 4,3% hombres) y que la población australiana femenina era la que presentaba una prevalencia más elevada (17%), seguida de la inglesa (16'7%) y la Noruega (16,4%). Sin embargo este trabajo sirve de ejemplo para ver cómo, a pesar de que muchos de los artículos revisados señalan la categoría género y la edad como una variable determinante en la aparición del acto autolesivo, todos ellos se quedan simplemente en la descripción, sin indagar acerca de los factores culturales que subyacen a la construcción social del cuerpo y las experiencias subjetivas que impulsan a los jóvenes a autolesionarse.

Específicamente en relación a los sistemas que regulan el aprendizaje/incorporación de los sistemas de género en los jóvenes, en el segundo capítulo hemos trabajado metodológicamente con los itinerarios corporales (recupero la propuesta de Esteban, 2004) de 39 mujeres y 7 hombres de 20 a 30 años, todos ellos estudiantes universitarios que tomando como eje sus propias experiencias vitales y corporales nos narraron su historia. Por la cantidad de historias de las que disponía en un principio pensé fragmentarlas y recomponerlas creando cinco *franquensteins* narrativos. Pensé en llamarlas *metanarrativas* por el hecho de que ponían en evidencia la naturaleza construida –en este caso por parte de la investigadora- del relato. Sin embargo, y a pesar de que me costó muchísimo elaborar las tramas y reconstruir los relatos, al final me di cuenta de que el hilo argumental construido me limitaba la observación de las prácticas. Y esto era lo que analíticamente me interesaba rescatar. Por tanto, destruí las metanarrativas y me quedé, de nuevo, con las narrativas vírgenes y sus categorías.

Otro de los aspectos que abordo en el segundo capítulo tiene que ver con la lectura diacrónica de determinados malestares concebidos como femeninos. Es el caso de la histeria, la anorexia y las autolesiones, y ver como esta consideración nos permite

incorporar en nuestro análisis sobre las autolesiones corporales, en primer lugar el cuerpo –como agente y como símbolo-, en segundo lugar el ámbito de construcción de las emociones y el modelo de construcción de la subjetividad y, por último, el sistema sexo/género como determinante en la construcción de una manera específica de experimentar, concebir y construir el cuerpo.

En el tercer capítulo afronto específicamente la cuestión de la salud mental infantil y juvenil en Catalunya como marco en el que se desarrolla una parte del trabajo de campo. A nivel metodológico se relata el *via crucis* (el acceso y sus problemas) por los distintos dispositivos, públicos y privados de salud mental, hasta llegar a una unidad de contención infanto-juvenil en Tarragona, donde pude realizar el trabajo de campo. En cuanto a las técnicas seleccionadas en este ámbito, realicé observación participante, entrevistas en profundidad a los profesionales y entrevistas de corte biográfico a los chicos y chicas internos. Una de las particularidades de este capítulo, y del siguiente, tiene que ver con el papel que juegan las emociones de la investigadora: en el terreno, en la recogida, en el análisis de los datos, así como en la redacción del texto.

Si bien puede parecer que los distintos marcos en los que se desarrolla el trabajo de campo siguen una secuencia lineal, empezando por la problematización, el análisis de los itinerarios, pasando por los dispositivos de salud mental hasta llegar a las *pro self-harm virtual communities*, no es así. De hecho, paralelamente a la observación a escala real inicié el trabajo de campo en comunidades virtuales pro-self-harm. Lo que llamo *trabajo de campo 2.0* incorpora el seguimiento de toda una serie de blogs, foros y videos en youtube en donde aparecía la acción autolesiva. La particularidad del trabajo de campo en estas unidades de observación no-físicas me planteó toda una serie de retos a nivel metodológico. Los objetivos de investigación concretos en este marco fueron, en primer lugar y desde un punto de vista epistemológico, enmarcar la especificidad del trabajo de campo. Metodológicamente esto me sirvió como punto de partida para hablar de los ajustes y los retos que, en cuanto a adaptación de técnicas, la virtualidad me planteó. En relación a las técnicas, en el capítulo cuatro detallo aquellas que fueron seleccionadas y sus adaptaciones, pero además explico la creación del *blog de campo* (<http://cuerpoypadecimiento.blogspot.com>) como un espacio en donde, de forma abierta y pública, he ido publicando las reflexiones que surgían al hilo de mis observaciones, además de otras informaciones que me parecían interesantes y que no sabía muy bien

dónde ubicar. El análisis de los discursos y las experiencias recopiladas en este medio los trabajo en las *virtual embodied narratives*.

Otro de los aspectos destacables sobre mi experiencia etnográfica ha sido la constante confrontación con consideraciones de tipo ético relacionadas con la pertinencia o no de mostrar determinadas imágenes de autolesiones. De hecho durante estos cuatro últimos años he ido recopilando gran cantidad de ellas. Sobre esto no voy a negar que a lo largo de mi experiencia cada vez más he ido agudizando el miedo a sobrepasar la delicada frontera que situaríamos entre la caracterización de lo observado, la construcción teórica, y el riesgo de caer en la banalización/morbo voyeurista de la exhibición de la autolesión. A mis preocupaciones por no cruzar la línea de la trivialización, Francisco Ferrándiz aportó un halo de luz cuando lo escuché en su ponencia “la etnografía como campo de minas” (Donostia, septiembre de 2008) y sobre la que después pude profundizar leyendo su artículo (Ferrándiz, 2008) precisamente porque planteaba algo que palpaba desde mucho antes de empezar a redactar la tesis. Para Ferrándiz (2008: 102) envolver estas prácticas en contexto denso era básico para “frenar al menos parcialmente el posible efecto espectáculo de estas violencias, rescatándolas de la trivialización y la mercadotecnia”. Para mí el dotar de contexto denso cada una de las imágenes, fotografías, dibujos, poesías, collages y testimonios ha sido tenido muy en cuenta precisamente para evitar el posible efecto banalizador o lectura histriónica en clave femenina de la acción.

Notas metodológicas

A partir de las distintas unidades de observación en las que tiene lugar esta investigación, podemos afirmar que se trata de una etnografía multisituada (véase Marcus, 1995) en el que hemos reseguído distintos contextos en donde aparece la acción autolesiva corporal. Unas veces vista como una práctica normal, otras como una conducta desviada. Lo común a todas estas situaciones o contextos es que nos sirven para, a través de la acción autolesiva, entrar en la particularidad de las narrativas, adentrarnos en microhistorias que condensan universos de significado en donde aquí y ahora, el cuerpo, el género y las emociones juegan un papel trascendental.

Metodológicamente cada capítulo es independiente. Cada capítulo tiene una lógica que precisa de la utilización y adaptación de unas técnicas específicas que emergen de la

naturaleza del campo y de los objetivos que se plantean en las diversas unidades de observación y unidades de análisis. En relación a los marcos o *frame analysis* (Goffman, 1974) en los que se desarrolla esta investigación, diré que desde un principio me dediqué a hacer el seguimiento de la acción autolesiva sin focalizar en un lugar de observación concreto. Esto me permitió “dejar flotar” la mirada (Petonnet, 1984), siendo consciente siempre de mis filtros. De ahí la selección de espacios y personas que pensé que podían explicarme algo sobre autolesiones corporales- y configurar lo que más adelante llamo los marcos medicalizadores sobre los que se construye la acción autolesiva en jóvenes como enfermedad mental (la autolesión corporal como “idiom of distress”) y los marcos metafórico-performativos del cuerpo (la autolesión corporal como “way of life”).

Dado que la naturaleza del campo ha condicionado la selección de las técnicas etnográficas utilizadas, me gustaría destacar aquí que las reflexiones y explicaciones de carácter metodológico no aparecen formalmente en un capítulo sino que van siendo articuladas y desgranadas transversalmente de acuerdo a los marcos que configuran cada uno de los escenarios de observación.

Hipótesis y objetivos

Las hipótesis se han ido modificando a medida que iba avanzando en el trabajo de campo y en la redacción del texto.

La primera de las hipótesis tiene que ver con cómo, partiendo de la naturaleza construida del síntoma, un mismo acto puede ser interpretado de distintas formas. Sobre esto y de acuerdo con Good (1977), sostengo la idea de que la acción autolesiva corporal es un símbolo que condensa distintos significados en una única formación simbólica. Una formación simbólica que adquiere un significado u otro, dependiendo de los contextos culturales en dónde se inscribe la acción.

Por otro lado y partiendo de que el cuerpo, como lugar donde se materializa la acción, es un símbolo de la cultura, entiendo que las acciones autolesivas corporales *incorporan*, en el sentido de hacer cuerpo (*embodiment*¹), la experiencia vivida en el

¹ En relación al concepto *embodiment* (Csordas, 1994) y a pesar de que se barajan distintos conceptos para su traducción al español, hemos preferido mantener su versión original en inglés.

mundo cotidiano como una metáfora de aflicción social con significados específicos y concretos según cambien los contextos culturales y simbólicos.

Mientras disiento de los autores que aconsejan definir la acción autolesiva corporal como un trastorno bajo una categoría diagnóstica (Favazza, 1998; Klonsky, 2007; Whitlock, 2009 et al.), estoy de acuerdo con autores como Mauss (1979), que sostiene que toda sensación corporal al igual que cualquier movimiento o técnica corporal está afectada por la cultura, con Merleau-Ponty (1975) que considera que el cuerpo provee de una experiencia encarnada que emerge de su naturaleza orgánica y que proporciona una determinada forma de estar-en-el-mundo, y con la idea de que las metáforas sobre el cuerpo comunican, tanto sensaciones físicas como significados sociales, culturales, económicos y políticos (Turner, 1984 y Foucault, 1979), para mí, las acciones autolesivas corporales, en cuanto a metáforas corporales con significados, forman parte de un continuum en relación a la expresión de malestares por parte de nuestras jóvenes. Son expresiones que años atrás eran más somatizadas y que actualmente se expresan carnalmente.

En relación a la cuestión de las autolesiones corporales como malestares típicamente femeninos (Alderman, 1997; Favazza, 1988) considero, de acuerdo con Bordo (1993) y Vieira (2003), que la lectura psiquiatrizadora de estas acciones como enfermedades femeninas contribuye a perpetuar desde el discurso médico una determinada visión de la feminidad como enfermedad (Ehrenreich y English, 1978) y del cuerpo femenino como susceptible de ser medicalizado (Martin, 1990; Burin, 1990).

Por otro lado y sobre la representación del cuerpo en la virtualidad y a través de las pro-self-harm virtual communities, considero que en el ciberespacio el cuerpo no solo se escinde de las variables espacio-tiempo, sino que anula su representación en cuanto a volumen compacto. Sin embargo considero que esta anulación no supone de ningún modo la extinción del cuerpo físico, sino una extensión del mismo mediante prótesis *cyborg* (Haraway, 1991), con ligeras modificaciones en relación a las propuestas de Haraway, dado que operan más allá de la criatura medio humana-medio máquina, obligándonos a pensar en multiplicidad de cuerpos creados y distribuidos electrónicamente y que únicamente operan a escala virtual. Sobre esto, si bien las acciones autolesivas corporales son un fenómeno de expresión individual que

pertenecen al ámbito privado a escala real, el fenómeno de las comunidades virtuales pro-self-harm pone de manifiesto cómo precisamente una acción estigmatizada offline se exhibe y encuentra a través de la virtualidad un espacio para su representación.

Como objetivo general, esta tesis trata de dar cuenta de la lógica cultural que subyace a las acciones autolesivas corporales. Para ello se plantea, en primer lugar, hacer un análisis de los marcos interpretativos de la acción autolesiva, tanto desde la vertiente asistencial (profesionales del ámbito de la psiquiatría y de la psicología que atienden a jóvenes que se autolesionan) como desde la perspectiva de los jóvenes que se autolesionan. En segundo lugar y a partir de la consideración de la autolesión corporal como un hecho social de naturaleza relacional, se da cuenta de los distintos espacios y marcos de interpretación en donde la acción autolesiva corporal adquiere sentido. En tercer lugar se abordan las diferencias/similitudes que se producen según edad y género en relación al valor que los jóvenes otorgan al cuerpo y, por último, se analizan las narrativas y el uso que los jóvenes hacen de las pro-self-harm virtual communities.

CAPÍTULO 1

LA AUTOLESIÓN CORPORAL. DEL SIGNO, AL SÍNTOMA Y AL SÍNDROME

“Skin has a good memory. Skin is like the ground we walk every day;
You can read a whole history in it if you know how to look...”

C. Kettlewell (1999: 4)

CAPÍTULO 1

LA AUTOLESIÓN CORPORAL. DEL SIGNO, AL SÍNTOMA Y AL SÍNDROME.

1.- La autolesión corporal como *hecho social*

El que abordemos analíticamente las autolesiones corporales como *hechos sociales*² (Durkheim, 1987) implica un ejercicio de *bricolage* (Lévi-Strauss, 1962) complejo e interesante, dado que nos permite observar cómo se carga de sentido un acto que, aparentemente, no tiene ningún sentido y que indirectamente focaliza –aunque no siempre, de ahí la necesidad de nuestro análisis preliminar- sobre la naturaleza patológica de la acción.

Sobre la consideración de la autolesión como un *hecho social*, vamos a tratar de cuestionar en este capítulo el arbitrario en relación a la construcción del síntoma. Sobre la consideración del síntoma, somos conscientes que trabajar sobre autolesiones corporales nos supone todo un reto que pone en el centro de nuestro análisis la interpretación cultural del signo, y que deviene un elemento *bueno para pensar* (Lévi-Strauss, 1964) acerca de algunas de las relaciones sobre las que se construye la autolesión como enfermedad en el marco de la cultura (Van Dongen, 2004)

Para nosotros analíticamente la cultura es central, y no porque vayamos a realizar una comparación transcultural de los sentidos que tiene la escarificación para una mujer Bubi, el vendaje de los pies para una mujer china o los anillos al cuello para las mujeres Padaung, sino porque el acto en si mismo nos sirve de *chivo expiatorio* (Girard, 1986) para adentrarnos en la comprensión e interpretación del signo autolesivo en un contexto de reificación de todo lo que tiene que ver con el cuerpo.

De hecho las autolesiones nos permiten adentrarnos en toda una trama plagada de interrogantes, por qué el cuerpo, por qué autoagresiones y por qué sobre todo en

² Utilizamos aquí el concepto *hecho social* trabajado por Durkheim en *las reglas del método sociológico* (1987). Para Durkheim la primera regla en relación a la observación de los hechos sociales es descartar sistemáticamente todas las nociones previas (corolario I para la observación de los hechos sociales) . Durkheim señala que “*los hechos sociales son maneras de hacer y de pensar y son reconocibles por la particularidad de que son susceptibles de ejercer sobre las conciencias individuales una influencia coercitiva...*” (1987: 26). En el caso de las autolesiones corporales, las múltiples interpretaciones que se dan a un mismo acto nos llevan a considerarlos un hecho social sobre el cual se hace necesario desvelar las *nociones vulgares* o *prenociones*-(Durkheim (1987). El segundo corolario de las *reglas del método* tiene que ver con la identificación, objetivación del problema y en el tercero habla de que cuanto más desprendidos estén –los hechos sociales- de los hechos individuales, mas sencillo será representarlos objetivamente.

mujeres jóvenes que debemos descifrar culturalmente. Nuestro objetivo en este capítulo es aportar una lectura crítica a la interpretación biopsicopatológica del signo. No pretendemos legitimar las acciones que provienen de rituales –formas de autolesión normalizadas y ritualizadas-, sino destacar la naturaleza relacional de la acción y, a partir de ahí, buscar sus puntos de articulación con unos marcos de interpretación mas amplios.

Els Van Dongen (2004) en *Worlds of psychotic people* utiliza el concepto “the work with culture” para referirse a los marcos que queremos hacer emerger en nuestro análisis. Para Van Dongen *The work with culture* hace referencia a “the process of manipulation, bricolage and non-conventional use of symbolic forms” (2004: 20). Para Els Van Dongen, que específicamente en su trabajo se centró en la interpretación de la psicosis: “rather than viewing the presentations of psychotic patients as signs of a disorder, I examine them as a cultural forms expressing severe misery and distress. The stories of psychotic people derive from something deep and fundamental. Kirmayer (1993:173) says they contain metaphors, myths and archetypal images that emerge from interactions between the person and society” (Van Dongen, 2004: 20)

En relación a la construcción del signo de la autolesión como criterio diagnóstico de enfermedad mental, nos dimos cuenta de que al igual que sucede con los trastornos de la conducta alimentaria (Gracia, 2005: 16), estas acciones no siempre han sido tipificadas como enfermedad mental y que su apropiación medico-psiquiátrica corresponde a un momento histórico específico de disputa por asegurar la hegemonía del modelo médico y el desarrollo de la especialización médica de la Psiquiatría. Al igual que con la anorexia, nos dimos cuenta también de que lo que convierte las autolesiones corporales en motivo de alarma es sobretudo su visibilidad mediática, la exhibición de los cuerpos violentados muchas veces fuera de contexto, y el morbo voyeurista que interpreta las lesiones como acciones propias de las nuevas histéricas del siglo XXI.

Además de esto, el escenario privilegiado de la autolesión permite cuestionar la naturaleza del signo, puesto que en un mismo contexto, una misma práctica puede tener lecturas bien distintas dependiendo del marco así como también de los ojos de quien la observa. Sobre esto, la nebulosa del espacio liminal (Turner, 1980) que separa lo normal de lo patológico pone de manifiesto la naturaleza construida que se utiliza en la

nosografía psiquiátrica. Erwin Ackerknecht (1971) ya apuntaba que desde un punto de vista médico, las enfermedades mentales tienen la gran “desventaja” de que no pueden definirse mediante conceptos anatómicos o bioquímicos y una de las principales contribuciones de la antropología médica en este ámbito, de acuerdo con Ackerknecht, tiene que ver con arrojar un halo de luz sobre el arbitrario que sustenta la construcción misma de la enfermedad mental. Para Ackerknecht (1971: 60-61) “uno de los rasgos característicos de nuestra cultura es el rotular los fenómenos con diagnósticos psiquiátricos. Ello se ha convertido en algo tan común que difícilmente lo percibimos (...) En nuestro contexto la rotulación psicopatológica parece ser fundamentalmente una expresión de incapacidad, una actitud específica de tratar lo desconocido, lo irracional, lo emocional, lo extático. De ahí que no es sorprendente que a un número casi ilimitado de fenómenos se les haya puesto un rótulo psicopatológico...”

Sobre lo que plantea Ackerknecht y para empezar a desgranar el término, la primera cuestión de orden epistemológico que tuvimos que resolver cuando empezamos a trabajar sobre autolesiones corporales, tenía que ver con el hecho de traspasar la frontera de lo evidente, ser capaces de romper con lo que Durkheim llama *prenociones* (1987) o Pierre Bourdieu (1976) denomina *sentido común social* y los *presupuestos epistemológicos del investigador*³. Estos conceptos aplicados a las autolesiones corporales nos llevaron a reflexionar en clave fenoménica sobre los contextos en donde la autolesión, sin ser considerada una conducta estigmatizada, está presente. Utilizamos conscientemente aquí el término *estigma*⁴ por la fuerte carga que simbólicamente va asociada a la acción cuando es interpretada en clave de conducta desviada.

Nuestro punto de partida era la experiencia de trabajo de campo realizada con chicas – puesto que eran mujeres jóvenes sobre todo- ingresadas o que acudían a visitarse a unidades de consultas externas en dos unidades de psiquiatría infanto-juvenil en

³ Para Bourdieu: “la familiaridad con el universo social constituye el obstáculo epistemológico por excelencia para el sociólogo (...) y es que la influencia de las nociones comunes es tan fuerte que todas las técnicas de objetivación deben ser aplicadas para realizar efectivamente una ruptura(...) con las *prenociones*, definidas estas como representaciones esquemáticas y sumarias que se forman por la práctica y para ella...” (Bourdieu, 1976. 27-28)

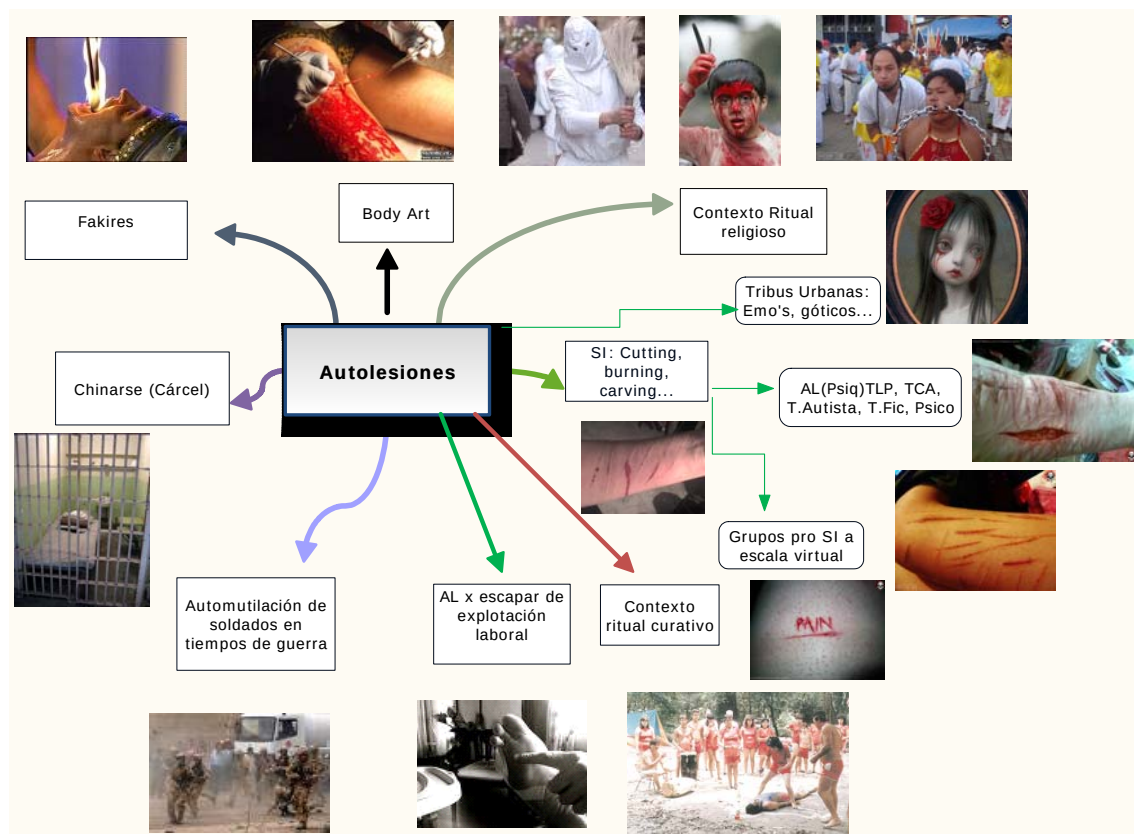
⁴ Como referentes en este ámbito Erving Goffman ha trabajado la cuestión del estigma desde 3 ámbitos (1.- *malformaciones físicas*, 2.- *defectos del carácter* –muchas veces etiquetadas como enfermedad mental- y 3.- *especificidades tribales*. Joan Prat ha trabajado también (1997) sobre *el estigma del extraño* en sectas religiosas. Ambos autores ponen de relieve la fuerza y el poder del estigma social en la construcción de la identidad del individuo.

hospitales de Tarragona y Barcelona (años 2005 y 2008). Por tanto, debíamos ser capaces de abstraernos de las acciones que nuestras informantes nos mostraban –cortes, marcas e inscripciones en antebrazos y abdomen- y que eran interpretadas, también por ellas mismas, en clave de anormalidad aunque muy vinculadas a sentimientos de culpa, tristeza, vacío, entumecimiento emocional y nervios, y pensar en diferentes situaciones en donde la autolesión podía también estar presente aunque en un contexto más *normalizado* de la acción. Este *romper el sentido común social* del que hablábamos haciendo referencia a Bourdieu o el hecho de traer a la conciencia las *prenociones* de Durkheim, implicaba repensar algunos escenarios: ayunos, flagelaciones, prácticas de modificación corporal, dietas, operaciones estéticas, etc. que nos resultaban muy próximos pero desde una lectura normalizada de la acción.

Para concretar estos escenarios nos resultó de gran utilidad la elaboración de un cuadro (cuadro 1 Escenarios de la autolesión) que construimos por oposiciones: por un lado introducimos el concepto de autolesiones *normalizadas* y autolesiones que llamamos *estigmatizadas*⁵ y por otro las autolesiones públicas y las autolesiones privadas. En la categoría de autolesiones normalizadas situamos el arte corporal y los procesos de modificación corporal, las acciones autolesivas en contexto ritual –cilicios, flagelaciones, ayunos, crucifixiones...- y la autolesión en el medio penitenciario –chinarse, coserse la boca, huelgas de hambre, etc-. En la categoría de autolesión pública pensamos también en contextos rituales. En la autolesión privada pensamos en la autolesión en situaciones de conflicto bélico –autolesionarse para evadir el frente-, en el medio laboral –ante determinadas condiciones laborales-, como signo de identidad entre jóvenes emos y jóvenes góticos⁶ y también las que son interpretadas bajo un criterio diagnóstico de enfermedad mental.

⁵ Utilizamos el término estigmatizadas para referirnos a las que han sido etiquetadas como enfermedad mental.

⁶ El movimiento dark-gótico toma especial relevancia a finales de los años '70 en España, mientras que el movimiento emo emerge a mediados de los '80. Ambos estilos incluyen toda una filosofía y forma de concebir el mundo que va más allá de un determinado estilo musical y forma de vestir. El suicidio y la muerte aparecen recurrentemente en el sentido que dan los góticos a las autolesiones, mientras que para los emo (cuyo nombre es una abreviación del término “emocional”) las autolesiones tienden a ser menos agresivas, son cortes más superficiales.



Cuadro 1. *Escenarios de la autolesión*. Elaboración propia

Este cuadro nos permitió en un primer momento repensar la acción autolesiva en términos no exclusivamente patológicos sino como una práctica que puede ser interpretada (de ahí la importancia de recuperar su lectura hermenéutica) y vivida (desde un posicionamiento fenomenológico) de muchas maneras siendo el contexto el que lo legitima o estigmatiza. Así, ¿Por qué no entender que el penitente que se fustiga en procesión es un enfermo mental? ¿Qué sentido tiene la autolesión en el medio penitenciario? ¿Qué se expresa a través del arte corporal y las modificaciones corporales? ¿Por qué a la chica que se autolesiona se la considera una enferma mental? ¿Cuáles son los significados que encierra este mismo signo? Y lo más importante: ¿cómo podemos ser capaces de captar el juego de representaciones en el que se inserta la acción?

A partir de este esquema vemos que las diferentes lecturas e interpretaciones que se dan al hecho autolesivo tienen que ser repensadas en clave fenomenológica y relacional, puesto que es sobre todo el contexto el que carga de un significado u otro una misma

acción. Este ejercicio de reflexividad constante tanto en el campo como fuera es lo que nos ha permitido mantener una posición de extrañamiento desde la construcción misma de las categorías analíticas que utilizamos y sobre la selección de los diferentes escenarios y personas a partir de los cuales recogemos los datos.

Con el objetivo de tomar distancia desde la construcción misma de nuestro objeto de estudio, nos propusimos indagar sobre los significados de la acción en distintos contextos. Nuestro objetivo era poner de manifiesto las reglas que rigen la construcción del *hecho social* como un *acto signifiante*, esto es, como un símbolo desde un punto de vista hermenéutico (Ricoeur, 2003). Nuestro punto de partida era ver cómo los signos (pensando ahora en el ámbito más físico) por los cuales se manifiesta la acción, tanto individual como colectivamente, no tienen normalmente una secuencia lineal del estilo: “mismo acto, misma interpretación”, sino que un mismo signo, condensa una serie de significados. Así la autolesión vendría a ser –en términos de Ricoeur– un símbolo que “responde a una estructura de significación en la que un sentido directo, primario, literal, designa además otro sentido indirecto, secundario, figurado, y esta circunscripción de las expresiones de doble sentido constituyen propiamente un campo hermenéutico, y es nuestra tarea la labor de interpretarlos...” (Ricoeur, 2003: 16) y esta labor de interpretación, la definimos como, siguiendo con Ricoeur: “El trabajo del pensamiento que consiste en descifrar el sentido oculto en el sentido aparente, en desplegar los niveles de significación implicados en la significación literal” (Ricoeur, 2003: 17)

El enlace del *paradigma hermenéutico* con la consideración de las autolesiones corporales como *hechos sociales* nos permite a nivel teórico superar el signo visible y envolver este tipo de prácticas en *contexto denso* (Geertz, 1986). Esta consideración nos llevó a examinar el problema de la normalidad/anormalidad en el marco de la cultura, y del problema central de la psiquiatría que consiste en establecer la frontera entre lo normal y lo que no lo es. Sobre el poder de la psiquiatría en este discernimiento, Comelles (1988) señala que es a partir de la Ilustración que el *loco* se convierte en *enfermo* empezando a partir de este momento a configurarse un modelo médico de gestión. Para Comelles (1988: 17-18): “ En el terreno de la caracterización científica de los locos, llamados eufemísticamente alienados u orates, los psiquiatras progresivamente pasaron a ocupar el lugar de los expertos que pueden engendrar un

discurso administrativamente pertinente acerca de su reubicación en el nuevo modelo de sociedad que se está creando, a partir de una tarea previa de clasificación destinada a establecer, con la mayor precisión posible, los límites entre la locura y la normalidad (...) si bien en el estado español este proceso de psiquiatrización aparece mas tarde”. Sobre este punto que nos va a servir para introducir la cuestión de los arbitrarios en la psiquiatrización⁷ y medicalización volveremos más adelante en el capítulo tercero.

Este capítulo tiene un doble objetivo. Por un lado nos hemos sentado metafóricamente a discutir con algunos de nuestros informantes acerca de los significados que en distintos espacios adquiere la autolesión corporal. Los requisitos para la selección de nuestros informantes han tenido que ver con la selección de distintos campos o unidades de observación, centros de modificación corporal y la procesión del Santo Entierro durante la Semana Santa. También hemos seleccionado unas cuantas personas que de entrada intuíamos que podían explicarnos algo acerca de las autolesiones corporales. Aquí como técnicas hemos utilizado entrevistas en profundidad de corte biográfico a Claudia (una chica Emo) y Sara (una chica gótica) y entrevistas semiestructuradas a Tomás (interno en un centro penitenciario de los alrededores de Barcelona) y Ramón (enfermero que trabaja en un centro penitenciario). Y por otro lado, hemos tratado de hacer emerger de estos relatos las tramas de significación (Geertz, 2005: 20) y el sufrimiento que sustentaban los significados que daban sentido a la acción.

2.- La autolesión corporal como concepto relacional

Nuestra idea de considerar la autolesión como un padecimiento de naturaleza relacional emerge de las lecturas de Menéndez (1985, 1997, 2003). Para Menéndez (2003: 311) “los padecimientos constituyen procesos estructurales en todo sistema y conjunto social así como uno de los principales fenómenos de construcción de significados colectivos, dado que los actores/sociedad necesitan entender, explicar, manejar los procesos que amenazan/interfieren en su vida cotidiana...”. Siguiendo con Menéndez, la aplicación de la perspectiva relacional en este punto nos permite adentrarnos en la comprensión de que cualquier padecimiento, forma de atención y sistema ideológico de significación se

⁷ De acuerdo con Goudmyst y Gadd (1991: 449-453) definimos el proceso de psiquiatrización como: “the emphasis on psychological factors where there is little or no evidence to justify it. It’s a process where relevant findings are ignored or downplayed in favor of data from incomplete examinations, flawed research or anecdotal reports. In a clinical context, differential diagnoses may be dismissed prematurely while psychological explanations are readily accepted.

desarrolla dentro de un contexto histórico concreto, caracterizado este por su construcción en términos de hegemonía/subalternidad y que se desarrollan entre los diferentes sectores sociales que transaccionan sus saberes en torno a la enfermedad y su atención.

El punto de partida de nuestra investigación se articula en torno a dos ejes: cuerpo y padecimiento. En relación al cuerpo partimos de que toda vivencia corporal es aprendida. También la forma como construimos nuestra mirada hacia los otros es aprendida, y el cuerpo es un escenario privilegiado (un microcosmos –Douglas, 1973: 97–) para observar como las representaciones sociales son construidas y resignificadas. En relación a este aprendizaje y de acuerdo con Douglas (1973: 89) entendemos que la experiencia del cuerpo está modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuales se construye, pero si bien el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos nuestro cuerpo físico, este, a su vez, mantiene una determinada visión de la sociedad, y así, ambos se retroalimentan.

En el microcosmos del cuerpo de Douglas, la autolesión corporal representa una triple paradoja: En primer lugar porque nos movemos en la ambivalencia de las interpretaciones que se dan a la acción y que, como ya hemos dicho, se batan entre dos polos: lo que es normal, lo que no lo es y los distintos escenarios en un mismo marco en donde la misma práctica no se etiqueta como conducta anormal –volvemos a la mirada del otro como ente que juzga y discierne lo normal de lo que no lo es-. En segundo lugar sobre los significados que se otorgan a la autolesión en un contexto de sobrevaloración, reificación y primacía de todo lo que tiene que ver con el cuerpo y por último porque nos permite a partir de un signo visible y la manifestación subjetiva del estado que lo propicia, aproximarnos a sus múltiples interpretaciones.

Es precisamente a partir de la consideración relacional de la autolesión y de su consideración como hecho social que nos dimos cuenta de que solamente podemos ser capaces de captar los mensajes que cada uno de estos síntomas asociados a un mismo signo nos quieren transmitir a través de su descripción densa⁸ (Geertz, 2007), aportando

⁸ Retomo el concepto “descripción densa” de Clifford Geertz (2007) para describir la tarea del etnógrafo. Para Geertz “lo que en realidad encara el etnógrafo es una multiplicidad de estructuras complejas, muchas de las cuales están superpuestas o enlazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explícitas y a las cuales el etnógrafo debe ingeniarse alguna manera para captarlas primero y para explicarlas después...(…) y el análisis consiste en desentrañar las estructuras de significación” (2007: 24)

contexto. Solamente así captaremos el mapa semántico en donde se inscribe el porqué de la autolesión hacia el cuerpo entre los/las jóvenes. Por todas estas razones, nos hemos propuesto antes de entrar en el análisis de relatos, recoger distintas experiencias que tienen que ver con significados diversos en relación a las autolesiones.

2.1 Síntomas y redes de significado

De acuerdo con George Canguilhem (1971), el límite entre lo normal y lo patológico es muy problemático porque “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). Sobre esto resulta lógico, aunque también paradójico, afirmar que las leyes de la razón y la sin razón las encontramos implícitamente escritas en la sociedad misma. Ahora cabe preguntarse quién determina estas lógicas y bajo qué paradigmas se construyen. La idea apuntada por Canguilhem fue trabajada por uno de sus discípulos, Michel Foucault, quien empezó su trabajo restringiendo su crítica histórico-filosófica al concepto psicológico de normalidad –distinguiéndolo epistemológicamente del de fisiopatología- y culminó extendiéndolo al ámbito de la medicalización y la biopolítica (retomaremos el trabajo de Foucault más adelante). Ruth Benedict en 1934 ya apuntó que la normalidad en líneas generales viene definida culturalmente. Benedict, que analizó el trance entre los shasta, los zulúes, los dobu y la homosexualidad entre los berdache (entre otros), demostró que no se puede seguir considerando como anormal a una persona solo en base a unos síntomas determinados, sin tener en cuenta su situación histórica y cultural.

En relación a la distinción entre normal/anormal, para Georges Devereux es la psiquiatría quien debe determinar la ubicación de la frontera que separa lo normal de lo anormal (Devereux, 1973). A pesar de que Devereux, psiquiatra de formación psicoanalista –no lo olvidemos- introdujo la variable cultura en sus estudios de etnopsiquiatría, lo que hizo fue tratar de confrontar y coordinar el concepto de cultura con lo normal y lo anormal (Devereux, 1973:26). Para Devereux, los criterios de normalidad son absolutos, es decir, independientes de la cultura, y la anormalidad se

manifiesta de diferente manera en función del contexto cultural (de ahí surge el concepto de *ethnic disorder*⁹-desorden étnico- de Devereux).

Directamente derivado del concepto de desorden étnico, Raymond Prince en el año 1985 habló de los *culture-bound-syndromes* (síndromes delimitados culturalmente) para definir: “*A collection of signs and symptoms –excluding notions of cause- which are restricted to a limited number of cultures primarily by reason of their psychosocial features*” (1985:201), Prince habló de la anorexia nerviosa y del *brain-fag* como ejemplos de síndromes delimitados culturalmente. Ackerknech introdujo la cuestión del “grado de adaptación” cultural para definir a los individuos autonormales o autopatológicos como “aquellos que son definidos por su propia sociedad en su normalidad y anormalidad” y los heteronormales o heteropatológicos como “aquellos que son considerados normales o patológicos de acuerdo con la escala de nuestra sociedad” (1971:64). Para Ackercknecht (1971: 65): “nuestros psiquiatras han clasificado empíricamente como enfermedades especiales y pertenecientes al campo de la anormalidad y de la psicopatología un número de tales cambios y actitudes (y a causa de ellos) son incompatibles con un funcionamiento normal en nuestra sociedad...” el valor del estudio antropológico de otras culturas reside-siguiendo con Ackercknecht- en que estos conceptos de anormalidad no merecen en modo alguno el valor que les concedemos.

De las propuestas de estos autores, nos interesa subrayar la necesidad (bien sea a través de la descripción de trastornos étnicos, enfermedades folk o culture bound-syndromes) de entender la racionalidad cultural de determinados padecimientos.

En terminología biomédica la autolesión es un signo, esto es “una manifestación objetiva de un estado patológico” (DSM IV-TR). En términos culturales la autolesión es polisémica. Los síntomas –percepciones subjetivas- y significados que encontramos referidos detrás de la acción autolesiva son de lo más variado: desde culpa y expiación, control y poder, como una forma de resistencia o de alivio, como un rasgo identitario, también vinculado a la somatización de la angustia, el dolor y el embotamiento emocional.

⁹ Para Devereux (1973: 73) los desordenes étnicos están arraigados al carácter étnico y dentro de su esquema cultural forma una estructura coherente tanto en su evolución como en sus manifestaciones.

A partir de esta idea vemos que los significados que hay detrás de un mismo signo pueden ser de lo más variado y nos obligan a que para su interpretación debemos insertarnos en los dominios culturales en los que se inscriben. En este punto nos sumergiremos menos en los síntomas y más en sus redes de significado (Good, 1994), puesto que representan el punto de articulación del signo con el síntoma, con su inscripción y su interpretación.

Como técnica de investigación etnográfica utilizamos la entrevista semiestructurada y la entrevista en profundidad de corte biográfico. En la mayoría de los casos exceptuando a Soraya realizamos solamente una entrevista. Aquí nuestras unidades de observación tenían que ver más con los escenarios del signo que con un espacio físico. Recuperamos en este punto el concepto teórico *forms of embodiment* propuesto por Mellor y Shilling para hacer referencia a: “*Those general “habits” (Veblen, 1967) and types of habitus (Bourdieu, 1984; Elias, 1978 [1939] which tend to be charactersitic of bodies within particular eras and cultures. Forms of embodiment cannot be dissolved into thought, nor can they be reduced to a Foucauldian notion of “discourse”. These bodily forms do not refer simply to each and every body in a particular context, as individual bodies are affected by their upbringing and continued existence in locations*” (1997: 4).

Teniendo en cuenta esto, en este capítulo trataremos de poner de manifiesto la arbitrariedad en la construcción de la categoría de enfermedad mental. De ahí nuestra idea de, a partir de las diferentes interpretaciones y mapas semánticos en los que se sitúa la acción autolesiva, cuestionar la aparición de la nueva categoría diagnóstica (Non suicidal self-injury) en la próxima edición (prevista para 2013) del DSM V.

2.1.1 La autolesión en el medio penitenciario: resistencia y biopoder

La autolesión – chinarse- es un acto que, a pesar de no estar muy estudiado, aparece con frecuencia referido en el medio penitenciario¹⁰.

Específicamente sobre autolesiones, según un estudio publicado en el año 2002 en la *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* (2002, 4: 78-83) en el año 1998, y entre la población penitenciaria catalana, se registraron un total de 854 conductas autolesivas del

¹⁰ ver Memorias del *Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya*. Descargables en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/Justicia> (disponibles desde 1999 hasta 2009)

total de 5.956 reclusos. Esta cifra representa un 14'3% del total de la población reclusa. En el mismo año, en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona se registraron un total de 71 conductas autolesivas: 94% leves, 6% graves y ningún intento de suicidio.

El mapa de la situación penitenciaria en Catalunya, según datos que aparecen detallados en la *Memòria del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya* de 2009, es el siguiente: el número de internos en centros penitenciarios es de 10.525 (8.315 están en régimen preventivo y 2.210 son penados). Esta cifra representa casi el doble de la población penitenciaria en relación al año 2000.

La población penitenciaria integra por un lado los preventivos y por otro los penados. Los preventivos son aquellos que están a la espera de sentencia o juicio y los penados los que cumplen condena. Tanto preventivos como penados se integran en tres tipos de régimen penitenciario.

- 1) *El régimen cerrado (primer grado)*: los motivos que dan lugar a que un preso sea clasificado en primer grado son su peligrosidad o su falta de adaptación a los regímenes ordinario y abierto. En este régimen existen dos modalidades: los que están en departamentos especiales, bien porque han promovido o se han visto implicados en alteraciones muy graves del orden en el Centro, o los que están en módulos cerrados (pensados para los internos que no se adaptan a los regímenes comunes).

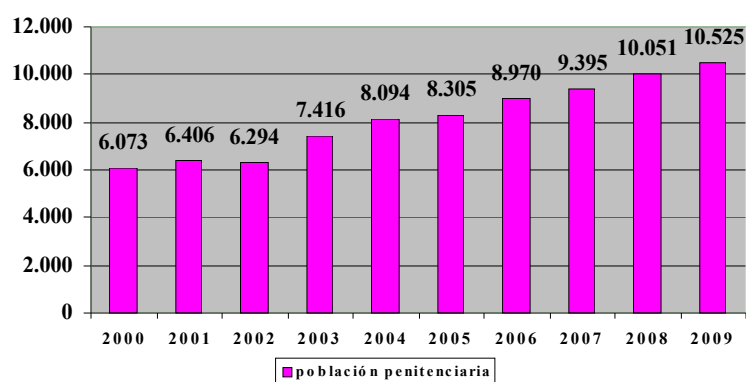
El primer grado se aplica tanto a los detenidos como a los presos preventivos que se consideran muy peligrosos (artículo 10 de la LOGP¹¹). Un interno permanece en este régimen hasta que desaparezcan o disminuyan las razones o circunstancias que motivaron el primer grado, y en todo caso esta será revisada a los 6 meses salvo en los presos preventivos que se revisará a los 3.

- 2) *El régimen ordinario (segundo grado)*: normalmente este régimen se aplica a los penados sin clasificar, a los detenidos y a los presos preventivos.
- 3) *El régimen abierto (tercer grado)*: Está pensado como un régimen de semilibertad.

¹¹ Ley Orgánica 1/1979, General Penitenciaria.

Según los datos presentados por el *Departament de Justícia* en fecha 31 de diciembre de 2009, del total de 10.525 internos: 227 se corresponden al primer grado, 8.478 al segundo y 1.820 al tercero. La evolución de la población penitenciaria en Catalunya desde el año 2000 hasta la actualidad aparece reflejada en el gráfico 1.

Gráfico 1. Población penitenciaria en Catalunya (de 2000 a 2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados en la Memoria del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya. 31/12/2009.

Los internos están distribuidos en 14 centros penitenciarios. De estos 14, 11 son de régimen de internado: Centre Penitenciari Brians 1, Centre penitenciari Brians 2, Centre Penitenciari d'Homes de Barcelona, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona, Centre Penitenciari de Figueres, Centre Penitenciari de Girona, Centre Penitenciari de Joves, , Centre Penitenciari de Tarragona, Centre Penitenciari Ponent, Centre Penitenciari Quatre Camins, Pavelló Hospitalari Penitenciari de Terrassa, y 3 de régimen abierto: Centre Penitenciari Obert 1 de Barcelona, Centre Penitenciari Obert 2 de Barcelona, Centre Penitenciari Obert de Lleida.

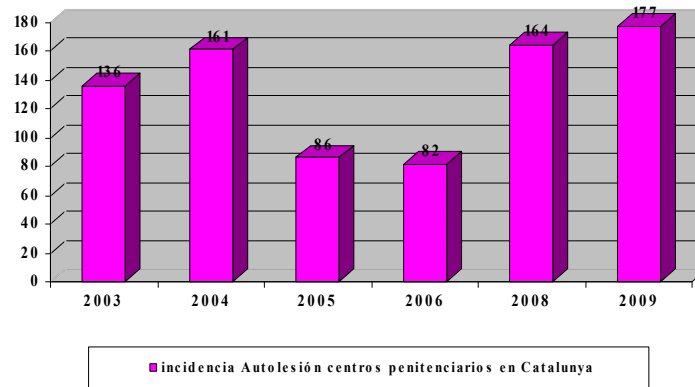
En relación a la distribución por sexo, la población interna es sobre todo masculina (92% en 2009). Se detalla el siguiente perfil “tipo” de interno y que es definido como: varón (92'9%) de nacionalidad española (56,6%) entre 31 y 40 años (35'7%), penado (79%) que ha cometido un delito contra el patrimonio (52'5%) y con una media de 2.877 días de condena.

Sobre la población inmigrante interna en los centros, siguiendo la memoria del año 2009, se detalla que un 31% son población procedente del Magreb, un 15% de la Unión

Europea, un 6'7% de Colombia, un 5'4% de Rumania, un 4'6% de Argelia, un 4'5% de Ecuador y un 15% de “otros países” que no se especifican.

En la parte de la memoria de 2009 que habla sobre “incidentes en los centros penitenciarios” se detalla que las agresiones y lesiones leves a funcionarios han disminuido de 76 en 2008 a 73 en 2009 pero que las agresiones entre internos y las autolesiones se han incrementado.

Gráfico 2. Evolución de la incidencia de la conducta autolesiva en los Centros Penitenciarios de Catalunya según la memoria del Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. (2003-2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya. 31/12/2009

En la memoria se señala que estas cifras tienen que entenderse dentro del panorama creciente en el número de internos en centros penitenciarios. Sin embargo también señalan que no todos los casos por autolesión son contabilizados, ya que los internos muchas veces se curan solos y no se abre ningún parte.

Nuestra aproximación a la cuestión de las autolesiones en el ámbito penitenciario se ha realizado a través de entrevistas en profundidad a Ramón, un enfermero y a Tomás, un interno.

Ramón es un colega enfermero y antropólogo que trabaja en un centro penitenciario y a quien entrevistamos a mediados de septiembre de 2008. Ramón lleva 11 años trabajando en el mismo centro y en relación a las autolesiones explica:

Yo estando en urgencias me he encontrado varias veces, que te llame el funcionario para avisarte que viene uno por qué le duele el estómago y luego te

venga el interno y te diga: No, es que no me duele nada, es que me he cortao: es que he tenido una mala noticia y entonces pues: cúrame! Pero por favor no digas nada.... Porque ellos saben que si se lo dicen al funcionario les abre parte y eso les puede repercutir si van a salir de permiso. (Ramón, 37 años)

Incluso es bastante frecuente que para poder eludir el parte ellos mismos se cosan y se curen:

Hay algunos que se cortan y tú ni te enteras porque se cosen ellos mismos con hilo. A veces nos ha pasado, lo han hecho como una forma de desahogarse, después ellos mismos se han cosido y no han dicho nada. También para no tener el parte de lesiones. (Ramón, 37 años).

El Centro Penitenciario donde trabaja Ramón es mixto: hay 6 módulos de hombres y 2 de mujeres. Calcula que en total debe haber unos 650 internos y la proporción es de aproximadamente un 80% de hombres y un 10% de mujeres. Las motivaciones que hay detrás de la autolesión, dice Ramón, son diversas: “desde el desahogo al que ves que se le ha ido la cabeza”. Sobre la relación de la autolesión con el desahogo, Ramón señala que existe una diferencia de género bastante marcada. Si bien es verdad que hay casos de hombres que se autolesionan para desahogarse estos son una minoría, y son las mujeres las que lo realizan como una forma de canalizar su malestar, para aliviarse:

Yo lo veo mucho en mujeres, que se cortan para desahogarse cuando tienen una mala noticia, o de algún familiar...muchas veces te dicen: por los hijos. El otro día vino por urgencias una mujer que se había cortado. En este caso que te explico el corte fue bastante profundo, y fue que el día anterior había estado viendo a sus hijos, creo que tiene tres y a raíz de ver a sus hijos, de los cuales no tiene la custodia se cortó como una forma de desahogarse (Ramón, 37 años)

Por otro lado, los hombres cuando buscan ese desahogo optan más por golpearse en las paredes o golpear a otros:

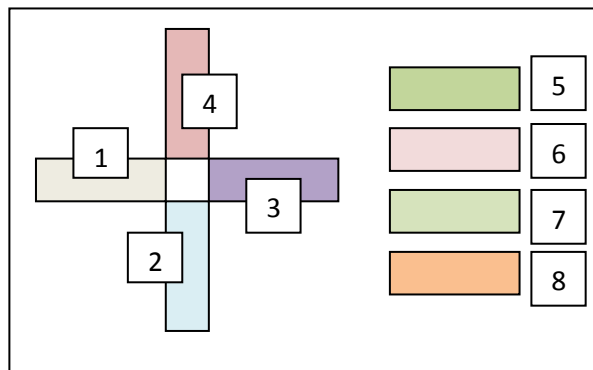
Los hombres cuando se quieren desahogar algunos sí que se cortan pero son una minoría, la mayoría golpean paredes....incluso hemos tenido que escayolar a alguno o llevarle al hospital para que le hagan radiografías (Ramón, 37 años)

Tomás tiene 46 años y hace dos días que ha salido de permiso. Está en segundo grado en un centro penitenciario de los alrededores de Barcelona. Lleva cumplidos cinco años de condena y le faltan dos para obtener el tercer grado. A Tomás lo conocí a través de un amigo que tenemos en común. Hacía tiempo que quería entrevistarle y acordamos

vernos cuando saliera de permiso (en su caso, y si no había ningún problema cada dos meses), concretando así la entrevista para el 22 de junio de 2008. La única entrevista con él tuvo lugar en Calella de Palafrugell, después de comer en casa del amigo que tenemos en común. A día de hoy Tomás está en tercer grado. Nos hemos visto un par de veces más después de la entrevista, aunque formalmente no hemos hablado más sobre autolesiones.

En el centro penitenciario donde Tomás está interno hay ocho módulos. Está la parte antigua, donde hay cuatro módulos que se distribuyen formando una cruz y luego hay una parte nueva de pabellones prefabricados con cuatro módulos más.

Gráfico 3. Esquema del centro donde está interno Tomás



La distribución de los internos por módulos, no es arbitraria:

La gente de sangre normalmente está en el 1 o el 2. En el 3 suelen estar por toxicomanías, robo, tonterías de estas. El 4 más bien violadores, temas de violencia doméstica, pero también puede ser que en el 6 encuentres violadores y en el 7 por sangre. Ahora está todo bastante mezclao (Tomás, 46 años)

Cuando le pregunté a Tomás que me aclarara el término *por sangre* y la distribución de internos por módulos me dijo:

Pues por asesinato, que habrán metido una puñalada a alguno o cosas de estas así, y después está el ocho que es de toxicomanías. Pero bueno que está todo...esos módulos los han hecho más bien para hacer cursillos. Porque violadores y pederastas hay algunos en el 4, en el 3, en el 2 también hay alguno pero menos y en el 1 ya es más difícil, el 1 es más conflictivo...bueno... dicen que es el más conflictivo pero es donde más tranquilo se está –ríe-. (Tomas, 46 años)

Me pareció interesante la distribución en base a los motivos de ingreso, y me pareció también sugerente que entre los internos se construyesen las relaciones sobre la base de los motivos que propiciaban el ingreso en el centro. De hecho, el motivo de ingreso es una de las primeras cosas que se preguntan cuando uno entra:

Ahí se averigua fácil cuando uno llega. Y si no estás conforme con lo que te ha contao porque crees que te ha contao una película le pides los papeles. Algún veterano puede decir, a ver tú, enséñame los papeles. Porque uno con según que compañero puede no estar tranquilo. A mí si me meten un violador dentro del chavolo pues tampoco no lo quiero. Esta gente no los quiere nadie...la gente que está por sangre, por drogas, robos...normalmente a esta gente no los quieren. Es muy raro que los quieran. Yo ni cualquiera que esté en su sano juicio, que tengas un violador a tu lado dices, pero bueno... ¿Esto qué es? No es muy agradable tener un violador al lado, qué quieres que te diga. (Tomás, 46 años)

Para los internos hay delitos muy mal vistos, y esto hace que según que causa judicial no se quiera explicar y por eso hay internos que mienten:

Ahí mucha gente engaña, sobre todo depende de que delito: los pederastas, la gente que está ahí por violaciones, delitos por asesinatos así muy macabros, pues se intenta esconder, y generalmente la gente que está ahí pues dice que está por dinero, porque han robado, por narcotráfico, pero por este tipo de delito ellos intentan que no se sepa, casi siempre dicen por un tipo de delito habitual: narcotráfico, robos... los socialmente peor vistos no se suelen decir, lo que pasa que hay veces que por la televisión o por los periódicos pues se enteran y salta. Muchas veces esta gente está un poco más “protegida” porque ahí hay más riesgo de que esta gente puedan sufrir una agresión, más que otro tipo de preso. (Ramón, 37 años)

Desde que Tomás entró en el centro ha estado en segundo grado. En primer grado, explica:

Están aquellos que han sido conflictivos en el centro, o bien porque hayan originado alguna pelea o bien por qué les hayan cogido con droga dentro del centro. Después están los que están en régimen cerrado, que estos normalmente son un módulo de primer grado, que ahí uno puede estar entre 3 meses, 6 meses y 1 año. En esta sección se está completamente solo, aislado. Los que están ahí tienen su propio horario, salen dos horas al patio: una por la tarde y otra por la mañana pero solos. Y después está el tercer grado en régimen semiabierto y abierto. En tercer grado te pueden destinar en sección abierta a Modelo, a Trinidad Vella o Ponent ya para poder salir a trabajar. (Tomás, 46 años)

De todos los módulos, según Tomás, el 1 es el más conflictivo:

El módulo 1 es el más conflictivo, ahí ha habido dos o tres motines. Y todos han empezado por el uno. En uno de ellos cogieron no sé si al director o al subdirector, creo que era al director que lo apuñalaron, lo pisotearon, y estuvo a punto de morir. Sí. Y empezó todo en el uno. Pero más bien fue culpa de ellos. Lo que no es normal es que te venga a ti a visitar una mujer con 80 años, tu madre por ejemplo, y que la hagan desnudarse y hacerle un registro. Entonces por ahí empezó el problema: eso llegó adentro, y aparte es que el subdirector le pegó a uno un guantazo y aquél dijo: hasta aquí hemos llegado. Yo no estaba aquí en este tiempo pero por lo que cuentan los antiguos fue así más o menos. (Tomás, 46 años)

En el centro donde trabaja Ramón hay 6 módulos. Uno que es la enfermería, “donde va la gente cuando enferma”. En el módulo 1 “está el preso más duro, el preso de toda la vida, el que lleva 20-30 años dentro, pero que no es que lleve 20 años dentro, sino que ha entrado, ha salido, ha vuelto a entrar, son gente con una larga trayectoria penitenciaria y delictiva”. En el módulo 2 “habría una miscelánea de inmigrantes, gitanos...gente que no se sabe muy bien donde encuadrar”. El módulo 3 “es el de los preventivos, el de los jóvenes que llevan poco tiempo”. El módulo 4 “es un módulo especial en el sentido que hay un régimen penitenciario más suave: las celdas están abiertas todo el día menos por la noche, pueden entrar de la celda cuando quieran: tienen un poco más de libertad”. El módulo 5 “es donde va la gente “refugiada” por algún problema que han tenido dentro del centro, o es también donde están los primeros grados, que son gente que por su trayectoria o mal comportamiento los destinan a ese módulo”. Después hay otros dos módulos más que son los de las mujeres: “en el módulo 1 es donde están las preventivas y en el 2 las penales, que son las mujeres con una trayectoria más parecida al módulo 1 de hombres”.

El módulo 5 del centro penitenciario donde trabaja Ramón, el de los refugiados, es donde van los internos que han tenido problemas con sus compañeros y necesitan salir de su módulo. Normalmente necesitan irse porque han contraído alguna deuda (según Ramón, normalmente consecuencia de impagos por droga) y porque saben que si se quedan van a ser agredidos. Tomas me explicaba cómo puede solicitarse el cambio de módulo amparándose en la solicitud de refugio:

Normalmente los que van ahí van para quitarse de una deuda, para quitarse de en medio de su módulo porque saben que si se quedan les pueden dar una paliza, porque igual tienen una deuda o problemas con la droga y no les alcanza para pagar y pues se van al guardia y le dicen: mira, que tengo este problema y me quiero ir para allá, eso se denomina el...64 o algo así...no me acuerdo my

bien...el artículo 64 o algo así. Sé que hay un artículo que puedes pedir pero no lo sé porque como tampoco no he estao nunca ahí... (Tomás, 46 años)

Entre los internos está mal visto pedir refugio:

Para los internos si alguien quiere refugiarse está muy mal visto: eres un mariquita, eres un mierda, el pedir refugio significa sentirse inferior a los otros y entonces los internos prefieren hacerse algo y pedirlo sin tener que hacer papeles. (Ramón, 37 años)

Este “hacerse algo” que explica Ramón pasa por autolesionarse:

A veces cuando te vienen por cortes y les preguntas y bueno: por qué lo has hecho? Te dicen: es que me tengo que ir de ese módulo porque no he pagado las dosis que me han pasao, debo 100€ y entonces tengo que salir de ese módulo porque si no me van a pegar una paliza. (Ramón, 37 años)

Tomás me explicaba que generalmente este tipo de deudas son motivadas por impagos por drogas, porque “hay bastante, a veces demasiada, mucha droga en los centros”. Para el saldo de deudas, el dinero tangible no está permitido, funcionan con tarjetas. Unas tarjetas que se cargan bien con el dinero que les puedan proporcionar sus familiares, bien con el dinero que reciben por los trabajos que realizan en el centro.

Aquí hay gente que trabaja, que tiene su seguridad social, hay unos talleres. El problema es que no hay para todos trabajo pero bueno...podemos decir que el 15-20% trabaja. Hay gente que se ocupa del mantenimiento, otros que están en cocina, otros en lavandería, otros que están en panadería, haciendo el pan, llevando el economato, y luego hay gente que entra dinero de la calle. Lo que pasa es que el dinero tangible, el dinero como tal no se puede entrar a la cárcel, está prohibido, y lo que hay son tarjetas, que cuando tú vas a comprar algo pues utilizas tu tarjeta, porque el dinero como tal no se puede utilizar. Entonces lo que suelen hacer es comprar con tarjeta y luego pues cuando quieren saldar sus trapicheos pues pagan con tabaco o aunque no se pueda pues el dinero al final entra. Entra la droga y entra todo, porque hecha la ley hecha la trampa. (Ramón, 37 años)

En el centro donde está Tomás cada módulo es independiente. Cada módulo dispone de un patio, un office y una sala de día. También hay otros espacios que son compartidos para todos los módulos: los talleres, la escuela, la sala de ordenadores, etc. Después hay una serie de actividades tales como cocina, panadería, limpieza de baños, de salas o del patio), a las que se pueden apuntar para trabajar:

Cada módulo digamos que es independiente pero los talleres son compartidos, son aparte. El que está apuntao ahí pues tiene trabajo. Si te interesa empezar a trabajar pues entras, tengas o no tengas un oficio. La cuestión es buscarse una salida y salirse del patio. Talleres, escuela, todo esto es pa sacarte del patio. Si no estás todo el día vuelta pa qui, vuelta pa yá, jugando al parchís o al dominó todo el día y no haces otra cosa, o patio arriba o patio abajo...más vale que te metas a algo...o a talleres o a la escuela. La cuestión es salir del módulo vaya y te evitas de buscarte problemas dentro, porque ahí los problemas te vienen solos en un momento. (Tomás, 46 años)

Sobre la existencia de grupos en los centros, Ramón explicaba:

No es que haya grupos, aunque alguno sí que existe: se juntan sobre todo los de la misma etnia: se juntan los gitanos con los gitanos, los magrebís con los magrebís, y luego también por amistad gente que llevan ya muchos años, que tienen una larga carrera delictiva y larga trayectoria penitenciaria y que tienen hecho ya su grupo de amigos. También por intereses monetarios, date cuenta que hay gente que lleva aquí mucho tiempo y que no tiene un duro en la cárcel y pues que se juntan con uno que tiene dinero para poder sobrevivir, y a su vez este les protege: gente que lleva aquí mucho tiempo y que les dicen a los nuevos: tu tranquilo, si te juntas conmigo a ti no te va a pasar nada pero me tienes que pagar. (Ramón, 37 años)

De las entrevistas a Ramón y a Tomás extraemos que en el medio penitenciario la autolesión puede producirse por razones varias:

1) *Autolesiones en dónde hay realmente una ideación suicida.*

Acostumbran a ser por asfixia (ahorcarse) o mediante cortes profundos en zonas por donde pasan arterias importantes. Tomás considera que no hay una relación entre el acto de *chinarse* como precursor del suicidio.

Yo he visto cortes...brutales, y dos casos en los once años que llevo ahí que han ido a realmente suicidarse: cortarse arterias, cortarse en el cuello... (Ramón, 37 años)

Yo creo que no hay relación entre el chinarse y el suicidio. Son dos cosas diferentes. Para mí el que se quiere suicidar no dice nada, no dice ni pío: se suicida y adiós muy buenas. Hace dos meses se suicidó aquí dentro uno que estaba por violación, pero bueno...tampoco lo conocía mucho. Como te digo aquí dentro uno se hace una coraza y se relaciona con cuatro o cinco y poco más. Te haces una coraza y te olvidas de los problemas del uno y del otro. Ahí lo que vas es a pagar lo tuyo y no quieres saber más nada. Mirar de que se te pasen los días lo mejor posible estando ocupado y ya está. (Tomás, 47 años)

2) *Autolesiones con finalidad de desahogo.*

La autolesión con finalidad de desahogo se suele producir como consecuencia de “una mala noticia” o por “estrés emocional” (Ramón, 37 años). Aquí la autolesión responde a una forma de canalizar “emociones descontroladas” Estos cortes se realizan normalmente en los brazos o en el abdomen.

Ramón me explicaba una diferencia sustancial en relación a las formas cómo hombres y mujeres canalizan estas situaciones tan emocionalmente intensas y señala que para desahogarse las mujeres recurren más a la autolesión mientras que los hombres más a los golpes (golpean paredes, se golpean entre ellos).

R. Pérez Bárdenas en su tesis doctoral (1988) hace el siguiente análisis sobre la autolesión en prisión: “El recluso autolesionado presenta una gran afectación de sus facultades mentales, siendo en muchos casos el motivo desencadenante de la autolesión sumamente extraño y hasta inverosímil (discusión con la familia, desengaño sentimental, enfermedad grave de un ser allegado)”.

El estudio de Pérez Bárdenas, muy descriptivo, nos da algunas ideas acerca de la incidencia de autolesiones en el Hospital General Penitenciario de Madrid a principios de los ochenta, aunque su trabajo no profundiza, se queda en lo más superficial del signo. En su trabajo destaca que durante los años 1980 a 1985 fueron atendidos 3.938 casos por autolesión, de los cuales 2.097 fueron por heridas incisas en ambos brazos, 856 por ingestión de cuerpos extraños, 634 por cuerpos extraños clavados en el abdomen, 275 por heridas incisas en ambos brazos, 856 por ingestión de cuerpos extraños, 634 por cuerpos extraños clavados en el abdomen, 275 por heridas incisas en el abdomen y 74 abscesos por autoinyecciones de saliva. Señala también que un 85% de los autolesionados no superaba los 24 años. En relación a las diferencias de género señala que el autolesionismo apenas tenía incidencia en la población reclusa femenina (1’78% de los casos estudiados).

Puesto que la lesión se realiza sobre el cuerpo, el tema del control del cuerpo en el medio penitenciario nos remite a la noción de *biopoder* descrita por Michel Foucault (2002: 167[1977]). Foucault utiliza el término *biopoder* para referirse a la práctica de los estados modernos en la explotación de numerosas y diversas técnicas para dominar

los cuerpos y controlar la población. Señala Foucault que existen dos momentos en la introducción de las tácticas de biopoder en los estados modernos y que estas surgen entre los siglos XVII i XVIII. La primera táctica la denomina anatomopolítica y tiene que ver con la fragmentación y escrutinio de los individuos y sus comportamientos y la segunda, la biopolítica tiene que ver con las “disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población” (2002: 168). Para Foucault la noción de biopoder (2002:170-171) constituye un elemento clave en el desarrollo del capitalismo, puesto que “Éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos. Pero exigió más, necesitó el crecimiento de unos y otros, su reforzamiento al mismo tiempo que su utilizabilidad y docilidad; requirió métodos de poder capaces de aumentar las fuerzas, las aptitudes y la vida en general, sin por ello tornarlas más difíciles de dominar; si el desarrollo de los grandes aparatos de Estado, como instituciones de poder, aseguraron el mantenimiento de las relaciones de producción, los rudimentos de anatomo y biopolítica, inventados en el siglo XVIII como *técnicas* de poder presentes en todos los niveles del cuerpo social y utilizadas por instituciones muy diversas (la familia, el ejército, la escuela, la policía, la medicina individual o la administración de colectividades) actuaron en el terreno de los procesos económicos, de su desarrollo, de las fuerzas involucradas en ellos y que los sostienen; operaron también como factores de segregación y jerarquización sociales, incidiendo en las fuerzas respectivas de unos y otros, garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía..”.

El control de los cuerpos a través de estrategias de biopolítica es muy explícito en los centros penitenciarios, donde todo está regulado. Goffman (1970) vincula el concepto de estigma con la categoría “institución total” como un mecanismo que ejerce un ejercicio de poder claro sobre los cuerpos.

Jorge de la Hidalga, ex interno que ha pasado ocho años en diferentes centros penitenciarios españoles, ha creado un blog¹² que pretende informar a las familias y a los presos recién llegados sobre el funcionamiento y leyes no escritas de la cárcel. Según de

¹² *El cielo desde un cubo* en: <http://www.ilustrae.com/hidalga>.

la Hidalga: “El reo que pisa por primera vez una cárcel se enfrenta, desvalido, a un mundo con sus propias reglas”

De la Hidalga crea el blog con el objetivo de “Ayudar al que está dentro y a su familia. (...) Desgraciadamente, haber estado condenado durante años te permite conocer muchas cárceles y muchos ambientes y (...) quiero aportar mi experiencia. Antes de decidirme, miré qué había en Internet de parecido y no encontré nada, porque la mayoría de los documentos de ex presos encontrados son de gente que no ha reconocido su error y quiere reivindicarse, trasladar su culpa a la sociedad, a sus padres, al mundo entero. Yo cometí una equivocación y he pagado la deuda. Salí limpio”. El sitio está organizado por temáticas distintas y diferentes categorías de presos: desde el preventivo al reincidente. En su portal hay también un capítulo para familiares y amigos, y de ahí rescato la última parte de *consejos de infoprisión para primerizos*, en donde en el apartado de secreto señala: “Si alguna compañera, mujer, novia o similar de un recluso se lía con otra persona, que no se le ocurra comunicárselo mientras se encuentre recluido. Es preferible una mentira piadosa que destrozar a una persona cuyo único vínculo con el exterior reside en su familia. En muchas ocasiones, una noticia de este tipo recibida lleva al interno a chinarse (rajarse las venas), a pasarse con una sobredosis de pastis o droga, o sencillamente a colgarse de una sábana. Por eso recomendamos que ese tipo de noticias se den cuando el interno salga de nuevo en libertad”.

3) *Autolesiones para escabullirse de su módulo o como alternativa a solicitar la aplicación del artículo 71*: normalmente son cortes superficiales en brazos y en el abdomen.

Como consecuencia de deudas que se generan dentro del módulo y para evitar pedir desde su módulo el refugio (puesto que está mal visto) es posible que se autolesionen para, desde la enfermería, poder solicitarlo.

Si te autolesionas vas a la enfermería, en la enfermería pides el artículo este y ya te llevan al módulo este de refugios. Porque uno puede preferir ir al módulo este a que le claven un puñal, que eso también se ha dado...si tú contraes deudas y no pagas ya sabes lo que te espera. (Tomás, 46 años)

Generalmente se cortan con cuchillas, tienen cuchillas para afeitarse y aprovechan. Normalmente suelen ser heridas limpias, cortes superficiales, casi nunca hace falta coser, pero lo que sí que he visto es diferencias cuando son autolesiones para querer expresar algo o para querer cambiar de módulo o cualquier otro problema que tengan. Y luego está ya cuando tienen algún

problema de fondo, con problemas más psiquiátricos y en donde los cortes ya son más de otra forma. (Ramón, 37 años)

4) *Autolesiones derivadas de un problema mental:*

Normalmente, dice Ramón, son esquizofrénicos.

Ahí los cortes ya ves que son de otra forma, más brutales. El otro día nos vino uno que se clavó un bolígrafo en la cabeza. Pero bueno, este tenía una esquizofrenia, se clavó el bolígrafo porque una voz le había dicho que tenía que clavarle el bolígrafo y se lo clavó. (Ramón, 37 años)

Yo conocí a un tal Juan que era de aquí de Badalona que ese no sé si estará vivo, porque aquel yo no sé tampoco por qué lo hacía, este no se había terminado de chinarse que se chinaba otra vez, pasa que este no sé si tuvo algún problema: se le murió la madre en un accidente de coche, aparte este también se dedicaba al tema de las artes marciales y decía que era para aumentar la musculatura. Pero va! Un rollo, con Juan eso era chinarse chinarse, aparte se metía unos latigazos: pero latigazos latigazos con la cuchilla. Iba todo grapao. En verano lo veías por ahí: además un tío que estaba fuerte por el tema deporte y lo veías todo marcao, una pasada. El trabajaba con catanas, y decía que esto de las autolesiones era para aumentar, fortalecer los músculos pero que va, para mí era que se le iba la castaña. Si estaba ido un poco, le daba a las pastillas y tal, se ponía hasta las orejas y después le daba por chinarse. No chinaba a nadie, se chinaba él solo, se autolesionaba el sólo y no molestaba a nadie para nada. Pero eso es un caso aparte. Yo creo que a este se le fue la cabeza con lo de la madre. (Tomás, 46 años)

5) *Autoingestión de objetos para llamar la atención, para justificar salidas al hospital*

Pérez Barderas (1988:7) señala que muchas veces la ingestión de cuerpos extraños como muelles, grapas de somier, mangos de cubertería o alambres tiene como objetivo el traslado del recluso a un centro hospitalario donde el régimen disciplinario es menos severo que en la cárcel. De los casos por autoingestión de cuerpos extraños Pérez Bárderas relata de su práctica clínica varios casos que nos explicita mostrándonos radiografías de los casos. En uno de los casos mostraba una radiografía dónde se apreciaba la ingestión de un bolígrafo metálico, una barra de fuminaya de una cisterna de wáter y una lámina metálica delgada y de gran longitud, presumiblemente un trozo de muelle de somier estirado.

Los hombres acostumbran a tragarse cuchillas y pilas, las mujeres tiran más a las pastillas. Las cuchillas se las tragan habitualmente protegidas con algo para que no les haga daño, solamente para que se vea a través de la radiografía que ahí

está la cuchilla pero que no les haga daño por dentro. Alguna vez también he visto lejía. Bueno, yo llegué a ver a una persona que se tragó: lejía, cuchillas, pilas...lo sacamos porque lo dejabas en una celda solo y empezaba a comerse el yeso de las paredes (Ramón, 37 años)

6) Autolesiones con finalidades reivindicativas:

Los orígenes de la autolesión con finalidad reivindicativa en el medio penitenciario español tienen su eclosión cuando al finalizar la dictadura franquista se concede una amnistía a los presos políticos que deja al margen a los presos comunes (1977)^{13 14}. Este hecho provocó, entre otros factores –crítica al hacinamiento, la suciedad, la indigencia, palizas, etc. - una reacción en cadena entre los presos comunes que motivó, el surgimiento de la COPEL (Coordinadora de los Presos en Lucha). Los intereses de la COPEL eran obtener la libertad de todos los presos (tanto comunes como políticos) y denunciar la situación de las prisiones que fueron hasta bien entrados los ochenta una mezcla de católico-fascismo, donde el preso “penaba y redimía”.

A partir de este momento, las autolesiones empiezan a aparecer masivamente -casi siempre heridas incisas en antebrazos y abdomen- como arma de presión y coacción ante las autoridades penitenciarias y el poder judicial. En los años 1976 y 1977 se producen varios motines que generan importantes problemas de orden interno en todos los centros penitenciarios del país. Según Lorenzo (2006), en 1977 en la prisión de Barcelona se autolesionaron 265 internos al mismo tiempo. En Madrid se produjo un hecho similar autolesionándose alrededor de 300 internos a la vez, y en este sentido las autolesiones masivas que afectaron a los grandes centros penitenciarios pronto se extendieron al resto de establecimientos, ya que diferentes miembros de la COPEL fueron trasladados a diferentes prisiones, lo cual favoreció la diseminación de la conducta autolesiva con fines reivindicativos por todo el territorio nacional.

Desde entonces, las autolesiones se siguen ejerciendo como un medio de protesta de los internos. Por poner otro ejemplo de brote de autolesiones en el medio carcelario catalán, en el año 1986, 18 presos de la cárcel modelo se autolesionaron como señal de protesta por la falta de servicio de economato y en demanda de mejores medidas de reinserción

¹³ “La Copel explica las razones de protesta de los presos”: El País (01/06/1977) “Tras las numerosas autolesiones, normalidad en la cárcel Modelo de Barcelona”: El País (13/05/1978),

¹⁴ <http://www.sindominio.net/desdedentro/textos/Dosscopel/detonante.htm>

social. La mayoría de las lesiones fueron cortes superficiales aunque tres presos tuvieron que ser trasladados al hospital clínico porque presentaba pérdidas de sangre más copiosas (El País, 23/07/1988).

En relación a este punto, Ramón nos explicó que tres años atrás dos internos en huelga de hambre de su centro se habían cosido la boca para demostrar que no comían.

7) Autolesiones, marcado y construcción de la identidad

En los Centros de Menores las autolesiones son más frecuentes que en los centros penitenciarios.

Yo he visto bastante en X de Menores. Ahí se estila mucho. He estao un tiempo de ordenanza, de mantenimiento y ahí es una pasada (...) Suelen hacerlo casi siempre con cuchillas de afeitar, casi siempre. En menores la verdad es que nunca no he entendido muy bien el porqué lo hacen: no sé si es por qué necesitan estar en la enfermería, o por quitarse de los módulos porque estén muy acosaos, o para desahogarse, no se... aunque yo para esto soy muy cobarde, yo antes de autolesionarme yo pues lesiono a un funcionario o le doy dos puñetazos al de al lao pero yo a base de cortes como que no. (Tomás, 46 años)

Sí que es verdad que me han comentado que en los centros de menores se da bastante más la autolesión y si quieres que te diga la verdad, no sé muy bien por qué. (Ramón, 37 años)

Muchos de los chicos que están en centros de menores ven la cárcel como algo deseable, lo tienen idealizado y lo ven como el siguiente paso: piensan que por el hecho de haber más gente estarán menos controlados y les fascina la idea de entrar en prisión: En menores piensan que la cárcel es algo idealizado, lo ven como el siguiente paso y se piensan que al haber más gente estarán menos controlados y esto es lo que ellos quieren (Ramón, 37 años)

Para Pedro Oliver (2009) la experiencia corporal de la cárcel suele mostrar sus huellas de forma muy clara. Así, en las cicatrices, mutilaciones y amputaciones de los reclusos además de en sus tatuajes están depositadas lo que Germain (1995) denomina “las semiotécnicas de los castigos carcelarios” (citado por Oliver, 2009).

En relación a la cuestión de los tatuajes carcelarios, Iñigo Abril (de la organización tattoo convention) en una entrevista publicada en Diario Vasco (9 de agosto de 2006) señala que son un símbolo de rebeldía y que lo que hacen es reforzar los sentimientos de pertenencia al grupo. Así, no llevan el mismo tatuaje los miembros del club de las

harley, los surfistas o los punk, y señala que la especificidad de los tatuajes talegueros tiene que ver con que se hacen con agujas de coser y con tinta azul o verde con los clásicos: amor de madre, corazones con nombres, pájaros en la clavícula, chicas con bikini estilo pin-up, etc.

A veces estando en la playa pues ves a uno que dices: este ha estado en la cárcel seguro, ¿no? Por las típicas marcas que le han quedao de los cortes, porque hay gente que tiene los brazos...y también por los tatuajes (Ramón, 37 años)

Paralelamente, otro de los aspectos que refuerza la idea de la autolesión o marcaje como un elemento externamente visible que sirve para reforzar la identidad del grupo es que es intermitente:

Va a rachas, a temporadas. Si se autolesiona uno, luego viene más gente. Si se enteran que se ha autolesionado uno, pues detrás van unos otros y así va todo. (Ramón, 37 años)

Tomás y Ramón explican que dentro de los centros hay determinados grupos que son más proclives a la autolesión, sobre todo magrebíes, gitanos y mercheros.

Yo el año pasao estuve durante un año yendo al centro de menores y veía a los chavales que se autolesionaban, sobre todo los marroquíes. Los marroquíes se autolesionan que es una pasada. A los marroquíes los ves todos cortaos, que les miras los brazos y dices: bueno, ¿Pero esto qué es? los ves a todos cicatrizaos, con los brazos todos cicatrizaos. Yo por la religión no creo que sea No lo entiendo pero son los que más lo hacen. Los hispanos puede haber alguno que otro pero no, más bien son los marroquíes que los ves todos cortaos y no sé por qué. Marroquíes jóvenes los ves todos cortaos, y de adultos también, eh? Los ves a todos cortaos. Y dices bueno: y esto, ¿A santo de qué? (Tomás, 46 años)

Yo lo veo sobre todo en gitanos, lo he visto en marroquí bastante también. En los gitanos son cortes muy muy superficiales. En gente subsahariana nunca, nunca nada. Un negro que se haya cortado nunca. No te puedo decir porcentajes porque no los tengo pero un negro nunca. (Ramón, 37 años)

Cuando le pregunté a Ramón sobre los motivos que creía que estaban detrás de esta diferencia tan significativa me explicó:

Yo creo que entre la gente magrebí hay una alta prevalencia de enfermedad mental, Yo creo que sí. Mira en población magrebí se ven muchos trastornos de la personalidad, esquizofrenias que igual habían pasado inadvertidas y que al estar en prisión pues han hecho un debut. (Ramón, 37 años)

En los once años que lleva trabajando Ramón en prisión, y aunque cuantitativamente no pueda demostrarlo afirma que la autolesión en el medio penitenciario ha descendido bastante y apunta como una de las posibles causas la introducción de la metadona en el año 1996. Ramón no ha conocido la cárcel sin metadona, pero por comentarios de sus compañeros, antes la situación era bastante diferente. Para Ramón, uno de los motivos del descenso de la conducta autolesiva en el medio carcelario viene motivado por los planes de mantenimiento con metadona. Sobre la introducción de la metadona en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona y Brians en Sant Esteve Sesrovires, Arroyo, A. et al. (2000) comparan distintos comportamientos antes y después de la introducción de la metadona observando una reducción significativa de los delitos, intentos de suicidio, prostitución, demanda de tratamiento psiquiátrico, autoagresividad y heteroagresividad.

La revisión de literatura sobre autolesión en centros penitenciarios no españoles nos muestra que en Estados Unidos, Reino Unido, Rusia, Colombia, Panamá, Ecuador, Grecia entre otros, la autolesión está también presente.

2.1.2 Autolesión, identidad y tendencias juveniles: Claudia y Sara

Claudia es una chica colombiana de estética *emo*¹⁵. Tiene 16 años y vive en un barrio de Tarragona desde hace tres años. La conocí en un foro en internet buscando gente emo en Tarragona.

Hola a todos;) Me llamo Claudia, vivo en Tarragona pero nací en Cali => tengo 16 años ^^ Me encanta el manga y el anime, observar la naturaleza, cantar, escribir...todo lo que sea creativo. Mi grupo favorito: Tokio Hotel. Me encanta el emo, punk, goth..y cosas como: bullet for my valentine, epica, nightwish, all time low, abril lavigne, melody fall y muchos mas^^ (Claudia, 16 años)

Contacté con ella a través de messenger, ya que dejó su dirección de contacto en el foro. Estuvimos chateando de forma intermitente por lo menos durante un mes y aunque costó, básicamente porque ella lo que andaba buscando eran emos y no a mí, acordamos

¹⁵ El término Emo proviene del inglés emotion. Es un término en un principio utilizado para describir las actitudes y estilos relacionados con la música emocore, género derivado del posthardcore y que nace finales de los años '80. Durante los años '90, momento en que la música "emo" se populariza el concepto de asocia más a una estética y forma de entender la vida con tintes melancólicos.

un día para la entrevista. Quedamos un viernes a las 12 del mediodía en un lugar céntrico de Tarragona. No me costó reconocerla: morena de piel, pelo largo, negro y muy liso, flequillo largo a medio lado, pantalones apretados negros, vans (zapatillas) de cuadros negros y blancos y un jersey rosa de hello kitty. Realizamos la entrevista en una cafetería de la Rambla. En el momento de la entrevista estudiaba tercero de la ESO.

En Colombia Claudia vivía con sus abuelos y su hermano de 6 años. Cuando tenía 9 años sus padres vinieron a trabajar a Catalunya. Al poco tiempo de llegar, su madre empezó a trabajar de interna en la casa de una mujer mayor en el barrio de San Pedro y San Pablo de Tarragona y su padre encontró trabajo de camarero en un restaurante en Salou. Cuando Claudia llegó a Tarragona sus padres ya llevaban 5 años trabajando aquí y tenían un trabajo estable.

Claudia empezó a interesarse por el fenómeno *emo* en Cali, cuando vivía con sus abuelos. Su gusto por esta estética, lo relaciona sobre todo con la moda:

Más que nada yo empecé por una cuestión de moda. Al principio cuando te interesas lo que te atrae es principalmente lo físico. No sabes muy bien cómo es un emo, cómo piensa un emo, y después cuando empiezas a buscar un poco es cuando te das cuenta de la profundidad de su filosofía. Quizás también lo que me atrajo un poco fue la cuestión de los sentimientos que compartes, porque te sientes sola y te empiezas a identificar un poco con todo lo que significa ser emo (Claudia, 16 años)

Cuando le pregunté sobre las particularidades no sólo físicas de los emo, Claudia hizo referencia a que ser emo le permite precisamente expresar todo su mundo emocional interno sin temor a ser rechazada.

Normalmente los emo tenemos muchas emociones dentro, tenemos cosas muy marcadas que nos hacen sentirnos tristes (¿Y tú te sientes triste...?) A ver, pues yo terminé siendo emo porque estando allá pues, extrañaba mucho a mis padres y me pasaron muchas cosas así, tristes! Llegué a sentirme muy sola y tal vez por esto terminé siendo Emo (...) A mí me indigna ver a la “gente normal” cómo son de orgullosos y cómo les cuesta expresar como se sienten. A mí ser emo me permite esto, expresar cómo me siento: que me siento triste, pues estoy triste y ya está, no pasa nada. A la demás gente le cuesta mucho admitir su dolor interno. (Claudia, 16 años)

Sobre el rasgo diferencial de ella con cualquier otro adolescente de su edad, Claudia explica que a la “gente normal” les cuesta mucho expresar sus sentimientos y el ser emo le permite expresarse sin miedos. Le permite pensar y ser diferente.

Yo pienso y siento diferente. Yo nunca cuestionaré que un chico vaya con un chico y viceversa. Porque, si a una chica le gusta una chica pues no lo cuestionaré, porque no te enamoras de su físico, sino de lo que tiene dentro, de sus emociones. Entonces si ves a un chico con un chico pues tampoco te parece tan raro como en la gente “normal”...además de esto lo que me permite ser emo es que puedo compartir mi tristeza con otros emos y eso me gusta, con la gente “normal” corro el peligro de que me lastimen (Claudia, 16 años)

A los emo se les reconoce por su estética. Acostumbran a vestir ropa bastante apretada y les gusta combinar el color negro con tonos rosados o alilados “colores tristes con colores alegres”-según me explica Claudia, llevan el pelo planchado, muy liso con flequillo largo liso también que les cubre parte de la cara.

Bueno, el flequillo es lo que más nos caracteriza como grupo y a mi particularmente, y lo llevamos porque no queremos ver lo que hay afuera y que nos hace sentir tristes: entonces nos tapamos los ojos. Yo me tapo un ojo porque con esto trato de cubrir una parte de mi vida que me hace sentir triste y por eso me tapo al igual que otros emos porque no quiero que la gente vea lo que tengo en mi interior, lo que realmente me hace sufrir. En cuanto al vestir normalmente yo combino el color rosa y el negro y el lila: el rosa marca lo emocional, lo lindo, y el negro la parte oscura y la parte triste (Claudia, 16 años)

Claudia considera que es importante diferenciar los emo de los que son *poser*, es decir los que “Se copian de la estética pero no tienen lo que en realidad tiene que tener un emo...”

Aunque las referencias a la autolesión corporal en emos son recurrentes en foros de internet, en la entrevista a Claudia sus referencias, a pesar de ser explícitas, profundizan poco en el significado que para ella tiene la autolesión. Sí que es cierto que aparecen emociones como la ira y la rabia que ella canaliza a través del corte, pero no supo explicarme por qué.

Yo la autolesión la veo así como una salida. Cuando estoy muy triste, cargada de problemas y quiero acabar con todo pues recurro a la autolesión. Las heridas de alguna manera reflejan cómo me siento. Cuando siento ira, rabia, es una manera de descargarme, es un alivio... entonces cuando estás ahí llena de problemas, pues tienes el deseo de acabar. De acabar con ese dolor que sientes y que te

invade. Nosotros le llamamos “acabar”. Acabar con tanta soledad, con tanto sufrimiento. No es suicidio, cómo te diría...es acabar. Si que es cierto que una forma de acabar es el suicidio pero también existen otras formas de acabar y que muchas veces canalizamos a través de las autolesiones (Claudia, 16 años)

De una forma bastante explícita, el último fragmento de la entrevista con Claudia acerca de la tristeza y su expresión a través de la autolesión permite conectar el signo autolesivo con emociones que aparecen de forma reiterada en los relatos de otras de mis informantes y que precisamente hacen referencia al abatimiento y a la rabia como emociones precursora a la acción autolesiva corporal.

Cuando te haces una herida o una cortada o algo así es porque te sientes muy abatido, porque crees que ya no puedes más, pues te haces una herida. Es más que nada para descargar la rabia, ya que no puedes hacerlo a otras personas pues te lo haces a ti misma... (Claudia, 16 años)

La sensación con la que me quedé al terminar la entrevista fue bastante amarga. Metodológicamente esta entrevista es un buen ejemplo de cómo un error en las primeras fases de negociación puede condicionar un mal resultado. Quizá el problema que tuve fue la forma de establecer contacto y planear la entrevista –que por otro lado fue única a pesar de los contactos previos-. Como se puede apreciar, la mayoría de sus respuestas fueron muy estereotipadas y me fue muy complicado establecer un buen *rappport*. Esto me hizo pensar que quizá el error de partida estaba en la negociación. Había irrumpido en un foro, y sin conocer para nada el código implícito de su funcionamiento me había apropiado de la dirección de Claudia y me había puesto en contacto con ella. Después también reconozco queforcé la entrevista. No sé hasta qué punto ella quería hablar conmigo y a fuerza de insistir quedamos. Otro aspecto que ni siquiera me había planteado era el consentimiento informado. Claudia era menor y, por tanto, necesitaba la conformidad de sus padres para la entrevista. Un error detrás de otro. A partir de ahí fue cuando me planteé el proceso de acceder a los informantes y formas de estar en el campo específicamente en el trabajo de campo en comunidades virtuales (véase capítulo 4).

Sobre la relación entre los emos y el suicidio, encontramos un artículo paradigmático (Definis-Gojanivic et al., 2009) publicado por tres investigadoras del Departamento de Medicina Forense y Patología de Bosnia Herzegovina y Croacia en la revista *Collegium*

antropologicum. El artículo empieza con la presentación del caso de una chica de 16 años de estética emo a la que encuentran muerta después de haber saltado desde lo alto de un edificio. Para las autoras (2009: 173): “*She was a typical teenage girl, without any particular problems within her family or within the school environment. She lived in a complete, middle-class family; she finished her high school junior class with excellent marks but then transferred to attend an art school. Nobody had noticed any considerable changes in her behaviour or mood quality, nor any signs of depression, attempts of isolation or self-retreat. She left a suicide note, together with a drawing of a black and white cartoon character resembling those usually drawn by Emo-kids. Her suicidal note did not put any light on the possible reasons for committing suicide. It did show, however, that she had been thinking about taking her life for some time (...) the autopsy revealed she was a tiny girl, with pale skin, dark make-up and dyed, black hair. The cause of death was craniocerebral trauma due to a high altitude jump. Toxicological analysis showed that at the time of death she was not under the influence of alcohol or any kind of illicit drugs or medicaments*”

Para las autoras, el caso de la joven les sirve para apuntar algunas hipótesis para futuras líneas de investigación. La primera de las hipótesis que señalan tiene que ver con que si de un tiempo a esta parte se ha hablado mucho en los medios de comunicación sobre la *generación emo* como una generación de jóvenes autodestructivos, una posible línea de trabajo debería orientarse (ojo al dato) a saber si el hecho de escuchar una determinada música o vestir de una manera concreta puede ser un indicador de estado mental en gente joven. La segunda hipótesis, quizá no tan escalofriante como la primera, tiene que ver con si el término “subcultura” como concepto puede ser aplicado a los adolescentes con tendencia suicida o depresiva, y en tercer lugar creen necesario verificar si determinadas preferencias musicales son indicadores de vulnerabilidad emocional.

Sobre la consideración de los emo como subcultura, están por un lado los que creen que no pueden ser considerada una subcultura¹⁶ juvenil y los que lo ven formando parte de

¹⁶ A pesar de que nosotros preferimos utilizar el término tendencia o estilo en lugar de subcultura. Gelder (1997: 1) define el término subcultura como: “groups of people that are in some way represented as non-normative and/or marginal through their particular interests and practices, through what they are, what they do and where they do it”

las identificaciones culturales creadas por las nuevas generaciones. Para Héctor Castillo (2008) –Psicólogo, investigador del IIS-UNAM especializado en el estudio de jóvenes en México- los emos más que una “tribu urbana” son representantes de “Un perfil psicológico depresivo que tiende al suicidio, la anorexia y la androginia asociada a la práctica desprejuiciada y prematura de las relaciones sexuales sin precauciones contra enfermedades venéreas o embarazos, y más que considerarlas una tribu urbana constituyen un lujo de la sociedad moderna”.

Bajo nuestro punto de vista ambos estudios, y estamos seguros de que hay muchísimos más de este estilo, deben ser analizados con mucha cautela. Como veremos hacer el titular fácil de un tipo de acciones que no entran dentro de los parámetros de la normalidad preconstruida es fácil. Ahora bien, ser críticos acerca del porqué de estos movimientos y acciones resulta algo más complejo, precisamente porque va más allá del acto y del individuo en sí mismo. Por esto nuestra apelación constante a la recuperación de los significados (meanings) en los que se sitúa la acción.

Soraya tiene 27 años, es gótica y vive con su pareja en el casco antiguo de Tarragona. Actualmente no trabaja. Soraya se identifica sobre todo con el estilo, con la estética dark-gótica más que con su filosofía. Se considera muy transgresora, le gusta provocar – dice- y por eso viste como viste.

M’agrada provocar (rie) m’agrada que la gent em miri. Jo em considero que sí que sóc creient però no sóc de les que practico. I allavorens ara per exemple que porto aquesta creu gran es perquè m’hi sento còmoda y a vegades hi ha gent que em mira però jo crec que em miren perquè aquí no hi ha molta gent que sigui gòtica i crido bastant l’atenció. La gent em mira pel carrer i a vegades inclus em pregunten si se m’ha mort algú. A mi m’agrada això. M’agrada també portar rosaris. M’agrada molt, em dona seguretat. Es igual que els tatuatges. Jo ho veig com un estil, hi ha gent que ho veu com una forma de vida: jo es que m’agrada aquesta estètica, m’hi sento bé. (Soraya, 27 años)

La entrevista a Soraya tuvo lugar en dos momentos, se hizo en dos sesiones con un intervalo de 15 días y se realizó en una cafetería del centro de Tarragona. Sobre la negociación de la entrevista hay que señalar que a Soraya ya la conocía y no tuve demasiados problemas en concretarla. El hecho de conocerla de antemano (éramos compañeras de clase) favoreció que el encuentro y la dinámica de su relato fueran muy

fluidos. La única información que le proporcioné fue que estaba trabajando sobre cuerpo y jóvenes. A partir de ahí pensé en utilizar el relato biográfico. Sobre los motivos que me llevaron a seleccionar esta técnica etnográfica, fueron que previamente conocía a la informante y sabía que tenía capacidad para hablar largo y tendido sobre sí misma. Además de la negociación, donde le expliqué a grandes rasgos las motivaciones que me llevaron a escogerla como informante, la pregunta a partir de la que Soraya desarrolla su relato fue: ¿Por qué no me explicas tu vida a través de tus experiencias corporales? La apertura de la pregunta permitía dejar rienda suelta a la libre asociación que la informante establecía, favoreciendo que fuese ella la que estructurase su narrativa. No pregunté específicamente sobre autolesiones para no sesgar el relato. El relato de Soraya sigue un eje cronológico que se estructura en tres momentos: la relación turbulenta con sus padres, la enfermedad y la relación con su pareja.

Las autolesiones aparecen cuando habla de sus padres y de su enfermedad. Soraya padece enfermedad de Crohn, una dolencia que le produce fuertes dolores y que le ha hecho recurrir en más de una ocasión a la autolesión. Hay momentos en los que Soraya parece que olvide por completo la presencia de la grabadora. Esta es la sensación que tuve por la naturalidad con la que me explicaba cosas íntimas de la relación con su pareja.

La meva adolescència va ser una mica “difícil”. La meva mare tenia moltes normes prohibitives, perquè ma mare és filla de militar i mon pare també era militar, i llavors tenien uns punts de vista molt rectes, molt dràstics, vaig anar a un col·legi de monges i jo em vaig tornar quan vaig tenir la preadolescència, la adolescència, rebelde. Allavors jo era molt rebel. Allavors jo vaig intentar imposar el meu caràcter i això a mi m’ha afectat moltíssim, inclús ara que no tinc relació amb ma mare. Jo he perdut a ma mare, perquè m’ha fet tan de mal que dic: si aguento o acabaré boja o acabaré suïcidant-me... (Soraya, 27 años)

Para Soraya la autolesión responde a situaciones donde el dolor que le provoca su enfermedad es de tal intensidad que utiliza el daño controlado hacia su cuerpo como un mecanismo que le permite acceder a un dolor que ella controla, un “dolor controlado”. Si bien es cierto que se acostumbra a vincular todo lo que tiene que ver con la estética

gótica con lo siniestro¹⁷, el significado que Soraya da a la autolesión está en un nivel menos transgresor. Ella lo define como una estrategia de supervivencia:

Jo m'he autolesionat, sí sí, i ho he fet sobretot per malaltia. El dolor que tenia era tan gran, tan dur, tan fort, que superava totes les meves forces. Jo crec que el meu dolor només era comparable amb la mort. Llavors era molt joveneta, 16 anys devia tindre. Això (me enseña cicatrices en sus manos y antebrazos) m'ho vaig fer colpejant-me amb un mirall. Bueno, em vaig clavar vidres per la cara també. Allavons jo vivia amb els meus pares. La meva mare em va dir que jo tot el que tenia era mental, i jo recordo que em sentia molt malament. Els dolors eren insuportables, es que jo necessitava un calmant, jo necessitava algo (...)

Para Soraya la autolesión corporal es una forma de hacer visible su dolor. Un dolor que es, por un lado físico y que por otro lado, nos remite a experiencias de sufrimiento producidas por la incomprensión y también la imposibilidad de expresar en palabras su dolor.

Allavorens en aquella època com que no tenia cap tipus de calmant vaig començar amb el diazepam. Hasta que un dia vaig estar a punt de suïcidar-me de la quantitat de diazepam que vaig prendre perquè no suportava el dolor. I va arribar un punt que estava tant enganxada al diazepam que no em feia res i llavors vaig pensar: ostia, saps que? A veure si sento dolor si em tiro contra un vidre....Perquè tenia un armari, saps d'aquests armaris de tota la vida? Que me l'havia regalat la meva avia per cert, era l'armari de quan ella es va casar, que era preciós i además estava en perfecte estat. Doncs jo em vaig tirar contra el mirall des d'una escala per poder arribar a clavar-me'l sencer. Llavors em va enganxar una vena i vaig començar a sangrar, i a sangrar...llavors em vaig posar aigua calenta i va començar a sortir sang a dojo a dojo i llavors em vaig marejar i vaig caure a terra (...)

Un altre dia estava tan malament que vaig decidir barrejar alcohol amb valiums. I com que a casa no teníem alcohol, només teníem el coñac aquest barato del rostit pues tu imagina't: amb coñac d'aquest barato i 15 o 20 pastilles de diazepam... em vaig posar a caminar pel borde del pis on vivia (un sisè). Em vaig posar a caminar per veure si queia o no queia. Al final no vaig caure, així que vaig pensar: gilipolles! Després vaig baixar i em va agafar un xoc d'aquests o com es digui i em vaig quedar tres dies que no me'n recordo absolutament de

¹⁷ Se relaciona con lo oscuro, lo satánico, con la muerte, con el sadismo, con el masoquismo, con gusto por determinados grupos musicales como *Marilyn Manson*, *The Cure*, *Dead can Dance*, *Lacrimosa*, *Garden of Delight* entre otros.

res. Només se que no em va tractar ni un psicolog ni un psiquiatra ni res. Em van dir que era una nena consentida i que només tenia ganes de donar la nota. Em van dir que jo era una nena capritxosa que només tenia ganes de cridar l'atenció. Allavors la meva situació va empitjorar moltíssim: el meu pare va marxar de casa, la meva mare treballava moltíssim i ens deixava molt soles a ma germana i a mi... (Soraya, 26 años)

Actualmente la relación de Soraya con su madre es nula y tiene los dolores más controlados gracias, sobre todo, a la medicación. Un par de meses antes de la entrevista Soraya había padecido una fuerte recaída que la había obligado a estar diez días hospitalizada

Al estilo del anterior estudio sobre los emo (Definis-Gojanovic et al) pero específicamente sobre los “góticos”, Robert Young, Helen Sweeting y Patrick West (2006), investigadores de la unidad de Salud Pública de la Universidad de Glasgow, publican un estudio en el que relacionan la prevalencia de autolesiones (*deliberate self-harm*)¹⁸ y suicidio entre la subcultura juvenil gótica (*Goth Youth Subculture*)¹⁹. Su trabajo es una investigación longitudinal de cohortes en la que participaron 1258 jóvenes. El estudio se inició en 1994 con una muestra de 2586 chicos de 11 años de educación primaria, y terminó en 2004 con una muestra de 1.258 jóvenes de 19 años. Se realizaron entrevistas seriadas a estos mismos jóvenes cuando tenían 11, 13, 15 y 19 años teniendo en cuenta la clase social, el estado civil de los padres, si consumían tabaco, alcohol o drogas. Se les preguntó sobre su grado de identificación con diferentes subculturas juveniles, tales como *goths*, *punks*, *heavy metal*, *mosher*, *nu-metal*, *skaters*, *grunge*, *retro*, *indie*, *rave*, *club*, *garaje*, *hip-hop*, *pop*, entre otros. Los resultados de la investigación señalaron que los jóvenes que se identificaban con el estilo gótico tenían una prevalencia del 53% a autolesionarse y de tentativas de suicidio. Entre los factores predictivos de la autolesión los autores establecían –ojo de nuevo al dato- : ser mujer, tener a los padres divorciados o separados, fumar y consumir algún tipo de droga. Los resultados del estudio concluyeron que la subcultura gótica es predictiva de la autolesión o tentativa de suicidio. Como es de suponer, el trabajo de Young, Sweeting y

¹⁸ Para los autores los actos mas comunes de autolesión incluyen cortes, quemaduras y puñetazos que tienen como consecuencia pequeñas lesiones –relatively minor injury-

¹⁹ Para los autores la subcultura gótica se considera un subgénero del punk con estética dark y siniestra. Comparten gusto por ropa oscura, maquillaje y estilo musical.

West ha sido muy criticado por varias razones, la principal es que no incluye la diversidad que existe dentro del colectivo gótico, lo toma como un todo homogéneo. Michelle Phillipov (2006) subraya haciendo una crítica a este estudio la lectura psicopatológica que se hace del grupo, sin reconocer algunos procesos de modificación corporal como tatuajes o piercings y que los autores encasillan dentro de la consideración de autolesión sin establecer una definición clara de lo que ellos definen como autolesión.

2.1.3 El body art y las modificaciones corporales: el cuerpo como espacio de reivindicación

¿Qué es el body art y de que hablamos cuando nos referimos a procesos de modificación corporal?

En primer lugar creemos que es necesario acotar las diferencias. Cuando utilizamos el término *body modification* -modificación corporal- nos referimos, de acuerdo con Featherstone (2001: 1): *“To a long list of practices which include piercing, tattooing, branding, cutting, binding and inserting implants to alter the appearance and form of the body. The list of these practices could be extend to include gymnastics, bodybuilding, anorexia and fasting- forms in which the body surface is not directly inscribed and altered using instruments to cut, pierce and bind (...) in addition we have consider the ways in which the body is modified by the use of various forms of prostheses and technological systems...”* y cuando hablamos de *body art* – arte corporal- nos referimos a las modificaciones corporales desde un punto de vista artístico, en un contexto performativo y que realizan aquellos que son considerados artistas corporales (p. Ej: Orlan, Sterlac, Cindy Sherman). De esta forma consideramos que si bien en el arte corporal (*body art*) debe existir siempre una conciencia crítica y de denuncia explícita (objetivamente el cuerpo del artista es parte integral de la obra), inmersos en procesos de modificación corporal estamos todos²⁰.

En este punto, la argumentación propuesta por Shillings en *Body Project* (1993) relativa a la idea de que el cuerpo y los procesos de modificación corporal están dentro del sistema de mercantilización y en proceso constante de reconstrucción, nos sirve como

²⁰ De acuerdo con la consideración de Featherstone (2001), el abanico de procesos de modificación corporal es amplísimo: desde tatuajes, piercings, branding, implantes, splitting- bifurcación de la lengua-, escarificaciones, y dentro de los procesos normalizados: el fitness, dieting, liposucciones además de otras operaciones estéticas.

elemento a tener en cuenta a la hora de cuestionarnos determinados procesos de reforma corporal- sean estos vistos como “normales”-dieting, cuidados estéticos, estilos de vida saludables etc.- o “menos normalizados”-tatuajes, piercings, implantes, escarificaciones, etc.- . De acuerdo con Lee Monaghan, citando los trabajos de Foucault (1980) y Lasch (1980), esta idea nos permitiría entender el proceso como nos convertimos en: “*Docile bodies through discourse in the culture of narcissism*” (2000: 268)

La construcción de la identidad individual a través de la modificación corporal (Monaghan, 2000) era algo que intuíamos pero sobre lo que deseábamos saber más. Habíamos revisado el trabajo de Martí (2008) sobre cuerpo y presentación social, y algunas de las monografías clásicas en antropología sobre rituales (aquí la modificación corporal tenía que ver más con la reivindicación de la identidad colectiva) en donde aparecía la escarificación y el tatuaje en ritos de iniciación (mujeres Suri o Mursi en Etiopia, entre los Pilagá), como signo de pertenencia al grupo (las escarificaciones de los Bubi, los tatuajes de los Makonde de Mozambique, los anillos de las mujeres Padaung en Burma), como signo de feminidad (encorsetamiento en occidente, vendajes de los pies en la China, estiramiento de la vagina entre las Makua, Khoisan y Baganda) o de virilidad (circuncisión entre los Ndembu).

Si bien la lectura de algunos de estos trabajos nos había resultado muy sugestiva, la idea de la que nosotros partíamos en relación a determinados procesos de modificación corporal tenía que ver con la preconcebida subversión del orden corporal ligado a formas de transgresión y reivindicación de la identidad individual a través del cuerpo. De hecho, una de nuestras hipótesis de partida en relación al éxito que estaban teniendo las prácticas alternativas (sobre todo tatuajes y piercings) de modificación corporal tenía que ver con, por un lado, la relación que se establece entre cuerpo físico e identidad individual –la idea del self corporalizado- que propone Giddens (1990, 1991) y la idea del cuerpo “diferente”-modificado- que toma distancia con los otros cuerpos. Sobre esto Shilling (1993) habla de que “*As corporeal expressions of the self, tatoos and piercings might thus be seen as instances of contemporary body projects (As a sign of personality)*” y no únicamente vinculado con según que procesos de modificacación corporal como tattos y percings sino que también en cualquier proceso de modificación corporal.

Nos interesaba ver también los discursos que había detrás de los individuos que se someten a determinados procesos de modificación corporal. Por esta razón se optó por

buscar en internet centros de modificación corporal en Tarragona. Lo curioso fue que al introducir en *google* “centros de modificación corporal en Tarragona” todas las entradas eran de estudios de tatuaje y piercing. Ahí estaba el primer sesgo que de entrada se pasó por alto: las clínicas, centros estéticos, centros dietéticos, clubs de fitness, spa, etc. no aparecían en el rastreo. Esto me hizo reflexionar más adelante sobre la construcción del concepto de modificación corporal hacia un tipo concreto de procesos, mientras que otros pasan a formar parte, se integran dentro de los procesos normalizados de modificación corporal.

En la búsqueda se encontraron diez centros en Tarragona. Finalmente decidí²¹ contactar solo con uno. El motivo de la elección fue muy pragmático: estaba cerca de donde yo vivía. Decidí ir a la tarde siguiente. El contacto tuvo lugar el 4 de diciembre de 2007. Abrían a las cuatro y media, y llegué a esa hora. Pensé que si iba pronto encontraría menos gente y sería más sencillo explicarles el proyecto. El estudio era pequeño, la parte anterior tendría unos 30 m², con un mostrador de madera al frente, vitrinas rectangulares a ambos lados y al fondo a la derecha había un pasillo y seis boxes. En la parte principal de la tienda habían fotos de tatuajes colgadas: de letras chinas, arboles, serpientes, dragones, mariposas, duendes... Encima del mostrador un par de álbumes con más fotos, sobre todo de tatuajes. En la parte principal de la tienda vi tres chicas: la dependienta y dos clientas que estaban buscando un piercing. Aunque se oían voces de chicos al fondo no los vi. Cuando entré la dependienta estaba atendiendo a las dos chicas, me saludaron y yo mientras me entretuve mirando los álbumes. La dependienta era delgada, rubia, tendría unos 25-26 años. Pelo corto, con un piercing en la lengua, uno en la ceja, dos en el labio y uno en la mejilla. Llevaba una extensión en uno de los lóbulos de la oreja y un tatuaje con rallas negras finas en el cuello. Cuando terminó con las chicas me preguntó si podía ayudarme en algo. Le dije que sí, le expliqué que estaba haciendo un trabajo sobre centros de modificación corporal en Tarragona, y me remitió a Dani, su jefe, que estaba en uno de los boxes. Estuve esperando cerca de 10 minutos hasta que salió del box. Mientras, me entretuve mirando más fotos de tatoo en los álbumes que había en el mostrador. Aquellos diez minutos se hicieron eternos.

²¹ En la redacción del texto he tenido problemas para decidirme en el uso de la primera persona del singular o del plural. Finalmente he optado por utilizar ambas. Utilizaré específicamente el singular para las experiencias narrativas que tienen que ver con el campo y la forma “nos” en el resto del texto.

Finamente, cuando salió, me presenté y le expliqué a grandes rasgos la idea. Se mostró muy predispuesto pero como en aquel momento no podía atenderme, acordamos un día de la semana siguiente para la entrevista.

Dani tiene 33 años. Nació en Barcelona pero desde siempre ha vivido en Tarragona. Hace 11 años que tatúa, aunque hace 13 años que empezó a interesarse por el tattoo. Tiene un estudio desde hace 10 años cerca del barrio del Serrallo en Tarragona. Reproduzco algunos de los fragmentos de su entrevista que me sirven para introducir el tema del significado de los tatuajes y de las modificaciones corporales en general, así como también las tendencias de las que habla y los sentimientos que acostumbran a acompañar a cada tatuaje. La entrevista se realiza en el Box 1. Mientras hablamos está dibujando una rosa, dice que es para una clienta. A pesar de ser invierno Dani lleva una camiseta blanca de manga corta. Lleva los brazos tatuados, también el cuello y la nuca. En la primera parte Dani me habla sobre el surgimiento de su interés por el tattoo:

Empecé a interesarme por esto hará... 13 años, aunque no empecé a tatuar hasta, el año que viene hará 11 años. Sí, en abril hará 11 años! porque en un principio estábamos más interesados por el dibujo.

Por la edad que yo tengo en un principio más que por el tattoo estaba interesado por el dibujo porque entonces yo cuando era pequeño el tipo de tatuaje que veías por el barrio no tenía nada que ver con lo de ahora, pues el típico tatuaje que había entonces era el de la calle, de la legión, de la cárcel...y en un principio pues también la principal clientela que teníamos era esa: militares, marines, gente que viajaba mucho, gente muy itinerante y así. Más farándula, que ahora es más general, eh? Y a nosotros ya nos va bien. Entonces nosotros cuando empezamos estábamos más interesados quizá por el dibujo, y luego, al hacerme yo más grande, empecé a interesarme... me hice tatuajes yo también y empecé. Me gustó y bueno, como yo ya había dibujado antes pues entré un poco en el rollo pero más que nada fue por el dibujo, no? Mis inicios fueron así. Hoy día quizá hay mas chavales que se interesan directamente por el tattoo porque ya ven otra historia, creo que ahora es más como artesanía, como artes plásticas...porque nosotros cuando empezamos lo veíamos más a otro nivel (...) cuando empezamos había muy pocos estudios, había en Cádiz, Valencia, Madrid, esto en toda la península, eh? (Dani, 33 años)

Dani se tatúa por primera vez con 18 años y explica que fue a hacérselo con un grupo de amigos. Se hicieron todos el mismo dibujo y en el mismo sitio. Aquel tatuaje tenía un sentido colectivo, de pertenencia a su grupo.

El primer tatuaje que me hice fue uno de estos así mas artesanal, artesanal. Nos hicimos el mismo tatoo cinco amigos, y con la misma aguja, no? Que luego lo piensas, no? Que locura, porque ya sabías algo pero no era como ahora, porque tampoco no hace tanto tiempo, pero no había tanta historia con las enfermedades de sangre. Por suerte no pasó nada y bueno, precisamente por esto peleamos ahora, no? Para buscar una profesionalidad y un rollo sin problemas.

Lo primero fue una tontería, una chorradita. Era algo así como un monigote, casi que no me acuerdo porque bueno, luego me lo tapé con otra historia, con un duende, que luego me lo volví a tapar también (ríe). Sí, porque bueno, uno estaría bien preparadito para casi todo, para tatuarse hacia los 30. A los 18, 20 no sabes. A lo primero la idea era hacernos el mismo tatoo, tenía un sentido colectivo. Luego en realidad es lo que menos supone el tatoo, no? Porque en realidad es una cosa muy individual, muy de cada uno. Cada historia que te hagas tiene que ser importarte a ti, tiene que suponerte algo a ti: tanto sea una cosa banal, una cosa chorra, como sea una cosa importante. Da igual, pero siempre tiene que ser algo que a ti te motive para siempre ¿no? Porque si es algo que a ti te motiva seguro que te va a cambiar como persona, te va hasta a ayudar un poquito ¿no?

En relación al boom del tatuaje de hace unos años a esta parte, Dani comenta que aunque lo que teóricamente se debería pretender con el tatuaje es reivindicar la diferencia, existen también tendencias /modas muy marcadas.

Aquí en Tarragona hará unos siete añitos o así que la cosa ya va para adelante. Antes tenía un estudio chiquito chiquitito, antiguo, en la calle Colón. Antiguo. Y acabamos trabajando allí un montón de gente y nos tuvimos que ir porque no cabíamos. Ahora en invierno somos 3 tatuadores y en veranos somos cuatro o cinco, y Vanesa que está en la tienda. (¿Cuántos tatoos hacéis a la semana, más o menos?) Varía mucho la temporada pero...hay veces que podemos hacer dos al día trabajando cinco. También hacemos trabajos bastante grandes. Y luego hay temporadas que haces uno al día cada uno, o uno si uno no. Depende bastante de la temporada. Jugamos con eso pero solemos tener trabajo. Mínimo uno cada día cada tatuador seguro.

(¿Qué tipo de tatuajes te piden más...? ¿Hay tendencias?) Si, bueno, ahí hay toda una parte que, como todo: la música, la ropa...pues por desgracia, esto también va mucho por tendencias. Cada año, dos años va saliendo una historia. Ahora estamos con el tema de las estrellitas negras, las de línea gruesa, las letras góticas, los nombres, todo esto...pero muchas estrellitas ahora, de línea gruesa negra muchas. Igual de estas hacemos una cada día. Lo que pasa que cada uno de nosotros tratamos de darle un estilo, ¿no? Por ejemplo yo hago oriental y tradicional americano: así de marinero, tipo antiguo...sabes lo que es lo

tradicional, no? Modificado, mejorado y llevado a otra historia. Luego otro chico de aquí trabaja muy bien los grises, todo este palo, otro chico más que hace margarismo, otro que hace los tribales...luego cada uno hacemos un rollo pero luego a las cosas estas chiquititas genéricas nos vamos todos repartiendo un poco.

En cuanto a su formación, explica que todos los que trabajan en estudios de modificación corporal deben realizar un curso de higiene sanitaria. En relación al dibujo son autodidactas.

Los cursos de higiene sanitaria todos los tenemos, porque necesitas saber reacciones básicas de la piel, alergias...todo muy básico porque el siguiente paso es mandarlo al médico evidentemente y luego pues somos muy autodidactas. Porqué hay algunos cursos muy caros que vende la gente pero no, no te enseñan nada. De entrada los tatuadores no pueden enseñar. Puedes enseñar cuando hay alguien que está muy interesado, muy comprometido en una historia, gente que se ha tatuado mucho, porque igual que dices esto también te voy a decir otra cosa: no por ir tatuado quiere decir que tú seas una persona seria, limpia, claro.

En relación a las tendencias, mira, ahora que está muy de moda el tunning y en toda esta historia hay una tendencia medio chicana, sabes? Así mexicana, con la virgen de Guadalupe, cristos, manos de santo...y la mayoría de los que se lo hacen no son muy católicos, ¿eh? Fuera de esto también hemos hecho así como de cosas emblemáticas de Tarragona: Sant Magí, un trozo de las murallas, un trozo del balcón del mediterraneo...Está bien! A mí todo este tipo de historias me gustan más que las que van más por tendencias. Yo lo que pasa es que trabajo un tipo de cosas muy concretas, no? Es esto, no? Y luego la armonía con el cuerpo y todo el rollo. Luego el que hace otra historia lo mismo. Es decir: cada uno estamos en una historia.

(¿Y tú crees que es más por un tema de identidad que la gente se tatúa?) Esto es lo que nos gustaría a nosotros, ¿no? (ríe) Que la gente asumiera esa historia. Nosotros nos tatuamos no por colectivo, porque cada uno lleva sus tatoos de manera individual pero normalmente la mayoría de la gente se mueve por tendencias, por modas. Como te decía. Que lo bueno sería que cada uno llevase un tatuaje que lo diferenciase pero no es así. Porque al final la mayoría de gente que lo hace por moda terminan cansándose de él, o tapándolo o si era muy pequeñito dejándolo. Pero yo estoy hablando de otro tipo de historia más comprometida. Porque el primer tattoo es más por moda, es más por esto. Que muchas veces luego terminan cansándose y quieren borrarlo. Por eso yo creo que más vale pensárselo bien antes de hacerlo.

Normalmente a su estudio van más hombres que mujeres, aunque desde hace unos años la proporción se está nivelando bastante.

Siempre ha habido más tíos. Ahora se está equilibrando. Por suerte. No por nada, pero las mujeres sois menos histéricas. Aunque haya el tópico este. Yo creo que sois menos histéricas, venís más tranquilas, la piel es más fácil de tratar, es más fácil de trabajar. Y ya te digo, ahora se está equilibrando...

En el estudio también realizan tatuajes de retratos, fotografías...

Somos dos. Bueno, tres! Que hagamos retratos somos tres. (He visto en el álbum un retrato de un niño en un hospital...) Si, es un poco jodido y por eso a mí hacer retratos no me gusta porque normalmente vienen con una carga dura y te la comes. Por ejemplo la de este niño que me dices había estado en quimioterapia desde que nació y falleció con dos añitos y pico. Entonces su papá no tenía una foto de él fuera del hospital y claro, mientras preparas el boceto y todo esto estás viendo, sabes? Que el que lo pasa jodido son ellos pero te comes un rollo y el rato que estás con esa persona te cuesta mucho desconectar, también ves como sufre...me gusta más cuando es de alguien que todavía está, o de algún famoso... (¿Por qué hacéis también retratos de gente que todavía está?) Sí, de la mujer, la madre, etc...

Dani comenta que es difícil establecer un perfil de chico/chica que viene a tatuarse porque la clientela es bastante heterogénea.

Tenemos de todo. Pero la media de edad: a partir de los 18, porque si no tienen que venir los padres. Incluso para pendientes en menores, ¿no? Les aconsejamos a sus padres que es mejor que no se lo hagan. La media podría ser de 18 a 40 pero....también tenemos clientas de 50 pero ya te digo: clientela muy muy muy variada, muy heterogénea.

Le pregunté también cual era la cosa que le había parecido más “extraña” de tatuar

Bueno, un montón de cosas y ahora no me acordaré de ninguna. Hay cosas curiosas...bufff...por ejemplo cuando viene la gente a tatuarse a su perro, ¿no? Son cosas que entiendo pero sorprende. También estoy ahora bastante saturado de dragones, y me gusta que haya cosas curiosas. (...)

En los álbumes que había en el mostrador, había bastantes fotos de tatuajes religiosos: el sagrado corazón, vírgenes, cruces. Le pregunté si había mucha gente que se los tatuaba.

Bueno sí. Aquí nosotros el sagrado corazón lo llevamos todos. Y no lo hemos hablado pero aquí somos todos bastante agnósticos como mínimo. (¿Y por qué el sagrado corazón?) Pues por todo lo que supone, ¿no? Amor, pasión,

sacrificio...todo en ese sentido medio positivo. Porque yo a Jesús le tengo un respeto, ¿no?: hablaba buenas cosas, decía buenas cosas, porque la mayoría de veces que te haces el sagrado corazón pocas veces pocas veces lo haces con el sentido tradicional. En la simbología del tatoo tiene más esto, ¿no? El significado de amor, entrega, no sé, tus movidas. Tu compromiso. (¿Y es en el pecho normalmente?) Sí sí, aquí (pecho)

En el estudio de Dani realizan tatuajes y piercings. Sobre escarificaciones e implantes²² subcutáneos explica que de momento no está legislado, y hasta que no esté regulado no lo harán.

Nosotros de momento tatuajes y piercings, nada más. Tocaré, tocaré porque en Barcelona ya están a saco pero nosotros de momento no. Tengo un montón de amigos y amigas que se dedican pero aquí estas cosas llegan un poco más tarde... (Porque el tema de los implantes...) yo los implantes no lo pienso hacer hasta que no esté más legislado. Además esto quien tiene que hacerlo es casi casi un cirujano, tienes que tenerlo todo regulado, no yo. Yo estoy hablando más de escarificaciones, toda esta historia, no? De cutting...pero prefiero esperarme bien bien para ver como está el rollo... (Pero la escarificación es como un tatuaje, ¿no? Pero sin tinta...) sí, exacto, aunque es diferente, sobre todo por el proceso de cicatrización. Yo no soy un fanático, no? Pero entiendo. Son cosas muy personales, no? La persona que quiere hacerse una escarificación lo hace porque tiene una historia. Yo la verdad es que no soy muy fanático pero si la cosa entra, se legisla y se controla lo haremos. Si no, no. Si no se pone a un nivel de como tenemos el piercing y el tatoo que todos tenemos nuestro epígrafes, tenemos los controles, tenemos las historias, si no se pone a ese nivel no lo haremos nunca. Pero se pondrá, porque en otros lugares ya está.

En relación a los implantes, yo conozco en otros sitios en donde van a saco sin estar regulado ni nada y por eso te digo que yo no. (Es complicado y tiene que estar muy regulado, ¿no?) Sí, yo tengo un montón de amigos que llevan. Creo que es porque hacen una entrada muy pequeña, es decir que para el grosor de pelota que tengas es menos la cicatriz que te hacen pero no lo sé.

En la entrevista le pregunté también sobre los freak show, puesto que me interesaba que me explicase cosas sobre suspensiones y otros procesos de modificación corporal. Le pregunté específicamente si conocía algo sobre inyecciones de suero salino

²² La escarificación corporal consiste en hacerse cortes en la piel para que queden marcas que simulen heridas. El branding son quemaduras (similar a lo que se realiza al ganado) con hierros calientes, los implantes subcutáneos son piezas de titanio o acero (estrellas, bolas) que se colocan a nivel subdérmico.

¿Te refieres a algún freak show o algo así? Igual es más de espectáculos, que hacen también cosas muy interesantes, eh? Pero yo creo que va más en esa línea, y creo que es más otra historia, ya va más por otro rollo, no va tanto por el tatoo, pasa que en las convenciones y así sí que estamos todos pero es diferente. Son gente que solo pueden hacer un par de espectáculos cada tres, porque necesitan un proceso de meditación y todo el rollo. Es complejo pero esto es más otra historia. No va tanto con el tatoo. Pasa que en las convenciones sí que estamos todos juntos. Incluso el piercing también es otro rollo pero siempre han estado juntos con el tatoo en los estudios. Luego están toda esta gente que es otra movida, otro tipo de público y no es lo mismo aunque hagan igual body modification es otra historia. Pero bueno...

En relación a las suspensiones, Dani dice que normalmente no hay un trasfondo masoquista, que es más un trasfondo de control mental: “te transmiten una sensación de calma envidiable aunque también, por supuesto, puede haber gente que lo haga por el gusto del dolor”:

La mayoría, al menos por los amigos nuestros que yo conozco que de masocas no son nada, son una gente super seria y lo hacen por el control, por el control mental. Buscan el conseguir llegar a un estado en donde ya no les duele. Aunque también hay peña que lo hace porque les gusta el dolor. En el caso de estos no es un placer por el placer del dolor, es que cuando llegan a ese estado, ya no sienten dolor (es un estado como de semi...) bueno, ellos parece que estén medio chutaos, no? Con los ojos en blanco, es como un éxtasis (¿como un éxtasis?) claro pero no sé...están en una tranquilidad total. Yo tengo mogollón de amigos que se dedican y en las convenciones normalmente los espectáculos siempre son freak show. Algunos son desagradables de ver y otros que están bien pero ya te digo, lo que transmiten mis colegas es una sensación de calma envidiable, aunque a mí no me atrae mucho el colgarme. Pero parece que esto es bastante antiguo, que algunos lo han tomado como un freak show salvaje para dar espectáculo y ganar pasta y otros son serios...que yo me he quedao flipando la verdad: cómo llegan a estar, cómo bajan de ahí, cómo puedes estar luego tomándote una cerveza tan normal... porque son gente normal, ¿no? (más hombres) no, hombre y mujeres. También más chicos pero hay muchas chicas también.

Una cuestión muy interesante que apunta Dani tiene que ver el significado (a priori) del tatuaje como expresión individual, como un lugar de expresión de la identidad individual, como una especie de acto de auto-creación, una marca de individualismo que responde a un deseo de marcar la diferencia frente a otras prácticas corporales que encontraríamos formando parte de la reproducción de modelos corporales uniformes,

modelos corporales que parecen ser reproducidos en serie. Y decimos que por lo menos a priori porque según Paul Sweetman (1999) y también para nuestro informante Dani, estos modelos también se mueven por tendencias y difícilmente escapan del “supermarket of style” en términos de Craik (1994).

Para Featherstone (1991: 170) lo que promueve que la realización de este tipo de prácticas este tan difundida es que a día de hoy la gente es más consciente con su cuerpo, *“In particular the presentation of the body, emphasizing style, “looks” and appearance, has been charged with the new identity functions. This strong concern with the body is linked to the consumption of commodities or services. Furthermore, in consumer culture the “display” and the “performance” of bodily properties and styles has not only become an option, it is increasingly expected. Consumer culture reinforces the notion that the body is a vehicle of pleasure and self-expression”*.

Dejando a un lado las diferentes prácticas de modificación corporal y la idea de cuerpo como instrumento de expresión de la identidad, vamos a adentrarnos en la consideración del sacrificio, del castigo del cuerpo para la purificación del alma dentro del marco del cristiano-catolicismo. Esto nos lleva a abordar en el siguiente punto los fenómenos de sacrificio y penitencia en el contexto ritual-religioso.

2.1.4 Autolesión, sacrificio y expiación de los pecados

Hay numerosas referencias bibliográficas relativas a la autolesión corporal, tanto pública como privada en contextos de ritual religioso (Bautista, 2010; López Barja, 2004; Bonesi, 2011; entre otros). Aquí nos referiremos básicamente a las prácticas de mortificación del cuerpo católicas que se realizan durante las procesiones penitenciales de la Semana Santa, sobre todo las que tienen que ver con las procesiones de jueves y viernes Santo. En este punto voy a articular algunas de mis observaciones realizadas durante la procesión de les creus (calvario) y la procesión del entierro de viernes Santo en Flix, provincia de Tarragona en los años 2008 y 2009, con la entrevista realizada a Rosa, una mujer de esta misma localidad que en 2008 hizo de nazareno en la procesión del entierro y la entrevista a Magda, una señora de 82 años del mismo pueblo y muy devota, así como también algunos datos e información relativa a los disciplinantes (flagelación pública) de la Cofradía de la Santa Vera Cruz de la localidad riojana de San Vicente de la Sonsierra y que fueron trabajados por Labarca (1992: 539-549).

Rosa tiene 68 años, está casada y es madre de 3 hijos. Nacida en Badajoz vive en Flix desde los 19 años. De los 45 años a los 65 ha trabajado de carnicera en el pueblo. Ahora está jubilada y su marido también. Rosa es creyente y dice (en el momento de la entrevista) no muy practicante (no va a misa desde hace dos meses) por una discusión que tuvo con el párroco. Rosa vive las actividades de la Semana Santa con bastante intensidad. Procura no comer carne el miércoles de ceniza y el Viernes Santo, va a les creus –viacrucis, calvario-, canta en misa y los últimos años ha salido en las procesiones de Dolorosa/Esclava.

Las Dolorosas representan en Flix a las mujeres que van en procesión al lado o detrás de la virgen el viernes santo (en las dos procesiones: viacrucis y entierro) y el domingo de resurrección. Físicamente se las reconoce porque además de ir detrás de la virgen llevan mantellina, escapulario y cirio en la procesión del entierro, en la del viacrucis van también igualmente detrás de la virgen pero solo con el escapulario. Fuera de las actividades más públicas de las dolorosas en semana santa, también se reúnen cada viernes para ir a arreglar el altar de la virgen: cambian las flores, sacan el polvo, le lavan la ropa, etc. Siempre son mujeres.



Fotografías tomadas durante la observación de la procesión de les Creus/Calvari en Flix, 10 de abril de 2009. En la primera y detrás de la virgen están las dolorosas/esclavas. La segunda de las imágenes está tomada justo al empezar la procesión en la iglesia.

En la procesión del entierro de 2008 Rosa salió de Nazareno. Explica que fue por una promesa. Le diagnosticaron un cáncer de pecho a su hermana Carmen y quiso pedir a *Nostre Senyor* y a través de la penitencia, una promesa para su sanación.

Vaig sortir per una promesa. Vaig fer una promesa per la meva germana. I vaig sortir amb la creu al coll, descalça i amb lo vestit aquell de nazareno i la cara

tapada per a que no em coneixessin. Me'n recordo que quan vaig arribar a la porta de misa que ya no podia mes, me'n recordo que vaig veure a ma germana a la porta de misa i me va aguantar ella la creu per a que pugues baixar les escales. Ella no sabia que era jo, pero penso que se lo va intuir. No m'ho va arribar a preguntar mai després pero penso que ho sabia (Rosa, 68 años)

A través de esta penitencia, Rosa quería pedir por su hermana, para que se curase, aunque murió un año después. En el momento en el que le realizo la entrevista a Rosa está presente María, una amiga íntima de Rosa que va haciendo intervenciones durante la entrevista. *“pues también podies haver fet al revés, si me la cures surto, si no, no”* (Maria, 63 años) a lo que Rosa dice: *“No home no. Això aixís no se fa. Tu demanes, fas la penitencia y después si Nostre Senyor vol, doncs t'ho compleix, pero mira, A mi no em va servir.”* (Rosa, 68 años).

Le pregunté como fue la experiencia. Me dijo que sobre todo “muy pesada”

La profesó de l'enterro és molt pesada, molt. Igual quan vas de nazareno que quan vas d'esclava (Dolorosa) molt pesada. Los que van així per la cera (vorera) no, perquè mira, soportable, pero los que tens que formar al mig, es molt pesada. Que una cosa es anar d'esclava, i un altra cosa es anar de nazareno, eh? D'esclava pots surtir tu mateixa si vols, no cal que siguis de la cofradía ni cal que hakis fet cap promesa. (Rosa, 68 años)

Como promesa por su hermana, Rosa fue también a Lourdes, a acompañar a los enfermos y a pedir por su hermana.

Yo no he plorat mai como vai plorar aquell any. En la meva vida, que yo me'n recorda, no he plorat mai tant. Saps que hi ha unes piscines allí a Lourdes que se fiquen los malalts? Pues allí a les piscines se fiquen malalts i el que pot entrar, que no pot entrar tothom, eh? I naltros com que yo anava d'enfermera vaig tenir oportunitat d'anar a la piscina aquella. I en aquella piscina hi ha la mare de Déu, no? i quan entres hi ha una monja que et pregunte abans d'entrar a la piscina perquè hi has anat allà, i pues yo vaig dir que hi havia anat per la meva germana, i...allò, allò, allò, me va fer una impressió enorme, enorme! Tu te banyes, i surts seca. Si si, te banyes a la piscina aquella i surts seca, ja te pots ficar la roba perfectament. Ara, la impressió que me va fer allò yo no se si mai la tindré. Quan la monja me va preguntar perquè estava allà y yo li vaig dir que era per ma germana, es que al entrar a la piscina, es que no se. La sensació no te la puc explicar. Perquè yo vaig plorar com no crec que plora mai. Allò va ser una emoció...no se com dir-te. Me vai emocionar molt, molt... (Rosa, 68 años)

Sobre la procesión le pregunté si normalmente el hecho de salir de nazareno en las procesiones es por una promesa o si puede ser también interpretado como un acto de fe y devoción. A lo que me respondió que normalmente es más por promesas. Sobre las esclavas (Dolorosas), me dijo que había algunas que salían más para aparentar que por devoción: *“Has d’anar mudada, has d’anar en tacó, aguantar tota la profesó no es fácil, no no. Tot i que n’hi ha moltes que surten que sembla que vagin a una boda (rie): que si peluquería, modelets, talons, en lloc de a un enterro”* (Rosa, 68 años)

Le pregunté también que relación podía haber entre el castigo del cuerpo, en su caso como nazareno: llevando la cruz, descalza, con la cara tapada toda la procesión, y la promesa de la curación de su hermana:

Pues mira, es un sacrifici que tota la vida s’ha fet, què t’he de dir! Perquè abans la gent gran quan feien una promesa se posaven unos hàbits, saps?...i a vegades anys que anaven així, i amb unes medalles, uns escapularis aquí penjant a la cintura i anaven dia rere dia vestits de la mateixa manera. I això era per una promesa que feien. Si si, abans...jo me’n recordo que la gent gran portaven unos vestits o morats o marrons i se lligaven un cordons aquí i portaven un escapulari” (Rosa, 68 años) “Si si, era un vestit com de camisé, i l’escapulari. Hivern i estiu portaven lo mateix. Tot l’any” (Maria, 63 años) “Si elles feien la promesa de dos anys, dos anys que tots els dies dissabtes i diumenges hivern i estiu, los dos anys que anaven així, ja podien ser festes, semana santa, nadal, a tot arreu, Jo me’n recordo molt d’això, molt! L’hàbit era només per promeses... (Rosa, 68 años)

Rosa y María me explicaron que en la residencia de ancianos del pueblo había una tal señora Magda, que había llevado durante unos años el hábito de la Mare de Déu del Carme y que quizá podía ir a hablar con ella para que me explicase la relación del hábito con las promesas y con la penitencia. Como yo no la conocía, decidimos llamar a una conocida del pueblo (Mari, de 70 años y que conocía a la señora Magda) para ver si me podía acompañar a la residencia. La conversación mantenida con la señora Magda tuvo lugar en la residencia de ancianos, en su habitación. Nos sentamos alrededor de una mesa, enfrente de su cama. La entrevista fue muy fluida, aunque finalmente resultó que ella nunca los había llevado. Parece que se confundieron Rosa y María. En la cabecera de la cama de la Sra. Magda hay dos estampas, de la Mare de Déu del Remei y de la Mare de Déu del Carme.

La señora Magda tiene 82 años, nació en Burgos en 1928 y vino con sus padres y sus hermanas a vivir a Catalunya con 7 años. Se fueron a vivir primero a un pueblecito de la provincia de Lleida y después ya se instalaron en Flix. De sus seis hermanas a día de hoy solamente 3 siguen vivas: la mayor (94 años), la pequeña (79 años) y ella (la quinta, 82). Ha estado casada 52 años, hasta que hace 4 años falleció su marido. Ha tenido dos hijos: uno que ahora tiene 62 y otro que se murió a los dos años, que ahora tendría 48.

La señora Magda es creyente y practicante, pero dice que ahora hace días que no va a la iglesia porque no puede.

Yo sóc creient, sóc practicant, lo que ara no vai a la iglesia, claro. Perque yo al poble encara no hi he anat desde que sóc aquí—La residencia de ancianos queda a las afueras-. Em fa por, perquè quan fai algún exercici noto que em fatigo, em tapo. I desde que estic aquí, doncs no hi he anat... (Magda, 82 años)

Le pregunté también sobre la relación que mantenía con el párroco actual:

Yo he fet catecisme trenta i pico d'anys, que es diu molt pronte. I mira, ya fa dos anys que no en faig. En lo capella que hi ha ara si em preguntes si hi tinc relació o no et diré que no ho se. Perque estic molt decepcionada. Perquè en pic fa que vai deixar el catecisme, abans d'operarme del genoll, que hi vai estar trenta y pico d'anys y que només vaig fallar un dia per un enterro, vull dir. Llavors jo me vaig donar conte que en pic vaig deixar el catecisme ja no va ser lo mateix. Així com els altres mossens jo hi tenia molta relació amb aquest, doncs mira, no se. I mira que amb aquest mossen X hem parlat de molts temes, hem estat amb el bisbe, hem estat a Tortosa, hem fet moltes taules rodones...hi ha hagut, relació! Parlant dels nanos, de que si un es rebelde, que nosequé. Pues tot això. Trenta i pico d'anys son trenta i pico d'anys treballant per la parroquia, eh? I l'any passat vaig estar malalta i vaig estar tres mesos a Barcelona. No va tindre la ocurrència de vindre'm a veure. Ni truca'm! Ara, a l'hospital, hi he estat tres mesos clavats, no em va venir a veure. Vaig ingresar aquí (residència) per necessitat ara farà quatre mesos, no l'hem vist per cap cantó a mossén X. Per tant, ara mateix, ja no se si sóc practicant o no. Mossen X a mi, m'ha tallat una mica, perquè a més a més jo se que va estar a Móra (hospital). Per l'amor de Déu. Si sabia que jo m'estava morint. Que fa set anys que está este mossen al poble, que hem tingut moltes moltes converses...i ara no pots ni preguntar per mi? Estic decepcionada. Ara estic decepcionada. Reaccionaré, no reaccionaré no ho se. No se el que faré. De momento sóc catòlica practicant, però no ho se... (Magda, 82 años)

En la entrevista, habla también de la muerte de su hijo pequeño. Reproducimos este fragmento porque nos permite ver el marco de asistencia sanitaria médica de la época:

Estava el Senyor Robles (médico del pueblo por aquel entonces), i el vam anar a buscar que el nen no es trobava bé, que no el veiem bé. I ell ens va dir, - au, que sou uns exagerats!- que ell també anava a la fàbrica també, era metge de la fàbrica. I devien ser les vuit de la nit que feia consulta a casa seva al poble i a les deu lo xiquet ja era mort. Dos anys. I després se pegave cops contra la paret, cops de cap contra la paret però lo nen ere mort. No se de que va morir. Segurament que ara ho haguessim sapigut perquè ara se saben totes les coses. Allavons no. Lo nen tot lo dia es va trobar malament, després a la nit va anar mun cunyat a busca'l metge i encara li va contestar malament –Que pesada ta cunyada!- encara li va dir. Pero no va vindre, eh? A les 10 lo vam anar a buscar que el xiquet ja s'havia mort, i sun pare se n'havia anat a treballar a la fàbrica, que anava de nit. Ufff. Això es lo pitjor que li pot pasar a una mare. Jo tinc dos nets. Jo tinc coses a casa que són d'ell i sóc incapaç de deixar que les toquin els meus nets. Que quan jo faltaré ho llançaran tot, ja ho se, pero...no es pot explicar. Es una cosa...que no es pot explicar... (Magda, 82 años)

La Señora Magda fue catequista desde los 48 hasta los 79 años. Sobre su experiencia como catequista explicaba que ella prefería los niños mayores, que los pequeños son muy traviesos, y que los que más le gustaban eran los de postcomunión. Con los de confirmación, dice, nunca se atrevió. Sobre la vivencia de las festividades religiosas, para ella es muy importante la Navidad, la “missa del gall” y también: “la nit de quan beneixen l'oli per als malalts, quan s'ha acabat la semana santa”

Le pregunté específicamente sobre promesas, pecados y rituales de expiación relacionados con la Semana Santa, y se centró sobre temas más relacionados con el declive de la fe que hay actualmente:

Ui ui, en això hi ha hagut una gran devallada. Tan la gent que van a missa, com els nens de la primera comunió, perquè els nens ara sels hi pregunta: Vols fer la comunió? Si la vols fer la fas, si no no, y clar. Abans això no era així. Primerament perquè s'ha perdut lo baptisme, ara hi ha una gran quantitat de gent que no bateja. Després que pasa, que si després volen fer la comunió sense estar batejats han de fer la co-, la co- no em surt ara. I com que el joven d'ara no van a missa, doncs clar. Com que els pares no van a missa, els fills diueu: I ara, jo, perquè he d'anar a missa si mun pare està al bar, o està dormint o ha anat a caçar...ja comencem aquí. La religió ha baixat molt, en general, eh?... (Magda, 82 años)

Dijous Sant, Dijous Sant, eh? Que és un a festa important, la gent ha deixat bastant d'anar a missa. El Divendres que ja és, ja és quan l'enterren, allavons ja hi va més gent, com que al matí ja hi ha hagut lo calvari, pero en general. Ha

baixat molt. I això ja ho veu mossen X i diu –Bueno, mes val pocs i bons que molts i dolents- (Magda, 82 años)

Le pregunté también sobre actos de penitencia:

Ara de penitència...es que no hi ha la fe que hi havia abans. Perquè si es feia una penitència igual era posarte un hàbit i deixar-te aquell hàbit les setmanes que toqués, no? Segons de qui te'l posaves: de la mare de Déu del Carme, de Sant Josep o de qui fos, no? I això era els hàbits. Ara vas pel carrer i veuràs un munt de gent que no se'n posa d'hàbits y yo penitencia...mmm...les coses com siguin, jo no n'he fet mai. Potser no he segut prou valenta per de dir: prova-ho a veure si es veritat o no es veritat. Bueno, per dir-te veritat. Quan vaig sortir d'una petita operació que em van fer vaig prometre que aniria cada diumenge a missa. Hi anava a primera hora del dematí que fotia un fred que pelava pero jo hi anava, jo hi anava. Ara...normalment les penitències és perquè te n'has sortit d'una cosa que pensaves que aniria molt malament, com per exemple...bueno, l'operació última que vaig tenir encara no he fet cap acció de gràcies perquè quan vaig sortir, quan vaig sortir...no me'n recordava ni del pare nostre. Alabat sigui Déu, ja me vaig gelar. Vaig anar recordant, i recordant. I pues, sagrat cor de Jesús, que no em se ni el Pare Nostre. Jo llavons trobava a faltar a mossén X perquè jo pensaba. Ara mossen X em donaria un cop de mà... (Magda, 82 años)

Sobre las promesas, hábitos y novenas nos explicaba:

Normalment era per una promesa que tu podies fer a Sant Josep o a la Mare de Déu del Carme...I llavons cada hàbit portava el seu color i els cordons amb la consigna. Tot això t'ho feia una modista. I l'havies de portar el temps que quedava estipulat. Però això dels hàbits...mare de Déu...igual t'estic parlant de fa 50 anys. Això es igual que la Mare Déu dels Dolors, que es fa la festa al Setembre, i jo fins ara he sigut Esclava i estic pagant cada any. La Mare de Déu dels Dolors no te hàbit, es escapulari. Es l'escapulari que es porta durant la semana santa...Ara tot això s'ha perdut. Pero tot, eh? Perquè ara quan a un crio li dius que Jesús va néixer per obra de l'esperit sant et diu que tararí. Les coses clares, ja no es puja amb aquella inocència que es tenia abans. Jo ho veig així, eh? Ojo. (Magda, 82 años)

Les novenas a la Mare de Déu son també una prometença, has de fer un sacrifici, es una fe que tu tens per la mare de Déu del Remei i per això vas caminant a l'ermita. Te una cosa que cride la Mare de Déu del Remei. Jo la tinc al capçal del llit. Dius “Mare de Déu del Remei, pues ajuda'm que no me'n surto, no? Jo la mare de Déu del Remei i la Mare de Déu del Carme. La mare de Déu del Remei és més perquè es te una devoció. Sempre està en boca de tots la mare de Déu del Remei. Que a mi no em fa gaire cas, no em dec portar gaire bé perquè Deu n'hi do els ensurts. Me n'he sortit, és veritat, tens raó però tan debó m'hi hagués quedat! per quedam los residus que m'han quedat. Això és com una

nuclear, que no et mata pero et fot. I ara tinc que estar aquí. No van les coses com han d'anar, perquè es nova –la Residencia-, pero no em puc queixar... ara jo allí a la tele (salita donde están todos los ancianos) no hi puc estar, perquè veus un tort cap aquí, l'altre tort cap allà, a un que li cau la baba, sense poder tenir conversa... pfff (Magda, 82 años)

Por otro lado, me interesaba averiguar la diferencia que podía haber entre el hecho de expiar una culpa a través de un acto público como podían ser Nazarenos o personas que llevasen hábitos, y el acto de la confesión. Para Magda tanto el Nazareno como los hábitos tienen que ver con una promesa, mientras que cuando te confiesas buscas redimirte a través de la penitencia que te impone el párroco:

Jo en això sempre he sigut molt seria, a veure, puc tenir les meves rebeldies com cualquiera, pero sempre he sigut molt seria, no sóc una persona perfecta, ara hi ha una costum desorganitzada i dolenta que diu: perquè s'han d'anar a confesar a un home? Pensen que el capella és un home, i se'n van a prendre la Comunió. Pues esta comunió no val per a res, doncs el primer que han de fer és anar-se a confesar els pecats. Jo si fa molt temps que no m'he confesat, no vaig a prendre la comunió, és un sacrilegi. Pero ara es així. La confesió és quan tu vas a dir una cosa que saps que has fet i que no hauries d'haver fet i, ui, jo això perquè ho he fet... de vegades soltem coses que no les hauriem de soltar. O fem coses a un veí i diem: perquè ho havia de fer jo això, no? I et queda aquell mal regust de dir: he fet una mala acció. La confesió es això, pero no està respectada. La confesió es per expiar els pecats. Tu vas al confesor i ell et posa una penitència i resant aquella penitència quedes expiada. "O cinc salves, o cin parenostres, o vine tants dies a missa, o fes un propòsit d'esmena... es a dir: ell et perdona pero tu tens d'admendar-te, d'absoldre't. (Magda, 82 años)

En el marco en el que hemos trabajado la mortificación del cuerpo aparece siempre como un acto ritualizado que se realiza en público. Así, los sentidos de la autolesión en este ámbito tienen que ver con su consideración como un acto que permite enmendar pecados, como un acto que, a partir de las mortificaciones del cuerpo, permite sublevar el alma ó como un acto de penitencia²³ (novenas, peregrinaciones, votos a santuarios, etc.)

²³ Medio a través del cual todos los pecados después del bautismo son enmendados. La persona ofrece un ayuno o una mortificación a Dios en señal de arrepentimiento, enmienda o reconciliación. También se utiliza el término para las personas que entregan su confesión a un sacerdote y para las personas que usan una vestimenta especial en una procesión o rogativa.

En el cristianismo encontramos en el Nuevo Testamento referencias 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). También en el siglo IV, eremitas y anacoretas se retiraban durante meses al desierto para mortificar sus carnes y probar su resistencia a las tentaciones terrenales. Para ellos la vida en el eremo, es decir, en el desierto, se caracterizaba por las continuas vigiliass en oración y ayuno que los fortalecían y defendían de la legión de demonios que les asediaban (López Barja, 2004: 616). Los escenarios en los que los monjes practicaban la ascesis eran considerados la “antesala del paraíso” y el desierto era la anticiudad, donde tenía su asiento la justicia y la piedad, era un mundo radicalmente distinto al de la ciudad en donde el individuo podría forjar una nueva existencia, pues tras la muerte social que suponía la *anachoresis* su preocupación era la de crearse una nueva identidad a través de la práctica de la ascesis (López Barja: 617).

En el siglo XIV, Santa Catalina de Siena (Toro, 1999: 16) se flagelaba tres veces al día con una cadena de hierro, una por sus pecados, otra por la vida y una tercera por la muerte. Llegó a subsistir a base de agua, pan y vegetales crudos y durante tres años se impuso un silencio total, solo interrumpido por sus confesiones y dormía treinta minutos cada dos días.

En el contexto actual, la penitencia mediante autolesión la encontramos restringida a la autolesión pública ritualizada que se realiza sobre todo durante la Semana Santa. Sobre esto, la cofradía de la Santa Vera de la Cruz de los disciplinantes de San Vicente de la Sonsierra en la Rioja, sigue conservando la práctica de la disciplina pública (Labarca, 1996:546). Detrás del ejercicio de la disciplina, señala Labarca, casi siempre hay una promesa. En la actualidad, en San Vicente de la Sonsierra los disciplinantes participan en las procesiones de Jueves Santo y en la Hora Santa, el Viernes Santo por la mañana en el Viacrucis al Calvario y al anochecer en la procesión del Santo Entierro. También puede suceder, señala Labarca, que personas que no sean de la cofradía salgan de disciplinantes. Sin embargo, para solicitarlo se tiene que demostrar que la motivación de la penitencia es un acto de signo espiritual y deben traer un certificado de aprobación de su párroco.

“En San Vicente la disciplina sigue realizándose con las mismas características de hace 4 siglos. Sólo pueden picarse los varones; quien pretenda hacerlo debe

antes solicitar el permiso correspondiente de la cofradía y la autorización del párroco al que debe constarle que los motivos que impulsan dicha penitencia son verdaderamente espirituales. El hábito que utilizan los “picaos” es muy tradicional –sustancialmente el mismo que describen las reglas del año 1551-; se compone de una túnica blanca larga hasta las rodillas con una abertura en la zona lumbar que posibilite el ejercicio de la autoflagelación, además incluye un capuz blanco romo, para salvaguardar el anonimato, y una capa parda que lleva cosida una cruz blanca. Los penitentes van descalzos.

Cuando llega el momento convenido, y si es durante las procesiones ante la imagen de su devoción, el penitente comienza a propinarse una suerte de golpes fuertes y secos en la espalda, aproximadamente a la altura de los riñones, con una madeja cuyos hilos de algodón están rematados en pequeños huesillos. Cuando la zona afectada comienza a anegarse de sangre, y para que esta pueda manar fácilmente, el hermano enfermero de la cofradía –estando el penitente convenientemente colocado- pincha o pica con una bola de cera rematada en puntas de vidrio hasta que la sangre mana abundantemente. Luego el picao se retira a la casa de la cofradía donde le será aplicado un cicatrizante hecho con agua de romero...” (Labarca, 1996: 547).



Fotografía 1 extraída del periódico digital: www.larioja.com (noticia publicada el 02/04/2010). Fotografía 2 extraída del blog de Josep Estruell. <http://vivenciesjosep.blogspot.com> (fecha consulta: 21/01/2011)

La mortificación del cuerpo en relación con la expiación de los pecados, cumplimiento de promesas o votos, tiene que ver con que en la base del catolicismo el cuerpo era la parte de la naturaleza humana que limitaba la perfección del alma, además del instrumento a través del cual se materializaba el pecado. Por esto se consideraba que las disciplinas, las normas y las reglas que mortificaban el cuerpo son las que conseguían controlar la naturaleza pecadora de la mujer y el hombre y nos recordaban constantemente nuestra esencia pecadora. Por tanto –como se señala en el evangelio de San Mateo- : “ si tu ojo derecho te es ocasión de caer, sácalo, y échalo de ti; pues mejor

te es que se pierda uno de tus miembros, y no que todo tu cuerpo sea echado al infierno” (San Mateo, 5:29) “Y si tu mano derecha te es ocasión de caer, córtala, y échala de ti; pues mejor te es que se pierda uno de tus miembros, y no que todo tu cuerpo sea echado al infierno” (San Mateo, 5:30).

2.2 La construcción de la acción autolesiva corporal como enfermedad mental

“Self-harm is all about emotions and dealing with them. It is not about being mentally ill, but the professionals just label us as mental. It is wrong. I am totally in control of my life and my self-harm. I’m not a danger to either myself or anyone else. To me self-harm is the total opposite of suicide...” Harris (2000: 170)

2.2.1 Precedentes: Eugene Emerson (1913) y Karl Menninger (1935)

El primer caso de automutilación sin intencionalidad suicida aparece descrito por un psicólogo de orientación psicoanalista, L. Eugene Emerson, en el primer volumen de *Psychoanalytic Review* publicado en el año 1913. En el artículo, Emerson describe el caso de la Joven “Miss A’s” durante su estancia en el hospital psicopático de Boston. Dado que no hemos podido localizar el original del artículo, trabajaremos con las referencias que aparecen en Cardyn (2001).

En el trabajo de Emmerson, señala Cardyn (2001:189) *“Where more traditional mental scientists had been quick to dismiss as deranged women who exhibited mutilative tendencies, Emmerson vehemently insists on “Miss A’s” essential rationality: “This patient was not insane”*. Para Emerson suponía un reto entender por qué una persona como Miss A’s podía llegar a autolesionarse, pues aparentemente, parecía “normal”.

El primer encuentro de Emerson con Miss A’s se produce cuando ella, con 23 años, acude al Hospital de Boston por una autolesión en el brazo. En este primer encuentro, el examen del cuerpo de Miss A’s por parte de Emerson reveló que determinadas zonas de su cuerpo estaban también lesionadas, a lo que Miss A’s no tuvo inconveniente en reconocer como “autolesiones”. Lo que más le llamó la atención a Emmerson fue una lesión con la letra W en su pantorrilla derecha²⁴.

²⁴ Miss A’s explica a Emmerson que estuvo enamorada de un hombre con el que había mantenido un idilio y que cuando ella le propuso matrimonio el hombre la llamó “puta” y le dijo que no quería saber nada más de ella. Sintiendo humillada, Miss A’s fue a la habitación de su hermano, empezó a beber whisky, cogió una maquinilla de afeitar y se hirió en la pantorrilla marcandose la letra “W” de whore

El caso de Miss A's le planteó a Emerson un reto por partida doble. En primer lugar porque quería entender los motivos que llevaban a Miss A's, una muchacha aparentemente "normal" a autolesionarse y en segundo lugar porque quería ayudarla (2001: 190). Emerson decidió aceptar el caso de la chica, que a medida que fue avanzando en la terapia, le explicó que había sido víctima de abusos sexuales de forma reiterada durante la infancia, empezando por los abusos de su tío cuando tenía 8 años y más tarde por parte de su padre.

La particularidad de Emmerson en la forma de abordar el caso de Miss A—señala Cardyn (2001)- estuvo en que mientras la mayoría de sus colegas de Boston ofrecían una evaluación superficial (*cursory synopsis*) del estado mental de las pacientes que habían sufrido abusos, Emerson insistió en investigar acerca de la vivencia de los síntomas. Para Emmerson la *clasificación* era menos importante que la *causación* y su *manifestación* a través del cuerpo.

Tomando este como punto de partida, Emerson se dedicó a tratar de hacer explícitas las relaciones entre la historia personal de Miss A's y los síntomas. Para Emerson existía una relación entre los abusos y las autolesiones, poniéndose de manifiesto —Según Emerson- la naturaleza sexual del acto. Para Miss A's: "*I was feeling things, but could not tell what I was feeling...I would not stand it. I took the razor, I tought a moment, then I opened my wrist and cut over the left breast as deeply as the razor go in, and then I laughed...*" (citado por Cardyn, 2001:191)

La particularid de Emerson fue que sus interpretaciones poco tuvieron que ver con el trabajo de muchos de sus colegas. Fue inusual también el curso de tratamiento que siguió, ya que recurrió a una variación del "talking cure" —curación por la palabra- de Freud y a la escucha comprensiva (Cardyn, 2001: 195)

El siguiente trabajo del que tenemos referencias y que aborda la cuestión de la autolesión corporal es del psiquiatra de orientación psicoanalista Karl Menninger (1935, 1938).

(puta). Para Emmerson, Miss A's era incapaz de soportar la idea de que su pasado no la hacía apta para el matrimonio y lesionó la parte de sí misma que representaba una encarnación simbólica de su tormento.

Menninger utiliza el término *self-mutilation* (automutilación) para hacer referencia tanto a aquellos comportamientos o actitudes que pueden ser interpretados como *patológicas*, como las acciones que también incluyen automutilación pero que son vistas como conductas *normales* en un contexto determinado. Conductas como comerse las uñas, lesionar partes del cuerpo con una finalidad decorativa o estética, rituales que incluyen la mortificación del cuerpo en un contexto religioso, etc.

En su trabajo Menninger establece la distinción entre suicidio (suicidal behaviour o ideación suicida) y automutilación (self-mutilation, a pesar de que también introduce el término *partial suicide* para referirse a la automutilación). Para Menninger (1935:410) la automutilación responde a “*non-fatal expression of an attenuated death*” y establece seis tipos distintos de automutilaciones (self-mutilation): la automutilación neurótica (arañarse, escarbarse, cortarse y quemarse la piel), automutilación psicótica (edipismo, castraciones), automutilación orgánica (autismo, síndrome de Down, síndrome de Tourette, etc.) y automutilación religiosa (autoflagelaciones, cilicio, ashura, etc.), autolesión ritual (extirpación del himen, ablación del clítoris, circuncisión, autolesiones aceptadas socialmente: comerse las uñas o lesionar partes del cuerpo con una finalidad estético-decorativa.

El trabajo de Menninger fue criticado por varios autores de la época. Tom Main (1946), por ejemplo, señala que el hecho de considerar en un mismo nivel prácticas con distintos significados puede llegar a crear una confusión real en los pacientes, además de que terapéuticamente no es viable.

Sin embargo, es preciso reconocer a Menninger su capacidad para, partiendo de un mismo acto, dar cuenta de las interpretaciones y contextos diversos sobre el que se contruye el síntoma.

2.2.2 Del signo, al síntoma y al síndrome

Desde Emerson (1913) hasta día de hoy la autolesión corporal ha sido abordada sobre todo por psiquiatras y psicólogos de orientación transcultural (Favazza, 1986; Favazza y Rosenthal, 1993; Levenkron, 1998, Strong, M, 1998 et al.), psicoanalistas (Menninger, 1935; Woods, 1988; Daldin, 1990 et al.), de orientación biologicista (Daphne Simen, 1992; Isacson y Rich, 2001) y cognitivo conductuales (Conterio y

Lader, 1998; Doctors, 1981, Haines y Williams, 2003; Hawton, 2003; Kiselica, 2001; Parfitt, 2005, et al.).

A partir del trabajo de Menninger y hasta la actualidad, muchos trabajos se han orientado a buscar el concepto que más se adaptaba al tipo de acciones que los terapeutas observaban cada vez con más frecuencia en consulta (Favazza, 1996; Levenkron, 1998; Adrian, Zeman et al, 2010; entre otros). A pesar de que muchos de los trabajos estaban de acuerdo en que no existía una intencionalidad suicida manifiesta detrás de la acción, otros consideraban (también todavía hoy) que sí que existía relación entre autolesión y suicidio (Ross, Heaath, 2002; Barnes, Eisenberg et al., 2010; Hawton, Bergen, Mahadevan et al. 2010 et al.).

Además del incremento del número de casos en las consultas, otro de los puntos de inflexión que propició el boom²⁵ de estudios de corte sobre todo cuantitativo en relación a las acciones autolesivas, sugiere del destape público de personajes famosos que aparecen en los medios de comunicación y que reconocen autolesionarse o haberse autolesionado. El primer caso que se hizo público fue el de Lady Di en 1995, quien en una entrevista concedida a la BBC y posteriormente en su biografía, habla explícitamente de las motivaciones que le llevaban a autolesionarse y los instrumentos que utilizaba. Después saltaron a los medios los casos de Angelina Jolie, Fiona Apple, Drew Barrymore, Colin Farrell, Johnny Deep, Amy Winehouse, Demi Lovato, entre otros. Por otro lado, otra de las razones que propició el incremento en el número de trabajos cuantitativos, estuvo motivada por el interés (entre morboso y preocupante) que suponían las causas que había detrás de las autolesiones sobre todo, entre las chicas jóvenes –suponemos que por la mayor visibilidad de determinados grupos juveniles como los Emo y los Góticos – y también por la aparición de determinados grupos musicales juveniles como My Chemical Romance, Marilyn Manson o The Manic Street Preachers, entre otros, que en sus letras de canciones hablaban de las autolesiones (Phillopov, 2008; Young, Sweeting, 2006; Rutledge, 2008; Gojanovic, Gusic, 2009). Y en último lugar, otro de los momentos clave cuyo inicio situaríamos también a finales de los noventa tiene que ver

²⁵ Sobre todo a partir del año 2000 y hasta la actualidad. En pubmed y utilizando como descriptor el término “self-harm” estuvimos observando el número de entradas por año. Desde el año 1990 hasta la actualidad vemos que el número de artículos sobre esta temática se ha multiplicado por diez (de 113 entre los años 1990 a 1995 a 1012 entre 2005 a 2010).

con la emergencia de relatos testimonio en ediciones de bolsillo –básicamente de editoriales de los Estados Unidos- de hombres y sobre todo mujeres jóvenes que reconocen haberse autolesionado y que explican su historia personal a modo de ejemplo testimonio de su capacidad de superación (Caleca, 2009; Alcorn, 2007; McCornick, 2002; Kettwell, 1999; Leatham, 2006). El primero de los libros, FILOS, son las siglas de Fea, Inútil, Loca, Obesa y Suicida y es el Nick que utiliza Giuliana Caleca, una chica de 18 años que en 2009 publica su autobiografía. Para Giuliana el hecho de cortarse le proporcionaba un gran alivio, se sentía liberada, aunque después, al verse los cortes, entraba en una espiral de sentimiento de culpabilidad que a veces le llevaba a volver a autolesionarse. Los motivos que llevaron a Giuliana a autolesionarse fueron, sobre todo, la baja autoestima motivada, dice, por verse y sentirse gorda. Para Giuliana:

“La comida es mi vida, pero la verdad es que ni tan siquiera sé por qué como, si en realidad no quiero vivir. A veces pienso que si muchos pueden morir de hambre, yo podría morirme de gorda. Reventarme. Meterme comida hasta explotar. Suicidarme de gorda. “S” de suicida. De sangre, de sentir. De sentir sangrando. Cortándome y disfrutando que vivo mientras mis venas se vacían. En ese momento siento que soy alguien y no la nada que los demás ven en mí...” (Caleca, 2009: 8).

A día de hoy, la autolesión corporal la encontramos formando parte de una gran variedad de trastornos. Después de revisar el DSM IV-TR (2002), vimos que aparecía descrita o bien como un criterio diagnóstico o bien como un rasgo asociado en los siguientes diagnósticos:

- 1) Trastornos relacionados con sustancias (por *consumo*- dependencia y abuso-, *inducido* –intoxicación y abstinencia- o *relacionado* –Alcohol, alucinógenos). Trastornos inducidos por determinadas sustancias (Ej: trastorno psicótico inducido por cocaína/cannabis/fenciclidina/opiáceos/alucinógenos/ anfetamina con ideas delirantes (F 14.51, F 12.51, F 19.51, F11.52, F16.51, F15.51) trastorno psicótico inducido por cocaína/cannabis/fenciclidina/opiáceos/alucinógenos/ anfetamina con alucinaciones (F 14.52, F 12.52, F19.52, F 11.52, F16.52, F 15.2), delirium por intoxicación por cocaína (F14.03) cannabis (F12.04) fenciclidina (F19.03) opiáceos (F11.03) anfetamina (F.15.03) alucinógenos (F16.03)
- 2) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno

psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por sustancias

3) Trastornos del estado de ánimo:

- trastornos depresivos
- trastornos de ansiedad: trastorno obsesivo compulsivo
- trastornos somatomorfos: trastorno de somatización (anteriormente histeria o síndrome de *Briquet*), trastorno dismórfico corporal
- trastornos sexuales y de la identidad sexual: parafilias –masoquismo– y en el trastorno de la identidad sexual.
- trastorno de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa
- trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados: trastorno explosivo intermitente, tricotilomanía, trastorno del control de los impulsos no especificado (por ejemplo, pellizcarse): comportamiento impulsivo (*acting out*)
- trastornos de la personalidad: trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno límite de la personalidad.
- trastorno disociativo de trance

En el DSM-IV no se utiliza específicamente el término *autolesión* sino que utiliza diferentes términos: automutilación, impulsividad, masoquismo o autoagresividad para hacer referencia al acto en sí mismo.

El hecho que exista una gran variabilidad de conceptos para hablar de una misma acción dificulta el consenso a la hora de escoger el término que representa aquello sobre lo que se está en realidad hablando (ver en el cuadro 2: esquema-resumen de algunos de los conceptos utilizados por autores). Claes y Vandereycken en 2007 ya señalaron la importancia y la necesidad de utilizar unos criterios comunes que sirvieran para unificar los estudios. Para los autores: “*The choice of a term is crucial in doing a literatura search because it will lead to widely different results. Which key words should we use: self-injury, self-harm, self-damage, self-agression, self-mutilation? Clearly a wide variety of behaviours may cluster because they share the characteristic of some degree of harmfulness to the body. Self-harm (body harm) seems to be the opposite of self-care (body care), but the notion of care*

versus harm may vary according to a person's viewpoint and the meaning or purpose of the act' (2007: 137).

Cuadro 2 revisión de los conceptos por autores. Elaboración propia.

Autolesión	Taboada (2009); Mosquera (2008)
Self-harm	Hawton, K., Rodham, Harris y Evans (2003, 2005, 2009, 2010); Johnson y Day (1992); Beaseli (2000); Fortune, Sinclair y Hawton (2008); Nicholson (2004)
Self-mutilation	Menninger (1935, 1938); Favazza (1988, 1989, 1993, 1997, 2002); Conterio (1988, 1989, 2002); Lane (2002); Rosenthal (1989, 1993, 1997); Matsumoto, Azekawa, Yamaguari (2004); Schröer, J.y Sperhake, J. (2001); Zlotnick, Mattia y Zimmerman (1999); Ross, Heath (2002); Levenkron (1998).
Deliberate self-harm	Hawton (1998, 1999, 2008), Rodham (2009); Cray (2009); Hawton, Rossow y Ystgaard (2009); Hawton, Rodham, Evans y Weatherall (2002); Gratz (2001); Mangnall, Yurkovich (2008).
Self-injury	Hawton (1978); Favazza (1996); Alper y Peterson (2001); Bochian (2002); Ross, Heath, Toste (2009); Wilkinson, Goodyer (2011); Klonsky (2011); Stein, Lilienfeld, Wildman y Marcus (2004); Inkle (2010).
Non-suicidal self-injury	Petermann, Nitkowski (2011); Klonsky (2011); Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, Kelley (2007); Adrian, Zeman, Erdlay (2010); Klonsky (2010).
Self-inflicted violence	Alderman (1998); Brown, Bryan (2007).
Self-wounding	Brooksbank (1985); Tantum and Whittaker (1992).
Self injurious behaviour	Claes y Vandereycken (2001, 2007); Herpertz (1995); Shearer (1994); Solomon and Farrand (1996).
Parasuicide	Hawton (1996).
Cutting	McCornick, (2002); Hall, Place (2010); Levenkron (1998).

2.2.2.1 La Autolesión corporal y la construcción biomédica del término

Si bien los escenarios en los que se presenta la autolesión corporal son variados, en este punto vamos a ver como se construye el concepto y las ambigüedades que el término presenta.

El término *autolesión* como concepto es, en sí mismo, indeterminado. En primer lugar porque acotarlo implica realizar un ejercicio de reflexión acerca de qué es lo que consideramos y qué es lo que no consideramos autolesionarse y bajo qué paradigmas se construye el término. Para esto vamos a presentar de forma muy sintética algunas de las propuestas que se debaten en el ámbito biomédico y que atañen a la categorización o no de la conducta autolesiva como un síndrome o como un síntoma y, después, en base a los trabajos revisados y reflexiones realizadas, vamos a defender nuestra propuesta sobre la necesidad de incorporar la dimensión corporal al nivel de construcción del término.

Desde el surgimiento del interés por la autolesión corporal, todos los artículos que hemos revisado se esfuerzan en tratar de definir y justificar el uso de un término u otro (cuadro 2). Sin embargo, hemos detectado que a pesar de realizar el esfuerzo en la definición, un mismo autor puede utilizar en distintas publicaciones diferentes términos para hablar de lo mismo. Es decir, que parece que en la selección de términos no existe mucho consenso y resulta bastante complejo hacer un seguimiento o establecer un criterio único en la clasificación.

En relación a esto, hemos seleccionado algunos de los términos que se utilizan y algunas de las definiciones que se proponen.

- **Autolesión/comportamiento autolesivo**

*Taboada (2007: 3-4) “La autolesión es un lenguaje somático el cual utiliza el cuerpo en vez de palabras y sentimientos (...) esta conducta es un intento de manejar sentimientos caóticos como la ira, el odio, el sufrimiento emocional intenso y decirle a los otros que lo han decepcionado, lo han abandonado o han abusado de él. La mayoría de estos actos son una búsqueda de afecto y no hay que verlo como una búsqueda de atención o deseo de manipulación”

*Mendoza, Pellicer (2002: 11) “El comportamiento autolesivo (CAL) se define como una conducta autodestructiva que causa daño tisular directo (...) no tiene intención de causar la muerte y las lesiones no son tan severas o extensas como para constituir un daño letal”

*Mosquera, Dolores (2008: 14) “Para muchos es más fácil tolerar el dolor físico que el dolor emocional, especialmente cuando no saben por qué se sienten así de abrumados en un determinado momento o situación. El dolor físico es tangible, palpable, visible, se puede “ver”, “mostrar”, “comprender”, “transmitir” e incluso “curar”, pero el emocional es verdaderamente difícil de compartir y mostrar. Si nos fijamos, mostrar el dolor emocional requiere lágrimas, gritos, temblores, agitación, palabras, acción...algo visible”

- **Self-injury/self-injurious behaviour**

*Claes, Vandereicken (2007: 138) “Any socially unaccepted behaviour involving deliberate and direct injury to one’s body surface without suicidal intent”

*Craigen, Foster (2009: 76) “The “new anorexia” affecting an increasing number of individuals in America”

*Stanley (1992: 223) “The deliberate harm to one’s body resulting in tissue damage, without a conscious intent to die”

- **Cutting**

*Castro Pinzón (2005: 4) “El cutting es un fenómeno de características sintomáticas de reciente aparición en la sociedad occidental, especialmente en Estados Unidos y en menor medida en Europa y España, calculándose que en Estados Unidos hay de dos a tres millones de practicantes o “cutters”. El cutting consiste básicamente en provocarse autolesiones o cortes, con cuchillas o navajas, o cualquier elemento capaz de infringir daño al propio cuerpo, no estando relacionado con masoquismo o impulsos suicidas”

- **Automutilación/Self-mutilation**

*Taboada (2007: 7-8) “Definimos las automutilaciones como las lesiones corporales con severo daño tisular sin que exista una intencionalidad suicida (...) En relación a la automutilación ocular encontramos en la literatura y en la historia casos llamativos (...). Sófocles, por ejemplo, en su obra Edipo Rey, relata la tragedia de Edipo, quien mató a un hombre en una pelea sin saber que era su padre y que se casó con una mujer sin saber

que era su madre. Al ser consciente del incesto y el parricidio, Edipo se perforó los ojos con unos alfileres. Demócrito de Abdera (460-370 ac), considerado uno de los fundadores de la teoría sobre la estructura del átomo, se quitó la vista para ser capaz de pensar con mayor lucidez. Lucía de Siracusa (283-304dc) para preservar su virginidad se autoenucleó ambos ojos presentándoselos al que intentaba quitársela. Santa Triduana de Escocia, al conocer que un noble estaba deslumbrado por la gran belleza de sus ojos decide arrancárselos y enviárselos. Marco polo en el siglo XIII, describe en su libro de viajes la historia de un carpintero²⁶ cristiano muy devoto que al despertársele pensamientos pecaminosos hacia una clienta, se dió con una pequeña lanza en el ojo derecho y se lo reventó (...) también encontramos descritos varios casos de autocastración entre esquizofrénicos con delirios bíblicos. A.C.Waugh describe el caso de un hombre que se lesionó los testículos en respuesta al versículo 19:12 de San Mateo: “Hay eunucos porque nacieron impotentes del seno de sus madres, hay eunucos porque fueron castrados por los hombres y hay eunucos que se han hecho a sí mismo por el amor de Dios”

*Rodriguez, Gempeler et al. (2007: 238) “Desde una perspectiva cognoscitiva, el fenómeno de la automutilación puede mirarse como una falla en la rotulación, la atribución y la interpretación de las sensaciones corporales”

*Favazza, Rosenthal (1993: 178) “The deliberate alteration or destruction of body tissue without conscious suicidal intent. A common example of self-mutilating behaviour is cutting the skin with a knife or razor until pain is felt or blood has been drawn. Burning the skin with an iron, or more commonly with the ignited end of a cigarette, is also a form of self-mutilation”. Favazza y Rosenthal identifican 3 tipos de auto-mutilación: superficial o moderada (cutters), estereotípica (vinculada a trastornos orgánicos como autismo o síndrome de down) y mayor (asociada a brotes de tipo psicótico: edipismo,

²⁶ A pesar de que Taboada habla de un carpintero, en el libro de viajes de Marco Polo, el episodio hace referencia a un zapatero. En el relato, se explica la historia de un zapatero que al sentirse tentado por las piernas y los pies de una clienta decide vaciarse un ojo. “el maestro quiso verle el pie y la pierna para saber qué zapatos pudiera calzar. Y se hizo enseñar la pierna y el pie que eran tan hermosos que jamás hubo otros más bellos. Cuando el maestro vio las piernas de esta mujer, fue tentado, porque sus ojos se deleitaban en ellas. Entonces dejó marchar a la dama y no quiso venderle los zapatos diciéndose a sí mismo: “Ah, desleal y ladino, ¿en que piensas? Tomaré gran venganza en mis ojos que me escandalizan”. Y cogiendo una lanza se dió un corte en el ojo, de tal suerte que se lo reventó y no vió más con él. Así este buen zapatero se vació el ojo...” (2008: 28)

castración, etc.). Los autores también identifican dos dimensiones en la autolesión, una disociativa y otra no disociativa. En la dimensión *no disociativa* incluyen aquellas personas que durante su infancia se han visto obligadas a proporcionar cuidado a sus progenitores o cuidadores. Para los autores, si un niño experimenta esta inversión hacia la dependencia sobre todo durante estos años, percibe que solo puede sentir ira hacia sí mismo pero nunca hacia los demás y por consiguiente la autolesión es más tarde utilizada como un mecanismo para expresar el enfado. La *autolesión disociativa* se produce cuando un niño/a ha sido víctima de actos crueles (abusos sobre todo) por parte de sus progenitores y/o cuidadores y frente a esta situación trata de disociarse mentalmente de su cuerpo a través de la autoagresión. Para Favazza y Rosenthal la autolesión produce un rápido aunque temporal alivio del discomfort de tipo psicológico. Entre las razones que destacan los autores para recurrir a la autolesión señalan que sirve para calmar la tensión y la ansiedad, para hacer frente a sentimientos de depresión y vacío, para lidiar con el hecho de “no sentir” en situaciones de aletargamiento, para mitigar el enojo y la agresividad, para aliviar un intenso dolor emocional, para recuperar el control sobre el propio cuerpo, para obtener una sensación de seguridad y singularidad, como repetición de modelos abusivos aprendidos, para obtener una sensación de euforia, para afrontar la alienación, como respuesta a un auto-odio y sentimiento de culpa, como síntoma de un trastorno mental severo (ej: trastorno límite de la personalidad)

* Levenkron (1998: 22) “In most cases of self-mutilation, the “essential part” of the self that is damaged is the skin, which is cut with a knife or razor blade, or scraped with an abrasive material-scissors, bottle cap, etc. Sometimes the skin is burned. In the course of treating self-mutilators, I have seen what a hot teakettle, a match, or a lit cigarette can do to the flesh. Sometimes the skin is chafed with detergent or other irritating chemicals. The damage is rarely life-threatening, and the location is usually on an easily hidden part of the body, though not always...”

- **Deliberate self-harm (DSH)**

* Mathew Tull (2009: 1): “The deliberate, direct destruction or alteration of body tissue without conscious suicidal intent but resulting in injury severe enough for tissue damage to occur. Basically, deliberate self-harm means doing something to cause immediate

physical harm to yourself but not for the purpose of ending your life. Self-harm behaviours may include: cutting, burning, needle-sticking, banging your head, carving on your skin, punching yourself and biting yourself- Cutting is often considere done of the most common methods of self-harm”

* Mangnall, J., Yurkovich, E. (2008: 175-177) “The phenomenon of deliberate self-harm is a perplexing behaviour that has been explored in the scientific community for many years without definitive results (...) the first attribute of DSH is self-harm with a non-fatal outcome. If it were fatal, it would, by definition, be suicide”

* Morey, C. Corcoran, P. Arensman, E. (2008: 79) “Deliberate self-harm is a major public health problem in Ireland. Young people are those most at risk, particularly Young women aged 15-19 years who had the highest incidence of DSH based on hospital presentations to A&E departments in 2004, 606 per 100.000. While the rate for Young men of the same age is considerably lower, it is also notable at 301 per 100.000. These incidence rates are likely the tip of the iceberg as they do not include cases who do not present to hospital after an act of DSH”

* Haw, C. Hawton, K. (2010: 2²⁷) “Deliberate self-harm was defined as intentional self-injury or self-poisoning, irrespective of motivation. Self-poisoning is defined as the intentional self-administration of more than the prescribed dose of any drug, ad includes poisoning with non-ingestible substances, overdoses of recreational drugs, and severe alcohol intoxication, where clinical staff consider such cases to be acts of deliberate self-harm. Most acts involve self-poisoning, the rest self-injury or both methods. Self-injury includes any intentional self-inflicted injury, again irrespective of degreee of suicide intent. Thus DSH includes cases of attempted suicide”

Tal como hemos visto, no existe unanimidad en el uso de términos. En nuestro estudio proponemos utilizar el término ***acción autolesiva corporal*** para referirnos a todas aquellas acciones en donde sin que exista voluntad de muerte, se inscriben y expresan a través del cuerpo experiencias, emociones, vivencias y sentimientos de alienación

²⁷ De la versión electrónica

emocional²⁸. Sobre la elección del término, preferimos el uso del término *acto* o *acción* en lugar de *conducta* –*behaviour*- porque de este modo buscamos tomar distancia con la mayor parte de los trabajos de corte psicopatológico. Hablamos de autolesiones para establecer la diferencia con otras formas de inscripción corporal socialmente aceptadas como tatuajes y piercings y por último consideramos muy importante el hecho de incorporar y reivindicar *el cuerpo* en el nivel de simple precisión del término, puesto que debemos tener siempre presente (por supuesto también en la interpretación) la naturaleza de la acción y que se realiza *desde, en y para* el cuerpo.

2.2.2.2 “The portrait of the typical self-injurer”

“Don’t go crazy, but if you do, you must behave as follows” (Devereux, 1980:34)

En la construcción del perfil tipo, Favazza (1988) habla de que la autolesión afecta a un 1% de la población estadounidense y que de estos un 97% son mujeres.

El perfil tipo “*the portrait of the typical self-injurer*” ha sido definido por Favazza (1988: 284) como: “*White woman, in her late twenties who began hurting herself at the age of fourteen. She had injured herself at least 50 times, usually by cutting but also by other methods, including burning or self-hitting*”. M. Galley (2003: 4) las define como: “*Bright, sensitive, helpful to others, caretakers of their friends and family, good listeners, above average students, and invisible. They are very creative, artists and neat kids, but ones who don’t make their needs well known*”. Para Craigen (2009) la autolesión es la “nueva anorexia” que afecta a mujeres jóvenes.

Según Ross and Heath (2002) “*Girls are generally considered more frequent participants than boys*” y, según Kiselica y Zila (2001) “*Like eating disorders, self-injury is seen as located primarily among an educated, middle-or-upper-class population*”. Para Mueller (2004) “*Individuals who self-cut may be very academic, involved in athletics and extracurricular activities*”. (2004) señalan que “*Individuals who self-cut tend to have shy personalities and lower self-esteem*”. Para Froeschle y Moyer (2004) existen diferencias de género en relación a los significados de la

²⁸ El término marxista “alienación” nos es útil aquí para expresar los sentimientos de extrañamiento y embotamiento emocional que refieren nuestros informantes

autolesión, así mientras que para los varones la autolesión tiene un significado de rito de paso, para las mujeres los actos suelen ser mas privados y están muy cargados emocionalmente. Para Levenkron (1998: 46) *“The person who chooses this action is someone who experiences herself as powerless. She may not be docile, timid, or shy in public; she may be quite outgoing. But no matter how outgoing or confident she seems, she feels alone wherever she is, different from everyone around her, an outsider. She is often plagued by a fear of punishment –usually from a parent- for being deficient, inadequate, a disappointment in a way that was either specifically defined for her, or one that is unspoken but understood. Like the anorexic, she may feel that she has no one to depend upon or to trust with her emotions”*. En relación a la edad de inicio se señala que la acción autolesiva empieza normalmente sobre los 12-14 años y puede continuar hasta los veinte o treinta años (Austin y Kortum, 2004).

Sobre el sesgo de género que la literatura cuantitativa señala, como crítica diremos que este dato raras veces se aborda cuando se trata de establecer un razonamiento causal y crítico de los datos estadísticos. A partir de nuestro trabajo sobre todo en comunidades virtuales hemos encontrado también testimonios de chicos que se autolesionan. Sin embargo consideramos que estos chicos debido al doble estigma (varones que realizan una acción considerada femenina –y que pone en jaque su identidad masculina- y que como práctica es considerada una conducta desviada) muchas veces permanecen en el anonimato.

En relación a la construcción del perfil ó modelo de mujer que se autolesiona, veremos en el capítulo dos, que al igual que sucedió con la propagación del patrón histérico en el siglo XIX (Hepworth, 1999)- en donde la histeria fue considerada la locura femenina por excelencia- y luego, unas décadas más tarde sucedió con el patrón de la anorexia nerviosa (Gracia, 2005), la difusión del prototipo hace que se traten de imitar de acuerdo con el esquema este tipo de conductas. Es lo que llamamos el efecto “nocebo” (Cannon, 1945) del diagnóstico-y que, como veremos más adelante, al impulsar un determinado patrón contribuyen a que se incorporen determinadas interpretaciones que favorecen tendencias crónicas y lecturas sobre la adicción –modelo explicativo biomédico. Interpretación “endorfinica-adictiva”- de la acción.

Se ha hablado también de la naturaleza epidémica y del efecto contagio (Galley, 2003) que este tipo de acciones puede tener. Para Burin (1990) los psiquiatras del siglo XIX, psiquiatrizaron con la histeria el cuerpo y la estructura moral de las mujeres. Así se explica que muy pocas mujeres acostumbradas a la vida laboriosa y dura se pusiesen histéricas mientras que aquellas que llevaban una vida burguesa y ociosa padeciesen una mayor tendencia. Con esto no queremos decir que los malestares sean ficticios, sino que tal y como lo plantean numerosas autoras feministas (Izquierdo, 1998; Dio Bleichmar, 1985; Kristeva, 1987) las formas y la construcción de los llamados “grupos de riesgo” en relación a padecer determinados trastornos se han ido adaptando a los modelos (de la histeria a las autolesiones pasando por los trastornos de la conducta alimentaria, la fibromialgia y las depresiones) sin tratar de identificar cuales son las causas estructurales que favorecen la aparición de estos malestares.

2.2.3.3 Modelos explicativos médicos y tratamientos de la autolesión

De los diferentes tratamientos e interpretaciones me gustaría señalar el decalage percibido durante el trabajo de campo, entre los modelos explicativos médicos - extraídos de las entrevistas a psicólogos y psiquiatras- y los sentidos de la acción que se extraen de los relatos de nuestras informantes.

De acuerdo con los testimonios psy recogidos, las explicaciones más comunes de la acción autolesiva tienen que ver con:

- 1) El deseo de llamar la atención
- 2) Como una acción adictiva que aparece como consecuencia del aumento en el nivel de las endorfinas durante la autolesión
- 3) En respuesta a emociones bloqueadas, normalmente causadas por abusos sexuales, físicos y psicológicos producidos durante la infancia

De los relatos de nuestras informantes, el común denominador de la acción tiene que ver con emociones reprimidas, vacío interior, soledad, ansiedad y dolor que reconecta.

Tal y como veremos la tendencia a reducir y aislar la complejidad del signo de la autolesión en categorías diagnósticas, tiende a silenciar detrás de la etiqueta experiencias de sufrimiento. Sobre esto creemos que la autolesión expresa un sufrimiento que traspasa las barreras del lenguaje y que por esto mismo resulta complicado desde el paradigma biomédico abordarlo.

Desde el punto de vista biomédico, las aproximaciones a la etiología y tratamiento²⁹ de las autolesiones corporales vienen dadas por tres modelos:

- 1) El modelo biológico. Se centra sobre todo en encontrar un razonamiento cuantificable que de cuenta de la autolesión. Desde este modelo se habla de desequilibrios en los niveles de concentración de serotonina, segregación de beta-endorfinas y niveles bajos de concentración del ácido 5-hidroxiindolacético como factores facilitadores de la autolesión.
- 2) El modelo conductista. Hace referencia sobre todo a conductas “mal” aprendidas y que se expresan en la autolesión. Incluye también la tendencia sexual sadomasoquista.
- 3) El modelo psicodinámico. Hace referencia sobre todo a padecimientos de tipo emocional que se expresan a través del cuerpo.

El modelo biológico

Este modelo parte de la consideración del síntoma como *disease*, sujeto a una dimensión orgánica y biológica. La mayoría de los trabajos que hemos revisado se inscriben en este paradigma.

El primer trabajo que evalúa las bases neurobiológicas de las conductas autolesivas con TLP –trastorno límite de la personalidad- fue realizado por Gardner en 1990. En su trabajo, Gardner señala que los/las pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad (de ahora en adelante TLP), con intentos de suicidio y presencia de autolesiones presentaban menores niveles de concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (catabolito de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo (LCR), en comparación con pacientes con TLP sin autolesiones. Una de las principales hipótesis explicativas de este modelo tiene que ver con la naturaleza adictiva de la acción, y es que según señala Hawton (1995) la autolesión incrementa el número de beta endorfinas en el cuerpo y estas beta- endorfinas tienen el mismo efecto que pueden tener los opiáceos en el organismo. Para Machain (2001), el hecho de cortarse es comparable con

²⁹ Abordaremos las distintas posibilidades terapéuticas existentes a partir de la revisión de la bibliografía médica revisada. Este es un aspecto que deberíamos haber trabajado en el momento que realizámos las entrevistas a los terapeutas pero que sin embargo no fue considerado. Esta es una limitación a tener en cuenta.

la adicción a las drogas, puesto que ambos comportamientos son adictivos por su naturaleza. Según este modelo, las beta endorfinas liberadas cuando uno se autolesiona producen un efecto similar a la euforia del subidón en el consumo de cualquier estupefaciente y, por este motivo, la conducta autolesiva deviene en sí misma adictiva (Hawton, 1994; Machain, 2001). Entre el 70 y 80% (Mendoza y Pellicer, 2002) de los pacientes que cumplen los criterios DSM-IV para TLP se autolesionan.

Otra explicación relativa a las motivaciones biológicas tiene que ver con los niveles de serotonina. Según Simeon y cols.(1992) existe una relación entre la presencia de bajos niveles de serotonina y el carácter agresivo, irritable e impulsivo de una persona, mientras que aquellas que poseen unos niveles aceptables de serotonina tienden más a verbalizar su enfado o rabia a través del llanto o mediante gritos. Según este estudio, quienes poseían unos niveles más bajos de serotonina no eran capaces de expresar su rabia y escogían formas como la autolesión para canalizar su enfado. Según este estudio, además de que los pacientes con conductas autolesivas tuvieran una “patología del carácter” más severa, el grado de autolesión se correlacionaba de manera positiva con el grado de impulsividad, enojo crónico y ansiedad somática, y de manera negativa con el número de sitios de unión de la imipramina en las plaquetas. Este índice se consideraba un reflejo del funcionamiento de los receptores de serotonina a nivel central. La respuesta a la administración aguda de metilclorofenilpiperazina (m-CPP: agonista de receptores 5HT1A) la encontraron disminuida en pacientes con TLP, autolesiones e impulsividad y esto lo correlacionaron directamente con el antecedente de eventos traumáticos durante la infancia. Señalaron también que entre el 30 y el 60% de los pacientes con TLP no reportaron dolor durante los episodios autolesivos y referían una disminución de síntomas disfóricos inmediatamente después. Sobre esto, Russ y cols. (1993) identificaron las características psicológicas y biológicas que distinguen al grupo de pacientes con síntomas disfóricos de los que no. Para los autores, los pacientes con TLP que no reportaron dolor durante las autolesiones presentaban menores puntuaciones en los reportes de ansiedad y en el componente aversivo que cuando se sometían a pruebas experimentales de dolor agudo. Además, señalaron que los pacientes presentaban un grado más alto de impulsividad y disociación, y un número también más alto de intentos de suicidio. Otro hallazgo de este estudio fue que en el encefalograma las personas con TLP que se autolesionaban presentaban un incremento de la *banda theta* en estados basales y durante la prueba de tolerancia al frío, y en los

pacientes con TLP que no percibían dolor durante la autolesión, la potencia de la banda theta se correlacionaba de manera directa con la puntuación total de la escala de experiencias disociativas. En cuanto a la percepción de dolor y disociación, se reportó un incremento en la actividad theta en algunos estados mentales disociativos. El antecedente de agresión física y sexual durante la infancia se encontró muy relacionado tanto en el desarrollo del TLP como en la presencia de fenómenos disociativos. El grado de experiencias disociativas en pacientes con TLP se correlacionó directamente con el grado de autolesiones y llegaron a la conclusión de que los pacientes con TLP presentan hipometabolismo de la corteza prefrontal y del cíngulo anterior en comparación con sujetos sanos. Con estas evidencias, concluyeron que se puede plantear un vínculo anatomofuncional entre los aspectos cognoscitivoafectivos de la integración dolorosa y los mecanismos implicados en la génesis de estados disociativos.

También Isacson y Rich (2001) concluyeron que determinadas alteraciones bioquímicas estaban relacionadas con la presencia de conducta autolesiva. En su trabajo, reportaron que un 99% de las personas que se autolesionaba presentaba una u otra de las siguientes patologías: depresión, desorden de la personalidad, síndrome de estrés postraumático, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno disociativo, trastorno de despersonalización, ansiedad y pánico (Isacson & Rich, 2001). Para Himber (1994), por su parte, la acción de autolesionarse es un síntoma asociado al trastorno límite de la personalidad cuyo objetivo es manipular y llamar la atención.

Si bien la mayoría de estudios inciden en la cuestión de que la autolesión, en el sentido descrito en este trabajo no tiene una finalidad suicida, me parece interesante rescatar algunos estudios donde se relaciona la cuestión de la autolesión con este acto. En Himber's (1994), las mujeres que participaron en su estudio relataron que la autolesión les había permitido frenar la conducta suicida. Casi todas ellas, antes de haberse autolesionado, habían registrado tentativas de suicidio. Uno de los casos estudiado por Himber, explica la diferencia entre la ideación suicida y no suicida en relación a la forma y el sentido de los cortes (en este caso de las muñecas): "*suicidal wrist cutting was vertical, directed at a vein, and done in such isolation that she could not call for help if she began to bleed profusely*" (Himber, 1994: 623). Himber estaba de acuerdo en que en la mayoría de los casos el objetivo de la autolesión no era suicidarse.

En otro estudio llevado a cabo por Hawton et al. (2003) entre 1990 y 2000, se reportó que un 42,7% de los adolescentes que habían sido tratados en hospitales de Oxford (Reino Unido) por consumo de drogas y autolesión, presentaban menor tendencia al suicidio. Del 57,3% de la muestra, 36,9% presentaban un riesgo medio y un 20,4% tenían una predisposición alta. Hawton et al. concluyeron que los hombres tenían mayor tendencia al suicidio respecto de las mujeres.

Otro estudio (Zoroglu et al, 2003) llevado a cabo en institutos de educación secundaria de Turquía y en el que participaron 862 jóvenes, los autores reportaron que un 10% de los estudiantes encuestados habían intentado suicidarse al menos una vez. La incidencia en relación a los intentos de suicidio era superior en las mujeres (13,2% mujeres; 5,4% en hombres). Estos estudiantes explicaron que la forma más común de suicidio era mediante la sobredosis con pastillas o cortándose las venas, aunque otros métodos como saltar de un edificio o ahorcarse también fueron algunas de las conductas que los encuestados explicaron. La mayoría de los estudiantes que habían manifestado haber hecho alguna tentativa de suicidio lo relacionaban con historias previas de abuso físico, emocional y sexual.

Para Isacsson y Rich (2001), aunque los intentos de suicidio entre las personas que se autolesionan sea menor, el riesgo continúa y no puede ser subestimado. En el estudio de Isacsson y Rich realizado en Suecia y en relación a 812 jóvenes que se autolesionaban, 16 se suicidaron, y sobre éstos los investigadores estimaron que un 10% de las personas que se autolesionan terminan por suicidarse en menos de 10 años. En relación a esta última afirmación, Isacsson y Rich (2001) sugirieron que todos los individuos que se autolesionan deben ser evaluados por el psiquiatra que es quien determina en un corto intervalo de tiempo los factores de riesgo de suicidio. Entre los factores de riesgo de suicidio los autores incluyen actos de autolesión severos previos que necesitan de atención médica, abuso de sustancias, depresión, psicosis, rasgos de personalidad impulsiva y agresiva, soledad y falta de apoyo social.

Otra investigación dentro de este modelo que analiza la relación existente entre alteración de la percepción del dolor y acciones autolesivas, fue propuesta por Mendoza y Pellicer (2006). Los autores reportaron a través de estudios efectuados con animales, que los macacos criados en ambientes de privación social (sin madres o congéneres) eran susceptibles al desarrollo de conductas autolesivas. Para los autores, la intensidad de la conducta se correlacionaba con la duración y con la edad en que fueron sometidos

al aislamiento. Se señalaba también que en los macacos privados socialmente se favorecía la manifestación de conducta autolesiva tras la administración de D-anfetamina. Y reportaron un incremento dosis-dependiente de nor-adrenalina en el líquido cefaloraquídeo. Además de su experimento con macacos, los autores realizaron una revisión bibliográfica sobre la relación de conducta autolesiva en pacientes con trastornos de la personalidad y pacientes con retraso mental. Citando el trabajo de Clarkin y Widiger (1983), los autores especificaron que entre el 70 y 80% de los pacientes que cumplen criterios del DSM-IV para trastorno de la personalidad límite se autolesionan. Haciendo referencia a un trabajo publicado por Leibenult y Gardner (1987), señalaron que entre un 30 y el 60% de los pacientes con TLP no reportaban dolor durante los episodios autolesivos y referían disminución de síntomas disfóricos inmediatamente después. Mendoza y Pellicer (2002: 15) concluyeron que la incapacidad de reconocer estímulos nocioceptivos y la presencia de fenómenos disociativos ejemplificaba la forma en que una respuesta altamente especializada y adaptativa en sujetos sanos ante condiciones amenazantes podía originar conductas que denominaban “poco adaptativas”. Finalmente terminaron por señalar la influencia y el papel de lo que ellos denominaron “factores ambientales”, los cuales en combinación con una cierta vulnerabilidad biológica, terminarían dando como resultado una alteración en la percepción de uno mismo y en la percepción del dolor.

Modelo cognitivo-conductista

La mayor parte de los trabajos que siguen este modelo parten de estudios de caso relativos a historias clínicas de mujeres jóvenes que han recibido tratamiento en unidades de psiquiatría.

Doctors, en 1981, examinó a nueve mujeres adolescentes que se habían autolesionado varias veces y encontró que estas chicas tenían similitudes en sus experiencias vitales, tales como pensamientos perturbados en relación a la menstruación y confusión acerca de su identidad sexual con experiencias de disociación y despersonalización. Con esto, Doctors concluyó que las alteraciones en el auto-desarrollo personal y sexual (particularmente vinculado con los genitales) eran cuestiones ciertamente problemáticas para estas jóvenes, ya que según él seis de estas nueve adolescentes habían sufrido abusos sexuales. Resaltó también que todas las chicas expresaron actitudes negativas en relación a la menarquía y menstruación, y ninguna de ellas reportó haber sentido que sus madres las habían ayudado a entender los cambios asociados a su pubertad.

Daldin (1990) explicó el caso de una chica de 14 años con un historial de repetidos ingresos hospitalarios por conducta autolesiva. En su estudio, explica que la incapacidad de esta chica para controlar sus fantasías sexuales la llevó a cortarse en simulación al acto de castrarse. Según su paciente, la sangre que brotaba de sus cortes era percibida como saliendo de sus genitales (Daldin, 1990: 287). En la misma línea que Doctors (1981), Daldin sugiere que entre numerosas pacientes, el proceso de quebrantamiento en el paso de “niña” a “mujer” que se produce con la menarquía puede no ser aceptado y desencadenar conductas autoagresivas en dónde la sangre adquiere un fuerte valor simbólico ligado con elementos de auto-destrucción y miedo.

Parfitt (2005) describió el caso de una chica de 17 años que acababa de ser dada de alta de una unidad psiquiátrica de adolescentes. Esta chica explicó haber sido objeto de una agresión sexual cuando tenía 15 años. A partir de entonces, empezó a autolesionarse de forma repetida con una cuchilla de afeitar. Sus cortes tenían lugar en varias partes de su cuerpo, tales como brazos, pecho, muslos, abdomen, nalgas, vulva, y al menos dos veces se había lesionado dentro de la vagina. Parfitt (2005) describió el deseo de su paciente de castigar su cuerpo con el objetivo de escapar y apartar pensamientos, sentimientos y deseos sexuales, y como respuesta a la traumática experiencia que padeció. Parfitt propone que en la base de este caso encontraríamos un soporte sado-masoquista en donde la acción de automutilarse de alguna forma retornaría al suceso traumático de la agresión que tuvo lugar a los 15 años.

Simpson y Porter en un estudio descriptivo (1981) revisaron las historias clínicas de 20 adolescentes - 16 mujeres y 4 hombres- que habían sido hospitalizados en un hospital general por conductas automutilantes. Los únicos datos que recuperaron de las historias fueron la edad, el tipo de mutilación y el peso. Los autores reportaron que algunos/as de las pacientes sentían que “necesitaban castigarse por sus sentimientos y comportamiento sexual” (1981:436) en su mayoría como respuesta a historias de abuso sexual cometido por miembros de su propia familia. Cinco testimonios respondieron, en relación a la pregunta de por qué la auto-mutilación les reducía el estrés, que “la autolesión satisfacía sus necesidades físicas y sexuales, puesto que habían aprendido que la conducta sexual llevaba implícita violencia” (1981:437-438).

Haines y Williams (2003) reportaron que podían existir conductas de imitación en parte de los jóvenes que se autolesionaban. Los autores, comparando también a prisioneros varones con y sin antecedentes de autolesión con estudiantes universitarios, encontraron

entre aquellos dónde existía un modelo de referencia que fomentaba o no estigmatizaba la conducta autolesiva, los resultados terapéuticos eran peores en la remisión de esta práctica. Su trabajo, en este sentido, sugiere que aquellos que se autolesionan no lo hacen porque no tengan otro mecanismo para sobrellevar su malestar o para solucionar sus problemas, sino por la presencia de estrategias de contagio entre individuos, lo cual requiere de un abordaje más complejo.

Según Keith Hawton et al. (2003), el estrés escolar parece ser un factor importante en el desarrollo de la acción corporal autolesiva en jóvenes y adolescentes. A este respecto los autores apuntan que la incidencia de la acción corporal autolesiva en jóvenes disminuía entre julio y septiembre y también en los periodos de vacaciones escolares, como Navidad y Semana Santa.

Dentro del modelo conductista, encontramos también la lectura masoquista que enfatiza la importancia de un desarrollo sexual inadecuado y el anormal descubrimiento de la sexualidad en la infancia y adolescencia como elementos que posteriormente influyen en la vivencia de una sexualidad plenamente aceptada. Woods (1988) sugirió que el hecho de autolesionarse puede ser el equivalente a la masturbación o puede tener significados percibidos como ambiguos en relación a la autosatisfacción, como el que al mismo tiempo que se produce una autogratificación sexual se aplique el castigo al ser percibida esta autosatisfacción como conducta reprochable. Zila y Kiselica (2001) sugirieron la idea de que este tipo de acción podía originarse como consecuencia de problemas de reconocimiento de la propia identidad sexual y corporal.

El modelo psicodinámico

De acuerdo con este modelo, Rodham y Evans (2004) reportaron que el objetivo final de la persona que se autolesiona es aliviar un dolor emocional interno, autocastigarse y mostrar a los otros su malestar. El estudio de Rodham y Evans (2004: 85) destacó que las mujeres, en una proporción superior a los hombres, explicaron que su principal objetivo era castigarse y calmar su dolor mental.

En relación a la forma como hombres y mujeres expresan de forma distinta las “acciones perversas –perverse acts–”, Springer, Leithner et al (2002: 109) señalaron que la diferencia fundamental residía en que mientras los hombres canalizan hacia fuera sus actos perversos, las mujeres tienden a hacerlo contra sí mismas o contra lo que consideran que es su propia creación.

Para Briere y Gil (1998) existe una gran variedad de razones que se esconden detrás de la conducta autolesiva. Para los autores los principales motivos reportados en relación a la justificación de la autolesión son: escapar de la soledad, aliviar pensamientos negativos, liberar tensión, superar su incapacidad para sentir, calmar el enfado, expresar un dolor emocional, comunicarse, purificarse, incrementar la autoestima, auto protegerse, castigarse a uno mismo en lugar de a los otros y regular las propias emociones. Según este estudio, la autolesión permite reducir el dolor psicológico, expresar emociones cuando estas son incapaces de ser expresadas verbalmente y proporciona ayuda y sentimientos de control sobre la propia vida.

Austin y Kortum (2004) reportaron que entre un 35-80% de los individuos que se autolesionaban padecían, también, trastornos de la conducta alimentaria. Para ellos, la autolesión y los desordenes con la alimentación deben ser interpretados como el deseo de acabar con el cuerpo.

Para Yip, Ngan y Lamb (2003) los individuos que se autolesionan son incapaces de hacer frente a emociones como rabia, ansiedad y depresión, y el hecho de autolesionarse les permite regular estas emociones. Según los autores el objetivo de la lesión es controlar las emociones cuando la expresión verbal no es posible, y otra de las sensaciones que se desprende del acto es que la lesión ofrece “control” sobre situaciones que se perciben como incontrolables.

White, McCormick y Kelly (2003) realizaron un extenso trabajo a partir de entrevistas a jóvenes que se autolesionaban y concluyeron que el cortarse aliviaba sus tensiones, causando una especie de relajación mental difícilmente explicable. Los autores apuntaron que normalmente esta conducta está relacionada con una incapacidad manifiesta para expresar los sentimientos propios por temor a los conflictos que ello pueda suponer. Para White, McCormick y Kelly (2003), las personas que se autolesionan perciben que su rabia sería incontrolable y destructiva y expresan su frustración a través del propio cuerpo.

Muy íntimamente relacionado con aspectos que tienen que ver con la regulación emocional, Suyemoto y MacDonald (1995) incluyeron la expresión emocional como una posible explicación de la autolesión en mujeres. Así, la autolesión surgía frente a la necesidad de expresar dolor, enfado y la imposibilidad de verbalizar o expresar estas emociones de ninguna otra manera. De hecho, consideraron también que el acto físico de la autolesión ponía en evidencia a través de la lesión que el dolor interno era real.

En un estudio de casos sobre conducta autolesiva llevado a cabo por Machaiaian's (2001), el tema de la autolesión afloró como una respuesta a los fracasos y sentimientos de culpa inconscientes.

Suyemoto y MacDonald (1995), por su parte, señalaron que es preciso diferenciar la conducta autolesiva en la disociación o la despersonalización. Si bien en un estado disociativo la autolesión sería la forma que permitiría a las personas retornar a la consciencia, la lectura de la autolesión ante un estado de despersonalización haría referencia a cómo las autolesiones permiten reconectar al individuo con su propio cuerpo. Así, en un episodio de disociación los cortes son los que permitirían reconectar con el mundo a través del dolor (dolor visto e interpretado como un elemento que retorna a la realidad), mientras que en un episodio de despersonalización sería la sangre que brota de las heridas la que permitiría reconectar con el propio cuerpo.

Aunque Pattison y Kahan (1983) encontraron que existía una asociación entre la autolesión y la ideación suicida, reportaron que alrededor de un 63% de los sujetos que manifestaban tendencias suicidas presentaban también depresión. En los resultados de su trabajo pusieron de manifiesto que entre los casos de autolesión aparece una menor tendencia a la letalidad, y que mientras que la autolesión proporciona una sensación de alivio, la tendencia al suicidio no proporciona ningún alivio al dolor individual.

Terapias³⁰ y tratamientos

El tratamiento habitual de las personas diagnosticadas con TLP suele ser conductual y farmacológico. Como nos basaremos principalmente en el tratamiento del TLP, a continuación vamos a resumir algunas de las características del trastorno que aparecen definidas en el DSM-IV.

Según el DSM-IV el trastorno límite de la personalidad lo encontramos formando parte del grupo de los trastornos de personalidad, junto con el trastorno paranoide, el trastorno esquizoide, el trastorno esquizotípico, el trastorno antisocial, el trastorno histriónico, el trastorno narcisista, el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno de la personalidad por dependencia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de la personalidad no especificado. La caracterización del trastorno límite, según DSM-IV: 790, es: "Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la

³⁰ Como ya hemos apuntado, la revisión se efectuó sobre una base bibliográfica. Dado que la mayoría de estudios se refieren a la acción autolesiva corporal en el marco del Trastorno Límite de la Personalidad, hablaremos sobre todo del tipo de terapias que se utilizan en el marco de este diagnóstico.

autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta”. Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV son diferentes pero definen el mismo trastorno. En el CIE-10 este trastorno está recogido con el nombre de trastorno de la personalidad por inestabilidad emocional tipo límite. Entre los criterios para el diagnóstico (DSM-IV) tienen que presentarse por lo menos cinco de los siguientes ítems:

Criterios para el diagnóstico de F60.31. Trastorno Límite de la Personalidad

- 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado
- 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable
- 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (ejemplo: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)
- 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

Criterios para el diagnóstico de F60.31. Trastorno Límite de la Personalidad (II)

- 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- 7) Sentimientos crónicos de vacío
- 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej. muestras frecuentes de mal genio, enfado constantes, peleas físicas recurrentes)
- 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

En el DSM-IV se señala que el TLP se diagnostica mayormente entre las mujeres en un 75%.

Tratamientos psicoterapéuticos

A) Psicoterapias de orientación dinámica

Dentro de las psicoterapias de orientación dinámica, señalan Cristina Rodríguez y Eva Murias (2006) que el TLP (Trastorno Límite de la Personalidad) se encuentra al margen entre la neurosis y la psicosis (Stern, 1938) y que todas las psicoterapias psicoanalíticas

comparten la asunción de que el TLP es un trastorno evolutivo del *self* que afecta a las funciones del ego y a las relaciones objetales. Dentro del tratamiento psicoterapéutico se señalan: *La terapia basada en la transferencia y la terapia basada en la mentalización*. Respecto a la terapia basada en la transferencia, Kernberg (1984) propuso el concepto de organización de personalidad borderline. Para Kernberg, el TLP sería definido como una organización patológica, específica, estable y crónica. No considera que sea un estado transitorio que fluctúe entre la neurosis y la psicosis, sino una patología del Yo que difiere tanto de las neurosis como de las psicosis y de las perturbaciones del carácter más severo.

En relación a la terapia basada en la mentalización: Bateman y Fonagy (2004) definieron la mentalización como la capacidad implícita y explícita de interpretar las acciones propias y de los otros, en base a estados mentales (deseos, intenciones, sentimientos y pensamientos). Los autores argumentaron que los pacientes con TLP presentaban una ausencia o deterioro de regulación emocional, del control atencional y de la capacidad de mentalizar que se ponía de manifiesto especialmente en un contexto de relación de apego.

B) Terapia dialéctica conductual

Ha sido descrita por Rodríguez y Murias (2006: 5) como una mezcla de tres posiciones: la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la meditación Zen. La terapia dialéctica conductual contempla el uso de sesiones individuales, en general semanales de entre 50 y 90 minutos de duración, y el trabajo grupal de dos horas y media a la semana durante al menos el primer año de tratamiento. También se dedica un cuidado y atención especial a los terapeutas al considerar que están sometidos a un gran estrés.

C) Terapias cognitivas

Para Rodríguez y Murias (2006:7) en la terapia cognitiva el énfasis se pone en el hecho de cambiar aspectos básicos, pensamientos irracionales y en mantener una alianza terapéutica de colaboración. Entre las terapias cognitivas cabe destacar: 1) La terapia cognitiva de Beck, 2) La terapia cognitiva centrada en los esquemas (Young) y 3) La terapia de valoración cognitiva de Wessler y Hankin Wessler.

D) Modelos integradores y eclécticos

Terapia cognitivo analítica: Esta terapia está basada en un modelo de psicoterapia breve (16- 24 sesiones) y fue propuesto por Ryle a finales de los años 70. La terapia focaliza sobre todo en la etiología del TLP y describe a la persona con TLP como pacientes con

múltiples estados del self y con estados disociados que influyen en la génesis de su sintomatología límite. Uno de los elementos centrales de esta terapia tiene que ver con la creación conjunta entre pacientes y terapeutas de “una descripción sucinta y accesible de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas que trajeron al paciente a la consulta y que se realiza también por escrito” (Rodríguez y Murias, 2007: 10). Estos autores señalan que lo específico de la reformulación en terapia cognitivo-analítica es la vinculación entre los síntomas y aquellas experiencias afectivas que han sido estructurantes de su personalidad.

Eclecticismo por combinación: Para Livesley (2003), el tratamiento para las personas con trastorno límite de la personalidad requiere una combinación de medicación e intervenciones terapéuticas que incluyen diferentes enfoques. En este marco se combinan intervenciones específicas para el tratamiento de los síntomas y las crisis de los pacientes (contención, medicación e intervenciones cognitivo-conductuales) que promuevan una mayor expresión y cambio de los rasgos básicos de la personalidad.

Terapia relacional breve de Safran: La teoría de Safran (1992) plantea la hipótesis que las personas desarrollan modelos de trabajo internos sobre la relación de uno con los demás, sobre la base de otras interacciones anteriores con otras personas significativas. La evaluación incluye datos verbales y no verbales y se realiza como parte del desarrollo en la relación terapéutica.

Modelo de aprendizaje biosocial de Millon: En la personalidad límite descrita por Millon se describen las tres polaridades básicas que explican el origen y la construcción de la personalidad y que operan como organizadores de la experiencia interpersonal.

- 1.- Dolor-placer. Anclada en lo biológico
- 2.- Actividad-pasividad: transición de lo biológico a lo psicosocial
- 3.- Si mismo-Otros: de lo psicológico a lo psicosocial

Los objetivos estratégicos desde esta concepción son:

- 1) Por un lado equilibrar las polaridades, reduciendo los conflictos entre dolor-placer, actividad-pasividad y el sí mismo-otros.
- 2) Reducir la emocionalidad, moderar las actitudes incoherentes y adoptar comportamientos imprevisibles

Modelo biopsicosocial de Cloninger

Según este modelo la forma en que los individuos aprenden de la experiencia y adaptan sus emociones, pensamientos y acciones es lo que define y caracteriza su personalidad.

El modelo de Cloninger describe la personalidad en siete dimensiones, distinguiendo entre temperamento y carácter. Según dicho modelo los trastornos de la personalidad se distinguen por puntuaciones bajas en autodirección y cooperación y puntuaciones extremas en las dimensiones del temperamento. El perfil temperamental explosivo (borderline) se define por elevada búsqueda de novedad, evitación del riesgo y puntuaciones bajas en dependencia de la recompensa (Rodríguez y Murias, 2007: 12)

E) Psicoterapia interpersonal

Lorna Benjamín (1974) ha desarrollado una técnica que da un enfoque interpersonal denominado *Análisis Estructural de la Conducta Social*. Es una alternativa en la que se emplean diversas técnicas psicoterapéuticas como role play, asociación libre y análisis de los sueños. Este enfoque da mucha importancia a la alianza terapéutica sólida, lo que se supone que facilitará nuevas herramientas para poder obtener nuevas estrategias.

F) Tratamientos comunitarios

Rodríguez y Murias (2006:13) definen una comunidad terapéutica como una modalidad de tratamiento intensivo donde el núcleo de la terapia se gesta en el propio entorno y donde las modificaciones en la conducta de los pacientes se llevan a cabo desde la interacción personal que se pone de manifiesto en la convivencia. Las autoras señalan que los resultados son difíciles de prever por la falta de estudios controlados que evalúen su eficacia. En cuanto a la psicoterapia de grupo se considera que a menudo los pacientes con TLP no han sido considerados aptos para la psicoterapia de grupo debido a la intensidad de sus conductas disruptivas y desadaptadas que impiden una adecuada cohesión grupal.

G) Psicoterapia de pareja y familia

La aplicación de tratamiento familiar tiene que ver con la alta incidencia de patología en los padres de las pacientes diagnosticados de TLP (Rodríguez y Murias, 2006: 14) tales como, alcoholismo, trastorno de la personalidad antisocial y otros trastornos de personalidad.

H) “Nidoterapia”

La nidoterapia según Rodríguez y Murias es la evaluación y modificación del entorno para minimizar el impacto de la enfermedad mental en el individuo y en la sociedad. Está pensado para aquellos trastornos crónicos y recurrentes en los que hay pocas expectativas de mejoría a corto plazo. La nidoterapia incluye elementos de terapia cognitiva, ocupacional y familiar. Se centra en cambiar el entorno y no a la persona.

Tratamientos farmacológicos

El tratamiento farmacológico se considera complementario a otro tipo de terapias en el manejo de los trastornos de personalidad. Tyrer y Bateman (en Rodríguez y Murias, 2006:15) señalan diferentes argumentos que avalan su uso en los trastornos de la personalidad, puesto que según los autores existe un incremento en la actividad de dopamina relacionado con las alteraciones perceptivas y cognitivas de suspicacia y referencialidad, niveles disminuidos de serotonina y sus metabolitos, y relacionados con conductas de impulsividad y agresividad. También un aumento de noradrenalina o de la respuesta que tiene que ver con la regulación afectiva, disminución del umbral para la activación del sistema de alerta simpático mediado por la adrenalina y que implica descontrol en la regulación de la respuesta ansiosa y alteraciones neuroendocrinas relacionadas con la acetilcolina.

Siguiendo con estos autores, parece ser que dentro de los tratamientos farmacológicos, los Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO) pueden tener beneficios en el tratamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

En relación al tratamiento farmacológico Rodríguez y Murias hablan de:

- 1) Neurolépticos: típicos y atípicos
- 2) Antidepresivos

2.1 Antidepresivos tricíclicos: de elección 200mg de imipramina.

2.2 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Los ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina) disminuyen las autolesiones entendidas como una forma de canalización o expresión de la ira.

La agresividad, irritabilidad, ánimo triste y autolesiones responderían a un máximo de 80mg al día de fluoxetina o 200mg de sertralina.

2.3 Inhibidores de la monoamino-oxidasa: Se considera que los IMAOS podrían ser útiles para tratar los síntomas de impulsividad, ira y hostilidad en pacientes diagnosticados de TLP.

2.4 Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (ISRNS): hasta ahora ha sido empleada la valfaxina.. Se considera que podría mejorar síntomas depresivos y reducir las autolesiones a dosis máximas de 400mg al día.

3) Estabilizadores del humor: fármacos muy empleados en los TP en general y en los TLP en particular para controlar la inestabilidad afectiva

3.1 Litio

3.2 Ácido valproico

3.3 Carbamacepina

3.4 Lamotrigina

3.5 Topiramato

4) Terapia electroconvulsiva (TEC) utilizada en TLP para tratar los síntomas depresivos. Según la APA (2004) la TEC en TLP quedaría restringida a los casos de depresión mayor comórbida.

5) Otros tratamientos

5.1 Benzodiacepinas

5.2 Naltrexona

5.3 Ácidos grasos

2.2.3.4.- La autolesión corporal (NSSI³¹) como nueva etiqueta diagnóstica en el DSM-V.

En el último número de la revista *European Child & Adolescent Psychiatry*, Paul Wilkinson y Ian Goodyer (2011) publican un artículo en el que señalan que si bien ni el DSM-IV ni el CIE-10 hablan de la autolesión como etiqueta nosológica, está previsto que en la próxima edición del DSM-V la autolesión aparezca como síndrome bajo la etiqueta diagnóstica de *non-suicidal self-injury* (NSSI). En el artículo los autores señalan que la aparición del diagnóstico resultará útil para: Mejorar la comunicación entre los terapeutas, reducir los problemas que pueden venir derivados de la falta de un diagnóstico específico, mejorar la provisión de tratamiento y mejorar el pronóstico de los/las pacientes.

Los criterios para el diagnóstico de NSSI en el DSM V, según Wilkinson y Goodyer (2010: 4) son³²:

³¹ Non Suicidal Self-Injury

³² Traducción de la versión original en inglés

A.- En el último año y al menos durante cinco días, la persona se propicia autolesiones sobre el cuerpo que pueden producir sangrado y moratones mediante, por ejemplo: cortes, golpes, fricción excesiva, quemaduras, etc. con fines no sancionados por la sociedad (body art) y que se realizan con la intención de producir un daño leve o moderado. La ausencia de ideación de suicidio es, o bien referida por el paciente o puede deducirse por el uso de instrumentos y de métodos que sabe que no tienen una potencia letal. El comportamiento no es de naturaleza común y trivial como arrancarse crostas o morderse las uñas.

B.- La autolesión se asocia con, por lo menos, dos de las siguientes características:

- 1.- Los sentimientos y pensamientos negativos. La depresión, ansiedad, tensión, enojo, angustia generalizada y la autocrítica que ocurren en el período inmediatamente anterior a la autolesión.
- 2.- Antes de realizar la acción, sensación de que es difícil resistir la tentación de no lesionarse ante los sentimientos anteriormente descritos.
- 3.- La sensación de tener ganas de autolesionarse es frecuente, a pesar de que no siempre se materialice el acto.
- 4.- La acción autolesiva siempre tiene un propósito, que bien podría ser el alivio de una sensación negativa, estado cognitivo o dificultades interpersonales, o la inducción de un estado emocional positivo. El paciente se anticipa a estos durante o inmediatamente después de la autolesión.

C.- El comportamiento autolesivo y sus consecuencias provocan un malestar clínicamente significativo en las relaciones interpersonales, académicas u otro tipo de relaciones.

D.- La acción no se realiza exclusivamente en estado de psicosis, delirio u intoxicación. En los individuos con un trastorno del desarrollo, la autolesión no responde a un patrón estereotípico repetitivo. La lesión no puede ser explicada

por un trastorno mental o médico (trastorno psicótico, trastorno del desarrollo, retraso mental o síndrome de Lesch-Nyan).

Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V plantean dos cuestiones. La primera tiene que ver con el latente arbitrario normal-anormal, es decir, nos permite objetivar el proceso a través del cual un signo se convierte de la noche a la mañana en síntoma y a partir de ahí se crea el diagnóstico, y la segunda hace referencia a la actual tendencia medicalizadora de todos aquellos comportamientos que, vistos como conductas desviadas, tienden a ser encasilladas como entidades patológicas por el hecho de que no pueden ser interpretadas desde el marco de la racionalidad estrictamente biomédica.

Esta situación es algo similar a lo que ocurrió con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) hace unos años. En relación a los TCA, su consideración como enfermedad mental ha sufrido una evolución significativa. En el DSM III (1982) los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, pica, trastorno por rumiación en la infancia y trastornos de la conducta alimentaria no especificados) se consideraban *trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia*, mientras que en el DSM-IV (1994) ya aparecían tratados como diagnósticos específicos: anorexia, bulimia y TCANES (trastornos de la conducta alimentaria no especificados) caracterizados por “alteraciones graves de la conducta alimentaria” (2004: 653) sin tener en cuenta (como señala Zafra, 2008) el papel que juega la comida en todo el entramado de relaciones que se generan entre el placer-bienestar- y el conflicto – malestar-.

Visto ésto, lo que aquí queremos poner de manifiesto es que lejos de simplificar el problema, la reducción de la autolesión a un diagnóstico (NSSI) y a sus criterios de clasificación hace que se pierda el sentido del síntoma, la vivencia de la acción en su contexto, que se pierdan las narrativas, que se pierdan los sentidos que favorecen el hecho de que los jóvenes tiendan a expresar a través del cuerpo sus malestares.

Si bien somos conscientes que el sesgo de género - en una proporción de 7/1 según la Sociedad Española de Psiquiatría (2009)- es un elemento a tener en cuenta en la manifestación del signo, creemos que sobre el dato cabe plantearse el papel que juega

la construcción del cuerpo y de la subjetividad femenina en todo este proceso. Es por esta razón que en el segundo capítulo nos planteamos a través de los itinerarios corporales de jóvenes ejemplificar aspectos relativos a la construcción corporal, genérica y sexual de la subjetividad.

Como crítica a la propuesta de la nueva categoría diagnóstica en la próxima edición del DSM, consideramos que más allá de su consideración como síndrome o trastorno, las autolesiones corporales nos están hablando de experiencias de sufrimiento encarnado (*embodied narratives of suffering*) que en el momento que sean legitimadas por la nosología psiquiátrica pasarán a reducir y homogenizar una serie de experiencias en una misma etiqueta que silenciará bajo la interpretación de la desviación todo un cúmulo de situaciones que son las que acaban por desembocar en la acción.

2.2.3 Revisión de los modelos médicos y propuestas para un modelo multicausal y dialógico

Una vez descritas las principales aportaciones al respecto de la acción autolesiva corporal a través de los tres modelos explicativos (biológico, cognitivo-conductista y psicodinámico), vista la propuesta de “trastorno” para la próxima edición del DSM-V y las diferentes terapias, lo primero que nos salpica desde la misma existencia de estos tres paradigmas claramente diferenciados según etiología y corrientes dominantes, es la falta de un modelo que dé cuenta de la multiplejidad causal con la que nos encontramos cuando hablamos de autolesiones corporales en jóvenes. El decalage entre los *modelos explicativos médicos*, muy centrados en la autolesión como síntoma (trastorno de la personalidad límite o inespecífico, histrionismo y adicción), y los *modelos explicativos de las pacientes* (nervios, ansiedad, embotamiento y relax) hace que devenga necesario recuperar aspectos de la vivencia (*illness*), la interpretación de esta vivencia (dimensión de la experiencia) y acción en el sí del contexto social actual.

Para **Mirian**, de 15 años y diagnosticada de TLP (testimonio del foro www.soytlp.com) más allá del signo visible hay todas unas experiencias previas que son las que culminan en la autolesión:

La autolesión yo la percibo como una forma de sacar afuera todo el dolor que me invade. Cuanto más profundo es el corte, mayor es el dolor que trato de

neutralizar, porque también lo es la necesidad de librarme de él. Lo peor viene después, me siento culpable cuando veo los cortes pero es...no se como explicarte. No es dolor lo que siento. Me siento calmada. Me siento relajada...
(Mirian, 15 años)

En relación a los modelos explicativos que hemos visto en el punto anterior, una de las principales cuestiones observadas, tanto en la revisión bibliográfica como en los relatos a los profesionales entrevistados, es la unidireccionalidad de las hipótesis explicativas y la forma como se abordan terapéuticamente. A partir de la concepción de la enfermedad (evidencia orgánica) o del síntoma (dimensión subjetiva), el modelo biológico busca interrelaciones a través de evidencias que pueden ser medibles (niveles de serotonina, beta-endorfinas, reacción a estímulos dolorosos, variación de la banda theta encefalográfica basal, entre otros). El modelo conductista incorpora aspectos relativos al aprendizaje y a la vivencia de experiencias traumáticas que puede desembocar en autolesión. Por último, el modelo psicodinámico es quizá el que desde la interpretación del síntoma y el valor del relato establece un modelo no tan unidireccional.

Para ahondar en los distintos planos que cada uno de estos modelos aporta, ver sus limitaciones y construir nuestra propia interpretación, recurrimos a los conceptos analíticos –*illness, sickness y disease*- y a la noción de *modelos explicativos* de Arthur Kleinman (1988:5). Para nosotros el modelo de Kleinman nos permite recuperar, además de la dimensión fenomenológica (cuerpo-acción autolesiva-experiencia como una forma de estar-en-el-mundo. La idea de la autolesión como “language of suffering”) la dimensión en el “entre” (in between) de la autolesión como normal/anormal en el si de la relación terapeuta/paciente.

Para Kleinman el concepto *Illness* hace referencia a la experiencia, a la vivencia de la enfermedad, a “*How the sick person and the members of the family or wider social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability (...) the illness experience includes categorizing and explaining, in common-sense-ways accesible to all lay persons in the social group, the forms of distress caused by those pathophysiological processes...*” Kleinman utiliza el término *Disease* para explicar precisamente el punto de vista médico, más organico, entendiendo por esta dimensión “*what the practitioner creates in the recasting of illness in terms of theories of disorder (...) Is the problema from the practitioner’s perspective...This means that disease is*

reconfigured only as an alteration in biological structure or functioning...” y *Sickness* para explicar la dimensión social de la enfermedad “*Defined as the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial –economic, political, institutional forces...*” (1988:6). El concepto “modelos explicativos” de Kleinman nos sirve, como hemos dicho, para dar cuenta de las nociones/construcciones acerca de un determinado episodio de enfermedad/malestar sobre la base de los agentes implicados en el proceso clínico. Hablar de modelos explicativos es hablar del proceso de transacción entre el modelo explicativo del paciente y el modelo explicativo del médico, sus puntos de encuentro y sus disonancias. Y es que como hemos visto en el anterior punto, es precisamente en este decalage de modelos explicativos que se pierde el significado del síntoma.

Si bien todos o casi todos trabajos revisados hablan de la existencia de una diferenciación de género en favor de las mujeres, ¿Por qué en sus trabajos este hecho se da como un simple dato descriptivo? ¿Por qué no se habla de los condicionantes sociales y culturales (muchas veces reflejo de situaciones de discriminación) de la situación de estas mujeres? ¿Por qué la consideración de la autolesión como una enfermedad femenina? Y, ¿qué pasa con los casos de varones que se autolesionan?

En relación al sesgo de género, sobre la necesidad de reivindicar la multidimensionalidad/complejidad del fenómeno y con el objetivo de recuperar las dimensiones culturales y simbólicas que hay detrás de los significados de las autolesiones, consideramos que la aplicación de una perspectiva hermenéutica que ahonde en las dimensiones comprensivas y explicativas de la autolesión en su contexto, nos lleva a interpretar la conducta autolesiva como una acción en dónde es el cuerpo el que a través de la piel se ve profundizado, y en el que a través de los cortes e inscripciones, el cuerpo anónimo se convierte en texto con capacidad discursiva (con expresiones como *pain, alone, sorry, lonely, ugly, worthless, lost, dead, I die, fuck you, sad, stupid, fat, numb, this one is for you, addiction, take my pain again, love me, kill me, release*) por sí mismo. No obstante hemos de tener en cuenta que esta idea de cuerpo-texto -muy foucoulitana por otro lado- no deja de ser el punto de partida de nuestra investigación, puesto que es a partir de ahí, a partir del cuerpo y a partir de la lesión, que entramos, metafórica, carnal y analíticamente en la dimensión intersubjetiva, fenomenológica e interpretativa de la experiencia. Este abordaje teórico nos obliga a

repensar la autolesión antes que como un signo como una *forma elemental del acontecimiento* (Augé, 1991:35), como un punto a partir del cual buscar la lógica de la acción, de su expresión a través del cuerpo y su correspondencia con los diferentes órdenes de la vida social.

Nuestra propuesta en este ámbito busca tratar de hacer emerger la naturaleza de la experiencia de las autolesiones corporales como una forma de-estar-en-el mundo (body in suffering) y estar en el “entre”. Sobre esto, consideramos que tanto las aportaciones que se han hecho desde un posicionamiento feminista que discute sobre la normal exclusión de la experiencia de ser mujer (sobre todo en el ámbito del modelo psiquiátrico hegemónico actual), además de las aportaciones feministas postestructuralistas (Butler: 2000, 2001, 2002), que focalizan sobre la experiencia de estas mujeres en el contexto de las realidades sociales en las que viven, nos van a servir para interpretar algunos de los sentidos que permanecen latentes en las experiencias de Sicksaura y Candy.

Sicksaura tiene 17 años y escribe con bastante frecuencia en un foro de *ya.com* sobre autolesiones. En un post de finales de octubre de 2006 titulado *pensamientos confusos*, Sicksaura escribe:

Tengo un nudo en la garganta que no me deja respirar. Lo más profundo de mi ser está apagado. Llevo casi más de dos años que mi vida se perdió en el tiempo. Hoy tengo ganas de cortarme pero creo que es para dejar de pensar que tengo que arreglar las cosas. Tampoco me apetece volver a la rutina de los cortes, ya que no quiero apartarme de quien tanto tanto quiero. Me gustaría abstraerme, quiero evaporarme, me gustaría volar....

Las alusiones de Sicksaura a su deseo de abstraerse y de evaporarse mediante las laceraciones nos retornan a la idea del cuerpo objeto y la interpretación de la autolesión como una prolongación de la idea de cuerpos abiertos, porosos, de difícil delimitación, como prolongaciones de las identidades cambiantes. En respuesta a su post, bladerunner (del cual no sabemos su edad ni tampoco su sexo) escribe a mediados de 2008:

Vamos, ¿Por qué no te cortas? La vida es una mierda, todo es demasiado confuso. Uno cree que se está mejor acompañado pero no es cierto!!! No lo es, lo sé. En realidad buscamos compañía solo con un motivo: escondernos de nosotros mismos, escondernos de la soledad, porque en la soledad nuestra mente

comienza a funcionar como única compañera. Cuando hablas con la gente en realidad no eres tú, eres un ser creado a imagen y semejanza de los demás. En la soledad se crean post como el que tú has hecho. Puede que te cortes, lo sé, puesto que eres increíblemente sádica y tu única virtud consiste en escondérselo a todos los que pertenecen a tu mundo...

Sicksaura fue diagnosticada de anorexia y bulimia. En otro de sus posts explicó los sentimientos de soledad, ira, tristeza, vacío, ansiedad e inseguridad que le llevaron a no querer salir ni a la calle. Para Sicksaura la bulimia es, al igual que las autolesiones, una forma de autodestruirse:

En mi anterior post omití cosas sobre mi vida personal. Y no voy a contarlo para que sintáis pena o lástima. Lo hago de forma egoísta. Hoy voy a hablar sobre mí, sobre mis experiencias, sobre cómo me siento. Las cosas que he hecho, mis avances, mis miedos, las dudas, porque tengo muchas dudas y normalmente no encuentro respuestas. Posiblemente debería intentar apoyarme en mi pareja, pero creo que es un peso demasiado grande que él tiene. Me siento confusa, tengo muchas dudas, muchos miedos. Solamente salir a la calle y encontrarme con gente me genera mucho miedo y me desanima estar así de mal. Me hace sentir incapaz de mantener una relación de forma sana. Sé que es mi autoestima, sé que estoy pasando un mal momento, sé que mañana probablemente esté mejor. También tengo que reconocer que estoy pasando una etapa de bulimia horrorosa y tengo mucho miedo de volver a caer otra vez en la anorexia. Quizá es por la edad, que ya no soy una niña. Ser bulímica es lo peor que hay, te vas matando poco a poco...

Candy es una chica de 26 años que se define como sumisa (en el sí de una relación de Dominación/sumisión) y que publica en la página web www.amo_ama la devoción que siente por su Ama Sandra. Su relato se acompaña de fotografías y de las sensaciones que ha sentido en algunas de las Sesiones que han realizado. Recupero algunos fragmentos del primer y segundo de sus relatos publicados.

En el primero de los relatos Candy explica el origen de su interés por el BDSM³³, un poco por azar, y el momento en que conoce a su Ama Sandra

Muchas veces intenté canalizar mi mente en situaciones y cosas que no llevaban a nada. Fiestas, noches, relaciones tormentosas y un sin fin de recuerdos

³³ BDSM son las siglas de B: bondage, D: disciplina y dominación, S: sumisión y sadismo, M: masoquismo.

fragmentados. Conocí un hombre en aquellos días, en que pocas cosas tenían sentido para mí. Una persona encantadora, no por ser guapo, sino por su inmensa amabilidad; era el hombre perfecto, pero no para mí; compartimos más que una simple caricia, en las tardes menos sospechosas de un gélido 2007.

Desde aquel entonces, por razones de su trabajo, una gran distancia nos orientó a otros caminos, en los que algunos sms hacían la diferencia. En uno de ellos, me contaba sus ganas por llevarme a un lugar donde encontraría parte de mí y aprendería a controlar mi mente. En uno de esos martes, que solía estar libre, sus pasos me guiaron a un sitio desconocido. Una puerta marrón, tipo multilock, de aspecto pesado, fue la fachada inicial que mis ojos pudieron apreciar.

Te dejaré aquí, solo puedo decirte que aprenderás cosas que luego me agradecerás y te harán fuerte a nivel mental. El pacto se ha efectuado; ahora, andarás sola este gran camino. Se fue sin más, le vi bajar cada escalón, confiando en su palabra y esperando erguida, que abriesen la puerta. La primera impresión que tuve de esa mujer que me abrió, no la olvidaré, aún cuando los años, quemén mi memoria. Su mirada intrigante, como las botas puntiagudas que calzaba. Un abrigo envolvía su cuerpo, cual si de un león enroscado se tratase. Llena de timidez, intenté sacar una sonrisa, pero mis gestos parecían ridículos, ahora que lo recuerdo. Su grata sonrisa me invitó a pasar, hasta llegar a un despacho pequeño, que albergaba libros de sadomasoquismo en su mayoría (...) Vuelvo en diez minutos, espérame aquí.- refirió con tranquilidad y yo asentí ansiosa.

Al cerrar la puerta, casi todo quedó en silencio, a no ser por un gemido agudo que lo interrumpía. Era un video sado que reproducía la tele y que ya que estaba allí esperando, pues me dispuse a verlo con curiosidad. Me encontré paralizada, ante un mundo de nuevas sensaciones; era lo que deseaba, sentía que comenzaba a salir de una enorme montaña de roca y hielo, donde yacían dormidos mis bajos instintos. Seguidamente, comencé a escuchar voces fuertes, soltando tacos de todo tipo. Me puse nerviosa, pensando que algo ocurría ahí fuera, pero luego de un rato, ya eran conocidas, porque pensé que era alguna sesión de sado y, a juzgar por las imágenes que contemplaba, era obvio suponerlo.

Pasados treinta minutos, apareció la misteriosa mujer, luciendo un vestido negro de gamuza con tirantes de cadenas doradas, entre bordados de la misma tela y un par de guantes de tela brillantes que escondían sus manos pecosas. La puerta quedó abierta, dejando ver un par de puertas cerradas. -Estas aquí para canalizar tu mente y reforzar tu energía interna, a través del dolor, entregándote por completo. Por el momento, serás mi esclava, para iniciarte y adiestrarte en este paraíso al que muy pocas personas tienen acceso. Así que desnúdate y comencemos....

Desde ese momento, inicie un largo e interesante recorrido en el mundo del sado, por medio de sus enseñanzas. Con el tiempo, su mano se convirtió en la primera en castigarme y azotarme, para que aprendiera el verdadero significado de la obediencia total. Cada semana una prueba distinta, para demostrar que estaba dispuesta a darlo todo. Entre ellas, dos días sin comer, con pesas en mi cuerpo, a cambio de lamer lentamente los pechos de mi Ama Sandra, tal cual como le gustaba. Cada minuto de libertad en su cuerpo, eran horas de entrega al dolor, en su nombre. Suavizo mis rasgos, tiñéndome el cabello de sutiles mechas rubias y al partir la tarde, me acercaba a degustar de sus platos, a los que pienso que le pone mucho cariño, por su aroma y sabores exquisitos.

Dos meses después, me dijo que estaba lista para ser entregada a otros Amos y compartir mi sufrimiento con otras esclavas que no conocía. De este modo, le demostraría el inmenso amor que por ella profesaba; era la primera prueba de fuego. Esa noche dormí tranquila, porque confiaba en mi Ama y sabía que nunca me abandonaría, aunque en algunos momentos, solo tuviese palabras de desprecio para conmigo, en las sesiones que me adiestró. Al amanecer, me llamó a temprana hora, diciéndome con agrado que era el día indicado para entregarme, en una sesión de nivel medio, que regiría un Amo de mucha experiencia. Impaciente llegue dos horas antes de la sesión y me dispuse a desconectar mi mente del mundo exterior, como me había enseñado mi Ama Sandra. Me di una ducha tibia y cogí el traje de colegiala manga que me aguardaba en el perchero del pasillo. Al terminar de vestirme, unas manos me rodearon desde arriba hasta llegar a mi cuello, para colocarme un collar de cuero negro con cadena. Era mi Ama Sandra, dándome ánimos, diciéndome que lo haría estupendamente y que estaría cerca, para cuidar los pasos de su perrita. Yo, en gesto agradecido, no tuve más que arrodillarme y lamer sus tacones y dejarme llevar a cuatro patas a mi primera prueba de fuego.

La venda me inundó de impaciencia, quería conocer la firmeza de mi nuevo amo. Entre ambos me insultaron sin parar y cogieron de mis cabellos, hasta quedar vestigios de estos sus manos. Mi cara no reflejaba dolencia alguna, estaba totalmente desconectada de la realidad. Mis ojos bien cerrados, nadando en oscuridad. Podía escuchar el latido de mi corazón tambaleante como mis piernas ante el cansancio que me daban los tacones. Mi cabeza se amoldó a una sola cosa: acatar ordenes, recibir el dolor y transformarlo en placer...¿cómo lo transformaba?, simplemente decretando que el dolor solo esta en la mente y que por amor se puede ser capaz, de cosas imposibles. De pronto, una especie de alambre frío, caminaba en mi espalda, convirtiéndose en un nudo que presionaba mi estómago, hasta sacarme un par de trozos en mi cuerpo, bien marcados. Al terminar, en mi torso yacían, dos cuadros jugosos de mi piel morena. Mi Ama salió de la mazmorra y colocó una hermosa melodía celta. Era como estar en un rozo del Film de Braveheart, gritando ¡Más mi Amo, Más! en vez de Libertad.

Aquel amo de perfume varonil, me castigó el vientre, mientras me hacía contar cada uno de los latigazos. Aplicó Pinzas en mis pezones y en medio de éstas, un hilo muy fino, del que tiraba con sabia energía. Aquella locura, originó en mi excitación y perdición. El ardor inundó la habitación y, entre más latigazos acentuados, más entrega de mi parte. - !Que delicia mi Amo!, todo este castigo para este míero cuerpo, que le pertenece y no le merece y que ha infringido las normas de mi amo; merezco sufrir por vos... (sic.) (Candy, 26 años)

A partir de los relatos de Candy y Sicksaura extraemos algunos de los significados que pueden existir en la lesión, dado que cada historia nos está adentrando en distintos marcos de referencia: del placer por la entrega de Candy, hasta el deseo de evaporación de Sicksaura.

La cuestión que quiero recoger aquí, una vez que hemos reflexionado acerca del arbitrario en la construcción del síntoma, tiene que ver más que con cuestionar el acto, con preguntarnos por qué la lesión sobre el cuerpo es el elemento que permite encarnar experiencias de sufrimiento y por qué la autolesión deviene el instrumento a partir del cual se expresa el universo emocional de estos jóvenes. De hecho, las articulaciones entre los procesos de construcción de la identidad, represión y vinculación de lo emocional con el cuerpo son cuestiones que aparecen recurrentemente en las narrativas, en donde expresiones como “soledad” “dolor”, “vacío” están tanto en sus discursos como carnalmente inscritas en sus cuerpos. Específicamente sobre la “encarnación” de estos malestares emocionales hablaremos en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

JÓVENES: GÉNERO, IDENTIDAD Y CUERPO

La Oruga y Alicia se estuvieron mirando un rato en silencio. Por fin la Oruga se sacó la pipa de la boca y se dirigió a la niña en voz lánguida y adormilada. ¿Quién eres tú? -dijo la Oruga.

Alicia contestó un poco intimidada: Apenas sé, señora, lo que soy en este momento....-sí sé quien era al levantarme esta mañana, pero creo que he cambiado varias veces desde entonces. ¿Qué quieres decir con eso? – Preguntó la Oruga con severidad- ¡A ver si te aclaras contigo misma! Temo que no pueda aclarar nada conmigo misma, señora- dijo Alicia- porque yo no soy yo misma, ya lo ve. No veo nada, protestó la Oruga. Temo que no podré explicarlo con más claridad -insistió Alicia - porque para empezar ni siquiera lo entiendo yo misma, y eso de cambiar tantas veces de estatura en un solo día resulta bastante desconcertante. No resulta nada, replicó la Oruga. Bueno, quizás usted no haya sentido hasta ahora nada parecido, dijo Alicia, pero cuando se convierta en crisálida, cosa que ocurrirá cualquier día, y después en mariposa, me parece que todo le parecerá un poco raro, ¿no cree? Ni pizca, declaró la Oruga. Bueno, quizá los sentimientos de usted sean distintos a los míos, porque le aseguro que a mí me parecería muy raro. ¡A ti!-dijo la Oruga con desprecio- ¿Quién eres tú?

Lewis Carroll, 1996 [1865]

Capítulo 2. Jóvenes: género, identidad y cuerpo.

1.-Polifonías juveniles: explorando el itinerario autobiográfico corporal como estrategia metodológica

En abril de 2008, *l'ITA: Associació d'Antropologia*, con el apoyo institucional y económico del DAFITS –Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social-, la Universitat Rovira i Virgili y el Àrea de Juventut de l'Ajuntament de Tarragona, organizaron un ciclo de conferencias sobre *jóvenes, corporalidad y emociones*. El ciclo se ofrecía como una actividad de créditos libres para los estudiantes y pretendía abrir un espacio de debate en torno a la noción de cuerpo y subjetividad a partir del trabajo – empírico y teórico- de expertos, tanto del ámbito de las ciencias de la salud como de las ciencias sociales.

El ciclo de conferencias fue un éxito, tanto por la participación como por la calidad de las ponencias presentadas. Se inscribieron al curso más de 60 chicas y chicos que provenían de diferentes áreas de conocimiento: psicología, medicina, magisterio, enfermería, antropología, trabajo social, educación social, turismo, ingenierías y también de Institutos de Secundaria de Tarragona y Reus. La jornada duró dos días y el resultado fue muy interesante.

Al finalizar el curso, y como trabajo para obtener los dos créditos que se ofertaban, se les sugirió que o bien teniendo en cuenta algunos de los temas que habían surgido en las diferentes mesas de trabajo: jóvenes, conductas de riesgo, emociones, culturas juveniles, maternidad, enfermedad mental y amor o bien tomando como ejes sus propias experiencias vitales y corporales, narrasen su historia. Nuestro planteamiento consistía en que, a partir de sus *itinerarios autobiográficos corporales*³⁴ -recupero metodológicamente la propuesta de Esteban (2004)-, nos fuese posible hablar de la construcción de la identidad del joven.

³⁴ Metodológicamente el uso de los itinerarios corporales de estos/as jóvenes nos ha permitido repensar analítica y discursivamente las prácticas corporales que aparecen en el discurso narrado. Para Esteban (2004: 54) los itinerarios corporales se definen como: “procesos vitales individuales (...) que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es considerado, por tanto, un nudo de estructura y acción, el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales”

Nuestra propuesta para trabajar con material de tipo autobiográfico narrado radicaba en que queríamos que fuesen los jóvenes los que desde su experiencia hiciesen emerger los modelos que condicionaban la forma cómo se construían y representaban corporal, genérica y sexualmente dentro de un determinado sistema de relaciones³⁵. Nuestro objetivo era, por una lado, hacer emerger de los diferentes testimonios –siendo conscientes del sesgo que suponía la muestra (jóvenes y sobretodo chicas universitarias) – las *representaciones*, es decir los universos de significado, los mensajes, las expectativas, las normas que consciente o inconscientemente reproducían en el relato corporal narrado, y por otro lado evidenciar las *prácticas*, es decir el tipo de acciones que o bien legitimaban o bien subvertían de forma dinámica el universo de las representaciones.

El fundamento del cual emergía nuestro planteamiento asumía los siguientes presupuestos. En primer lugar asumíamos el hecho de que nuestros jóvenes construyen sus identidades de acuerdo a una serie de apriorismos sexuales, corporales y de género. Sobre esto y de acuerdo con Scott (1986), partíamos de la base de que tanto la identidad sexual como la identidad de género son construcciones socioculturales que emergen de la interpretación de un modelo sexual dicotómico (masculino y femenino) a partir del cual se construye la identidad. Por otro lado, asumíamos que la identidad de género va siempre vinculada al cuerpo y que, por tanto, las identidades de género son siempre corporales (Esteban, 2004).

En base a lo planteado, recopilamos 46 relatos³⁶: 39 de mujeres –de 18 a 27 años- y 7 de hombres –de 20 a 30 años-. Todos ellos estudiantes universitarios. Para trabajar con sus narrativas nos resultó muy útil por la cantidad de material que manejábamos el programa de análisis de datos cualitativos weft-QDA. Las razones para escoger este software tuvieron que ver con que es un software libre, de fácil manejo y que nos

³⁵ De acuerdo con Rubin (1996 [1975]) cuando hablamos del sistema de relaciones nos estamos refiriendo al sistema sexo/género a partir del cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en un producto de la actividad humana, y en el cual se satisfacen las necesidades humanas transformadas. De acuerdo con la autora, la imbrincación entre la organización social del sexo y la constricción de la sexualidad femenina es dependiente del contexto histórico y del universo cultural (Rubin, 1984).

³⁶ El sesgo vino dado por la presencia mayoritaria femenina a las jornadas. Edades de las mujeres y número de relatos: de 18 años, 3. De 19 años, 4. De 20 años, 7. De 21 años, 17. De 22 años, 7. De 23 años, 3 y de 27 años 1. Edades de los hombres y número de relatos: de 18 años, 1. De 20 años, 2. De 21, 22, 27 y 30 años, 1.

permite trabajar con texto (en formato pdf o txt), con lo cual solo teníamos que transformar todos los textos a pdf y empezar a trabajar. A partir de ahí el procedimiento de sistematización de la información fue el mismo que con cualquier otro programa de análisis de datos o procedimiento de ordenación manual: se trataba de leer y releer los textos, crear categorías, colocar los fragmentos seleccionados en carpetas y una vez clasificados, seleccionar las categorías con las que queríamos trabajar. Con esto obtuvimos nuevos textos en donde aparecían los testimonios clasificados por categorías.

A partir de ahí decidimos crear distintos ejes temáticos que abordaran, por un lado, el surgir de la conciencia de cuerpo, que reflejasen el trabajo corporal (Wacquant, 1995) en términos de biopoder (Foucault, 1987) al que los adolescentes iban sometiendo sus cuerpos. Otro de los ejes tenía que ver con cómo determinados malestares –definidos aquí como inseguridades, miedos, sentimientos de culpa, nervios, etc.- se expresaban a través del cuerpo. Nos interesó también, a pesar de que estuvimos dudando en incorporarlo o no, un eje sobre ritos de paso. Finalmente decidimos mantenerlo pero sin darle entidad propia dado que las experiencias de impasse aparecían en muchísimos de los relatos y directamente tenían que ver con el proceso de configuración de la identidad juvenil. El último eje atañe a la sexualidad.

1.1 Yo, mi misma y mi cuerpo

“Antes de entrar en la adolescencia mi cuerpo era totalmente normal, es decir, no estaba ni gorda ni delgada. Pero esta valoración la hago ahora cuando miro las fotografías, puesto que de niña no recuerdo haber tenido esa sensación de normalidad o no sobre el cuerpo”

Virginia, 20 años

En todos los itinerarios corporales las chicas son las primeras en adquirir consciencia de su cuerpo a partir de los cambios corporales que se producen en la pubertad. Si bien para casi todas ellas la menstruación no es percibida como el punto de inflexión que marca la entrada a la juventud, los cambios externos (crecimiento de los pechos, aumento del vello, ensanchamiento de caderas, de cintura y glúteos) sí que lo son. Esta es una cuestión interesante dado que pone de manifiesto la disyuntiva entre la madurez sexual (menarquía en el caso de las chicas) y la madurez social (su reconocimiento a partir de los cambios corporales externos).

En los relatos de los chicos queremos destacar que en ningún caso aparecen descritos ni los cambios, ni las vivencias de las transformaciones de su cuerpo. Aparecen, eso sí,

referencias al hecho de “ser/estar fuerte” y “hacer deporte” pero tampoco en todos los itinerarios. Su no explicitación es un elemento a tener en cuenta.

Bajo el paradigma del “proyecto del cuerpo” de Shilling (2003) y el self-corporalizado de Giddens (1991) vamos viendo cómo se va configurando y construyendo el *malestar a partir del cuerpo* en estos jóvenes, precisamente por la disyuntiva entre la percepción real del cuerpo y los inputs en relación a la imagen-modelo de cuerpo que se recibe. Para Espeitx (2006: 4) esta construcción del cuerpo-identidad actúa sobre una triple dimensión. En primer lugar sobre la identidad –o el yo frente y para los otros-, en segundo lugar sobre la autopercepción –o el yo para mi mismo- y en tercer lugar sobre el atractivo sexual.

Natalia, de 25 años, no recuerda haber tenido ningún shock con la primera menstruación, lo aceptó con total normalidad, sin embargo los cambios más visibles de su cuerpo –los pelos y los pechos- le comportaron más de un dolor de cabeza. Natalia dice que ella siempre ha tenido mucho pelo, que empezó a depilarse muy pronto, y que aunque parece que los pelos van progresivamente disminuyendo, todavía están ahí. De pequeña, dice que los niños se burlaban de ella por su bigote. Esto hizo que su madre empezase a teñírsele a una temprana edad. En cuanto a los pechos, dice que fue de las primeras de la clase en desarrollarse y que le costó mucho aceptar el cambio. Esto le llevó al punto de envolver sus tops (sujetadores) a presión con cinta aislante para disimular el pecho. Lo hacía sobre todo en educación física, ya que no podía soportar la idea de que la gente de su clase viese como le botaban los pechos. Más tarde descubrió los sujetadores de atletismo que aunque eran dolorosos le dejaban un tórax prácticamente plano.

Alfred, de 20 años explica que durante la adolescencia aprovechaba todo el tiempo que tenía libre para estar con sus amigos. Iban a la misma clase, y jugaban en el mismo equipo de fútbol. Para él el fútbol y los amigos han sido los dos ejes claves de este periodo.

Para **Irene**, de 21 años, en la adolescencia todo suceso era vivido de una forma extrema, las discusiones con las amigas representaban el fin del mundo y si el chico que le gustaba la miraba podía llegar a ser el momento más feliz de su vida. Los principales

conflictos de Irene vienen sobre todo motivados por la ropa, dice haber sufrido un “conflicto de imagen” en la adolescencia, que “no se encontraba” a sí misma.

Ariadna, de 20 años, empezó a fijarse en su cuerpo y a hacer comparaciones con las demás niñas de su edad a los 12 años “fue un poco después de que me viniese la regla”. Su objetivo –y también el de sus amigas- era poder llegar a gustar a algún niño, que se fijasen en ella. Esto, dice “era un reto complicado”. A partir de entonces empezó a preocuparse por llevar ropa a la moda, ropa que le quedase bien al cuerpo. Empezó a surgir en ella también a partir de ese momento un sentimiento de inferioridad por “bajita, flaca y no muy guapa” que antes no había percibido. En la escuela no se sentía muy bien por un lado porque no tenía amigas y por el otro porque físicamente no se sentía “cómoda”.

Para **Juan**, de 28 años, el deporte y el cuidado del cuerpo representan un papel central en su día a día: “Yo cuido bastante mi cuerpo: intento llevar una alimentación equilibrada –pollo, verduras, pastas, arroz, leche, etc.- quitando los excesos del fin de semana. También voy al gimnasio entre tres y cinco días por semana (hora y media por día para hacer musculación). También juego en dos equipos de futbol, práctico surf y snowboard. También juego a vóley-playa (incluso he ganado algún campeonato de verano) y de forma esporádica practico básquet, tenis y pádel. También me gusta mucho leer aunque he de reconocer que últimamente entre el trabajo, la universidad y el deporte me queda poco tiempo para sentarme en el sofá y leer un buen libro. También el fin de semana que no trabajo, arbitro partidos de futbol sala (de la federación española de futbol sala). Es un plus económico que me viene muy bien para desahogar mi economía...”.

Teresa, de 19 años, recuerda bien el momento, el día, en que despide la infancia para iniciarse en el camino de la adolescencia: “Recuerdo a la perfección el día que despedí la infancia e inicié mi camino hacia la adolescencia. Era una mañana que iba al cole, estaba en el lavabo lavándome la cara y de repente me miré en el espejo. Me miré una y otra vez y no podía creer como podía llevar ese pelo tan mal peinado. Siempre había tenido el pelo muy liso pero de repente se me empezó a ondular. Fui al armario de mi madre y le revolví todos los productos que tenía y me puse algo que pensaba que era para alisar los pelos rebeldes, me hice con el secador y con muy poca maña traté de

dominar aquellos pelos. Desde aquel día me empecé a mirar en el espejo de forma diferente y fui aumentando de forma gradual el nivel de exigencia hacia mi apariencia...”

A pesar de que hemos presentado solo unos cuantos de los testimonios, el disciplinado del cuerpo y la autoexigencia corporal es una cuestión que aparece de forma recurrente en los itinerarios. Queremos destacar también la latente insatisfacción en relación a la percepción del cuerpo. En los relatos, el aspecto que se percibe más desvalorizante tiene que ver con el sobrepeso, a pesar de que este es más percibido –en los relatos hablan de estar hinchada o estar regordeta- que real, por otro lado la excesiva delgadez tampoco se percibe como algo positivo.

Como ya hemos señalado los chicos no ponen especial énfasis en *estar o no estar* gordos, sino más bien en el hecho de *ser fuertes*. En relación al modelado del cuerpo a través del deporte, Espeitx (2006: 15) destaca en su trabajo diferencias de género en las motivaciones que hay detrás del inicio de un programa de fitness³⁷ sin embargo creemos que es importante señalar que más allá de estas diferencias, en la base del paradigma la construcción y el modelado de estos cuerpos pone de manifiesto lo que Featherstone (1991:114) define como *consumo sagrado*, es decir que de acuerdo con Featherstone, el *discomfort* – de naturaleza construida- genera una mayor necesidad –construida también- de consumir todo tipo de productos que tienen que ver con el cuidado del cuerpo y por la asociación también del cuerpo con la self-identity (Shilling, 1993)

Si bien la premisa central de la que emergía nuestra propuesta de trabajo se centraba en que los jóvenes narrasen sus experiencias vitales a través de las transformaciones y formas de sentir corporales, muchos de los relatos se centraron en narrar los procesos que como *rito de paso*, el grupo marca hacia la adquisición del nuevo estatus.

En relación a los rituales que marcan el tránsito del niño al adulto, en antropología clásica tenemos numerosos ejemplos. En 1909 Arnold Van Gennep (1986: 40) los

³⁷ Para Espeitx el inicio de un programa de fitness tiene que ver con, en el caso de las mujeres reducir grasa corporal y endurecer determinadas partes del cuerpo, mientras que los adolescentes y los hombres jóvenes valoran en mayor medida mostrar un cuerpo “más fuerte”, y la satisfacción que proporciona obtener resultados visibles, es decir, que la imagen corporal se modifique en la dirección deseada, se convierte en un estímulo para mantener o aumentar la frecuencia de las visitas al gimnasio.

define como: “los ritos que acompañan todo cambio de lugar, estado, posición social, edad... tienen una estructura sencilla que se sucede según una lógica universal: separación, liminalidad –no man’s land-y agregación”. Este tipo de rituales tenían la función de proporcionar al joven un nuevo rol en la comunidad. Margaret Mead (2001[1939]) habla del culto del *tamberan* como rito iniciático entre los chicos Arapesh. En el ritual del *tamberan*, el niño varón es alejado de la comunidad junto con otros niños-en el imaginario Arapesh *el tamberan* es algo parecido a un monstruo caprichoso y solo los hombres que han sido iniciados saben que no existe-. Durante ese período se les practica la circuncisión, se les da comida de sacrificio preparada con sangre de ancianos y se les revela que son los hombres quienes hacen las cosas que se atribuyen al *tamberan*. Colin Turnbull (1965) habla del ritual del *elima* –que coincide con la primera sangre menstrual de las muchachas Mbuti del Congo. En el ritual del *elima* las jóvenes que han menstruado celebran una fiesta en la que invitan a jóvenes de otros grupos, y estos, a su vez invitan a otros jóvenes de otros grupos. La fiesta está supervisada por la “madre” o el “padre” del *elima*. Turnbull (1965:137) especifica que la función del ritual es: “*enthusiastic lovemaking, and the ultimate outcome for many of them marriage. The critical aspect of supervision provided by the elima “father” and “mother” with the help of other adults and elders is to ensure that only those pairings occur among the youths are legitimate in terms of the marriage rules*”. Victor Turner (1980) habla del ritual Nkanga, que es el ritual de la pubertad de las muchachas ndembu y que se realiza con la finalidad de garantizar la capacidad reproductiva de la muchacha, el ritual está ligado al árbol de la leche (*mudyi*) símbolo de fertilidad.

Sobre los ritos de paso en nuestro contexto, Carles Feixa (2008) señala que los ritos de paso tradicionales han ido siendo reemplazados por *ritos de impasse*, dado que las etapas de transición se han convertido en “etapas intransitivas” cada vez más amplias en el tiempo. Si bien tal y como hemos señalado muchos de los relatos recopilados se centraron en relatar los procesos ritualizados que informalmente el grupo marca hacia la adquisición de un nuevo estatus, en este caso el primer cigarro, el primer porro, la primera borrachera son los ritos que mayoritariamente aparecen. En relación a la cuestión de las drogas en los jóvenes, en el informe CIIMU de 2008 Jaume Funes señala que hoy día el uso de determinados tipos de droga ejerce una función clara como rito de transición: “Això es molt clar ja, per a un grup significatiu d’adolescents, en relació amb el

cannabis. Per a ells (només en part per a elles) fumar “porros” és l’experiència que els demostra haver entrat ja en l’adolescència i està passant el mateix amb l’alcohol”. Funes situa la búsqueda del placer como elemento que lleva a la búsqueda colectiva de formas de satisfacción y experimentación.

Sobre la adolescencia creemos que es esencial destacar su naturaleza construida (Mead, 1984) y queremos poner especial énfasis en que la “turbulencia, tormenta o estrés emocional” (Hall, 1904; Bayard, Bayard, 2007; Informe Genus, 2008 et al.) y la forma como se gestiona y expresa está culturalmente definida. Sobre esta cuestión tanto Benedict, 1989 como Mead, 1985 señalaron que las “explosiones y rebeliones domésticas comunes en América (...) poco tenían que ver con *los rites de pasage* de reconocimiento social de la pubertad de otros contextos” (Benedict, 1989: 38). En el informe Genus (2007: 43), a pesar de que se reproducen algunos tópicos en relación a la adolescencia nos gustaría destacar la cuestión de la gestión química de los estados de ánimo que abordan. De acuerdo con el informe “nuestros adolescentes están desde la infancia acostumbrados a la gestión química de los estados de ánimo y acceden a la *turbulencia emocional* –la cursiva es nuestra- de la adolescencia convencidos de que obtener placer y eliminar el malestar es posible a través del uso de diferentes drogas. En relación a las sustancias más “consumidas, valoradas y utilizadas” se sitúan el alcohol, el tabaco y el cannabis y un poco más atrás pero cada vez más reduciendo distancias la cocaína (Genus, 2007:43).

Ester, de 22 años, tuvo su primer contacto con el tabaco a los 16. Desde entonces no ha dejado de fumar:

“Fue en plan tontería. Nos juntamos yo y dos amigas. Queríamos experimentar. Yo llevé el cigarro. Quedamos en un parque. Lo compartimos las tres. Me pareció asqueroso pero a la vez interesante. Unos días después volvimos a quedar para fumar, pero esta vez con un cigarrillo cada una. Nos sentíamos importantes, seguras, mayores... Unos meses más tarde fuimos a comprarnos un paquete de tabaco entre las tres y nos íbamos a fumar al salir del instituto. Después también quedábamos por las tardes para fumar. Cuando se terminó aquel paquete, después ya teníamos un paquete cada una y fumábamos casi cada día. Aquel era nuestro secreto. Teníamos una cabaña secreta y después de clase íbamos a fumar allá. También nos inventamos un vocabulario para hablar de “fumar” le llamábamos “pescar”, de los cigarrillos “peces” y del encendedor “caña”. Un día una de mis amigas dijo que nos teníamos que tragar el humo, que

si no no hacíamos nada. Lo hicimos y nos mareamos las tres. Estuvimos unos días sin fumar. Poco después ya nos tragábamos el humo cada día. De esta manera tan tonta empezamos. Poco después tuve el primer contacto con los porros. Sabía que existían pero no los había probado. Y los probé, no me gustaron tanto como los cigarros normales pero me lo pasaba bien cuando fumaba. Aquel mismo verano fui de vacaciones a la playa y conocí la cocaína. Estaba en una discoteca con un grupo que había conocido en el camping. Una de las chicas me dijo si la podía acompañar al lavabo y la acompañé. Entramos las dos y ella baja la tapa y hace dos rallas. Me quedé paralizada. Le dije que no”.

Juan Carlos, de 30 años explica que lo echaron del instituto por “actitudes incívicas”, reconoce que en aquella época vivía en su mundo, que fumaba muchos porros (lo primero que hacía al levantarse era liarse un porro en el baño) y que este hecho le ocasionó más de un problema.

Laia, de 20 años, explica que en la adolescencia fue cuando empezó a hacer el cambio y que mientras a las otras chicas de su clase les daba por vestir rollo “mango y zara”, ella empezó a vestir ropa heavy, siniestra:

“Empecé a hacerme un poco oscura, del “lado oscuro” siniestra, heavy metal y cosas de estas. En primero de la ESO estaba super oscura pero bueno, me gustaba. En segundo de la ESO ya fue la oscuridad total, fue mi primer tonteó con el heavy, con la historia que lleva el heavy, el pensamiento pesimista. Supongo que es una época de estas en la que no te sientes a gusto con tu cuerpo y con los cambios que se producen y esto lo exteriorizas empeorando aún más la apariencia”.

1.2 Malestares encarnados

Si acordamos, junto con Lecourt (1978), que definir un concepto es formular un problema, reconoceremos que la formulación de un problema requiere de la presencia simultánea de otros conceptos que nos van a ayudar a configurar el marco sobre el que se construye nuestro objeto de estudio. Este es el caso de lo que llamamos *malestares encarnados*, llámense somatizaciones o crisis conversivas en el lenguaje biomédico. De hecho, es a partir de la consideración de la naturaleza construida de la enfermedad mental (véase el tercer capítulo), que definimos los *malestares encarnados* como aquellas situaciones en el “entre”, en la bisagra entre la salud y la enfermedad, y en las que un padecimiento se expresa a través del cuerpo. Además de por estas razones, utilizamos el término *malestares* porque nos interesa rescatar (Kleinman, Eisenberg y

Good, 1978) el significado que el padecimiento tiene en el individuo. Nuestra propuesta conceptual se nutre también del concepto *sociosomática* propuesto por Kleinman (1986) para quien el análisis sociosomático tiene que ver con el origen social del síntoma, cuyo malestar (Kleinman utiliza el término *distress*) ubicado en el mundo social ocasiona un discomfort que se expresa corporalmente.

Natalia tiene 25 años y es estudiante de psicología. Hemos escogido su itinerario porque nos interesa destacar distintos momentos de su trayectoria vital que tienen que ver con tres experiencias, dos abortos y un desamor, cuya vivencia propicia que a los 20 años entre en *depresión* e inicie tratamiento psiquiátrico en una unidad de TCA por *anorexia*.

Natalia empieza su itinerario explicando que nació cuando su padre y madre tenían 33 y 31 años respectivamente. El motivo de “llegar tan tarde” -dice- fue por problemas de su madre para quedarse embarazada. Explica que su madre tuvo que seguir un tratamiento para quedarse embarazada y que como consecuencia del coste económico del tratamiento decidieron no tener más hijos. Esto le ha condicionado el hecho de ser hija única y nieta única. Sobre su infancia prácticamente no recuerda nada, solo algunas cosas de cuando iba a educación primaria. Explica que con las niñas no cuajaba, que siempre iba con chicos y que le gustaba jugar al fútbol y al básquet. El hecho de no cuajar con las niñas de la clase tuvo que ver con que una de las líderes del grupo decidió que no la quería en su grupo y la apartó. Esto repercutió en el resto de niñas de la clase que dejaron de hablarle. Recuerda que este hecho le afectó muchísimo, que se sintió muy sola, excluida y marginada. Conforme pasaron los años las chicas la volvieron a aceptar en el grupo pero que ella prefería ir con los chicos porque no eran “tan complicados”, además como jugaba al fútbol femenino la cogían siempre de portera y esto “la hacía feliz”. Fue en esta época que se enamoró perdidamente de un chico de su clase. Tiene muy claro que ella a él no le gustaba porque “en aquella época estaba regordeta y siempre iba en chándal”. El hecho de estar enamorada de este chico fue uno de sus mayores secretos hasta que “de una forma muy ingenua” se lo explicó a una de las líderes de la clase y a esta le faltó tiempo para decírselo a todo el mundo y que se burlasen de ella. En primero de la ESO las notas le fueron muy bien, conoció a gente nueva y formó un grupo de amigas en el cual también estaba la líder que tanto la había perjudicado en primaria, pero que en aquel momento ella empezó a ser la nueva “líder” del grupo y esto le hizo “subir la autoestima”. En aquella época “empecé a fijarme más

en los chicos, me empecé a preocupar por mi físico, por mi forma de vestir, me empecé a pintar y a arreglarme más para no pasar desapercibida y que los chicos empezasen a fijarse en mi...”

También señala que en aquel tiempo solía quedar con las amigas en algún bar del pueblo o se juntaban todas en casa de alguna para “hablar”, o iban a conciertos. “Cuando eran fiestas (-en fiestas mayores o l’IndiRock –que es un festival de música muy conocido-) salíamos hasta tarde e íbamos a todos los conciertos que podíamos (era la época del boom del rock Català)...”. Fue también por aquel entonces que con sus amigas empezó a fumar. Primero cigarros, después porros. A los 15 años ya salía hasta tarde y fue el momento de las primeras borracheras, el primer novio, la primera experiencia sexual, hasta que progresivamente se fue desmadrando y cada vez tenía menos ganas de estudiar.

“Mi madre me obligaba pero yo pasaba de todo. Supongo que me rebelaba contra lo que ella me imponía. Me pasé todo tercero “haciendo campana” y, lógicamente me tocó repetir. Iba a clase a desgana y solo me lo pasaba bien los fines de semana cuando salía de fiesta con mis amigas del instituto y me ligaba a todos los tíos que quería. Creo –esta es la interpretación que hago ahora- que el hecho de tener éxito con los chicos hacía sentirme valorada, que buscaba en ellos el afecto que no percibía en casa...”

A los 18 años Natalia conoció a Lluís, un chico 8 años mayor que ella. Justo empezar la relación con él, tuvo un retraso en la regla, aunque no le dio importancia. A la segunda falta, empezó a preocuparse:

“A la segunda falta la cosa ya empezó a ser preocupante. Sabía que había posibilidades de que estuviese embarazada, no obstante pensaba que no podía ser. Iba dejando pasar el tiempo como si no pasara nada. Lluís fue el que me dio caña y al final me hizo reaccionar. Finalmente me hice la prueba y...efectivamente, estaba embarazada. Cuando en planificación familiar me dijeron que el test había dado positivo me quedé perpleja. Entendía lo que me acababan de decir pero no lo asimilaba. Hacerlo me costó lo suyo...”

Después de pasar por planificación familiar y confirmarse el embarazo, Natalia siguió con su vida como si no pasara nada.

“Me costaba creer que dentro de mí hubiese una pequeña criatura formándose. Tenía mareos y los pechos más grandes, pero esto no significaba nada. Mi cuerpo estaba prácticamente igual y no notaba prácticamente nada distinto. Fue

de nuevo Lluís quien me hizo reaccionar. Él me hizo ser consciente de mi estado, asumirlo y reflexionar sobre lo que tenía que hacer. Tomar esta decisión no me costó mucho: por mi inmadurez y dependencia económica tenía que abortar, pero una cosa es saber lo que tienes que hacer y otra es hacerlo. Actuar también me costó. Tenía muchos sentimientos ambivalentes. Sabía que lo tenía que hacer pero no podía hacerlo. Me tocaba la barriga, me imaginaba aquel pequeño ser dentro mío, y...aunque sabía que me tenía que deshacer del problema, la sensación no me gustaba. Esto impedía que cogiese el teléfono y llamase a la clínica. Nuevamente Lluís me volvió a dar el empujón que necesitaba. Él, conociendo la decisión que había tomado –para nada influenciada por él, ya que él siempre había dicho que la decisión era mía y aún sin ser el padre siempre se había ofrecido a ayudarme, decidiese lo que decidiese - me impulsó a cumplirla. Y así fue, actué y fui a abortar.

Sobre la experiencia del aborto, dice: “El momento de abortar fue...buff! horrible! Notaba como me removían por dentro y como aspiraban, y el dolor que sentía era exagerado, hasta llegué a perder la consciencia momentáneamente”.

Después del aborto y como consecuencia de una serie de sentimientos de culpa Natalia entra en un estado depresivo.

“Había matado a una criatura y el hecho de saber que lo había hecho porque era lo que más me convenía en aquel momento no me hacía sentir mejor. No aliviaba ni mucho menos mi dolor. Mi pensamiento era: he matado. Estaba muy irritable y las discusiones con mi madre –presentes desde la adolescencia- se hicieron cada vez más constantes. Mi padre por aquel entonces trabajaba en Almería y lo veíamos solo dos fines de semana al mes y los “porque yo lo digo” –de mi madre, que es muy autoritaria- me exaltaban. Yo prefería a mi padre, no quería seguir las órdenes de mi madre, sino mis principios, y llegamos a tal punto que me un día me echó fuera de casa. Hice las maletas y me fui a vivir a casa de Lluís (...). Mi relación con Lluís duró poco menos de un año después del aborto y justo dejarlo me volví a quedar embarazada”

Al dejar la relación con Lluís, Natalia se hunde hasta el punto de ser solo “cuerpo presente”:

“Un nuevo embarazo y perderlo a él...demasiado para poder soportarlo. Esto volvió a repercutir en los estudios: de nuevo, COU me fue mal. Aquel verano me puse a trabajar para ganar cuatro duros. Fui al Pans & Company, una mierda de trabajo! No obstante me permitió tener mi primer sueldo, del cual dediqué una parte –fue el primer gasto con mi dinero- a hacerme un tatuaje. Quería dejar grabado en mi cuerpo un mensaje –el cual no desvelaré –que para mí tiene un

significado muy especial. Se lo hice dibujar a uno de mis mejores amigos –cosa que hizo que adquiriese todavía un tinte más personal- y me lo tatué en la espalda, en un lugar donde nadie me lo puede ver a no ser que vaya a la playa (es un tatuaje para mí)”

Aquél mismo verano, Natalia tiene un reencuentro con Carlos, un chico con el que estuvo “enrollada” durante la adolescencia y que durante una cena le hace reflexionar sobre su extrema delgadez:

Hacia mucho que no veía a Carlos y quedamos para cenar, y así, hablando, me dijo: “si estuvieses un poquito más rellenita estarías más guapa”. Hasta aquel momento yo no me había puesto a pensar en mi aspecto físico pero efectivamente estaba muy flaca. Con todo lo que me había ido pasando había ido perdiendo peso gradualmente, pero como había sido progresivo pues ni me había dado cuenta. Él me lo hizo ver y plantearme que aquello no podía ser: pesaba 39 kg! Tenía que hacer algo al respecto, de manera que fui a ver al médico...

A pesar de que Natalia nunca creía haber tenido problemas con la comida, inicia a partir de este momento un itinerario en una unidad de trastornos de la conducta alimentaria.

A raíz de esto se inició todo un proceso: analíticas, visitas con la endocrina, entrevistas con la nutricionista y, finalmente, me mandaron a psiquiatría (UTCA). Estuve en la Unidad de Nutrición unos dos años. La chica que lo llevaba enseguida entendió mi problema. Yo nunca he tenido hambre ni nunca me ha gustado comer. Para mí comer siempre ha supuesto un esfuerzo. Ella intentó hacerme ver que mi problema no se solucionaría con el tiempo; que la comida para mí siempre seguiría siendo un esfuerzo, que tenía que ser un esfuerzo constante. Ella me intentó ayudar en todo lo que pudo, pero no lo consiguió. Había aumentado muy poco de peso y se vio obligada a derivarme a la unidad de psiquiatría. Me dijo que en psiquiatría me ayudarían a entender que la comida era algo importante y necesario. Me ayudarían a tener voluntad.

En psiquiatría, dice que estaban convencidos de que ella no comía porque no quería engordar.

Mi psiquiatra estaba obsesionada en que yo no comía porque no quería ganar peso. Al principio entendía que cuando yo le decía que no era esto, desconfiase, pero después de que entrevista tras entrevista siguiese sin creerme y que me hiciese el comentario “A todo el mundo le apetece un bombón” me demostró que no había entendido nada. Por tanto me cansé y dejé de ir. Una amiga que tenía entonces me hizo ver que quizá lo que tenía era una imagen distorsionada de mi cuerpo. Me hizo entender que como la pérdida de peso había sido gradual yo ya me había acostumbrado a mi cuerpo y había adquirido aquella imagen

como normal, pero no lo era. Un día, haciendo broma, me dijo que si algún día se extinguían las fotos de Auswitsch me podían hacer fotos a mí. Verdaderamente yo me veía delgada pero no era consciente de lo muy delgada que estaba. Mi amiga me explicó que a medida que fuese aumentando de peso me vería rara, ya que por la edad que tenía, el peso ya no se repartiría como lo hacía antes, sino que lo haría en zonas que no me gustarían (muslos, culo, etc) y así en cierta forma ha sido-todavía no he recuperado todo el peso. Todavía hoy “estoy en ello”, he sacado el espejo de mi cuarto porque no quiero obsesionarme (para mí se trata solo de: me encuentro bien-no me encuentro bien) y mi problema es que no soy lo suficientemente consciente de la importancia de comer. Cuando estoy deprimida, angustiada o nerviosa dejo de hacer el esfuerzo que hago cuando estoy medianamente bien. Pierdo toda la voluntad. Supongo que debe ser porque asocio comer-vida, porque el estilo de vida que he adoptado no es vivir la vida, sino convivir con ella”

Partiendo de la naturaleza construida de la emoción (Luz y White, 1986) y de su consideración como “cultural artifacts” (Geertz, 1973:81) consideramos que la culpa, la tristeza, la pérdida de peso de Natalia y que resume con la expresión “ser cuerpo presente” nos está aportando los puntos de articulación de su malestar-hecho-cuerpo. Esta idea de la emoción-corporal nos remite a Rosaldo (1984:143) en el punto que sitúa las emociones como pensamientos encarnados. Leavitt (1996:524), citando el trabajo de Rosaldo, asegura que “this apprehension, then, is clearly not simply a cognition, judgement or model, but is a bodily, as felt, as the stab of a pin or the stroke of a feather”. Para Leavitt las emociones son cuerpo, “como el pinchazo de un alfiler o el golpe de una pluma” todo aquello que sentimos se expresa a través del cuerpo.

Después del “mal trago” de los abortos y cuando parece que Natalia empieza a reflotar a nivel emocional, aparece en escena Carlos, que con un inocente comentario hace despegar la trayectoria terapéutica de Natalia en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria, entrando de esta forma en una dinámica psiquiatrizante y medicalizadora—una pérdida de peso que se etiqueta como anorexia nerviosa- de su malestar.

En relación a la variable género y la forma como se expresan determinadas emociones, Etxebarria y Ortiz et al. (2009) plantean desde la psicología un estudio³⁸ a partir de determinadas *categorías de eventos* que desencadenan la culpa. Para las autoras la

³⁸ El estudio se efectuó con una muestra de 156 adolescentes, 96 jóvenes y 108 adultos -con igual proporción de hombres/mujeres-

categoría de eventos más culpabilizantes (nombramos solo las tres primeras) para las adolescentes serían: la implicación en una desgracia ajena, ser ruda, desagradable y fría y mentir. Para los varones: la implicación en alguna desgracia ajena, mentir y descuidar la relación con alguien. Las autoras terminaron por concluir que en cada subgrupo destacan cierto tipo de eventos con sensibilidades distintas en relación a la culpa.

Lo interesante de la propuesta de Etxebarria et al. reside en la naturaleza construida de la emoción. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que estas emociones no sólo se construyen sobre la variable género, sino que como plantea Illouz (2007), esta particular forma de emocionarnos tiene que ver con un determinado *capitalismo emocional*, es decir, un marco que posibilita que hombres y mujeres tengamos unas especificidades y no otras a la hora de emocionarnos. En relación a este punto nos servimos también del ejemplo de Scheper-Hughes (2001: 383), cuando habla de la *economía política de las emociones* para referirse a la forma que tenemos de entender algo tan presumiblemente naturalizado como el amor materno. Para Scheper-Hughes “el amor materno tal cómo está definido en la bibliografía sociológica, psicológica y sociohistórica está lejos de ser universal o innato, más bien se trata de una representación ideológica y simbólica que tiene sus raíces en las condiciones materiales que definen la vida reproductiva de las mujeres”

Directamente imbrincado con el ámbito de las emociones, algunos de los relatos nos hablan también de que es precisamente en la adolescencia cuando se inician los primeros “tanteos” con la comida. **Ester**, de 22 años, nos explica:

“cuando se te empiezan a ensanchar las caderas, te crecen los pechos, aumentas de masa corporal...todo esto es difícil de soportar y crea en ti una especie de “confusión general”. Lo vives de una forma traumática y negativa, dado que no respondes a los cánones de delgadez y estás en fase de formación de tu cuerpo. No se te enseña a conformarte con un cuerpo que se está formando, y entonces vives estos fenómenos de forma alienante. Si a todo esto le sumamos las presiones a las que nos vemos sometidas (consumo, triunfo, bienestar...) no es raro que por algún lugar este malestar tenga que aflorar....”

Sin embargo, señala Ester “no sé hasta qué punto en los trastornos alimentarios hay un deseo estético por adelgazar. Creo que la anorexia o la bulimia consisten en buscar “control”, buscar “un cierto control de la vida que se vive como incontrolable, un

castigo para los sentimientos irreprimibles de culpa o de algún malestar que no sabría especificar exactamente”.

Melisa tiene 19 años y es estudiante de magisterio. Para Melisa, el hecho de “sentirse gorda” junto con una desilusión amorosa le hicieron empezar a preocuparse, a los 16 años, por su aspecto físico. De esta forma empezó a perder peso y estuvo al límite de ingresar en una unidad de trastornos de la conducta alimentaria.

Yo tenía 16 años. Veía a las demás chicas de mi edad que las empezaba a cambiar el cuerpo, pero el mío era aun de niña. Ellas se compraban la ropa en las tiendas de moda, yo aun iba con mis padres. Creo haber sido una niña sobreprotegida, pero no me supuso un problema hasta entonces. Como decía las compañeras de mi colegio lucían la mejor ropa, se depilaban, empezaban a fumar, salían con chicos, y yo...del colegio a casa y los fines de semana a la masia con mis padres y abuelos. Era feliz hasta entonces, pero empecé a descubrir un mundo diferente, un mundo que no era el mío y sin pararme a pensar cuál era el que me convenía empecé a cambiar. Después del viaje de final de curso (a los 16 años), el conjunto y una desilusión con un chico me llevó al punto de no sentirme a gusto conmigo misma, de verme inferior en todo a las demás chicas y pase de querer salir con las amigas a todos los sitios a no querer salir de casa, vestir con ropa ancha e incluso los últimos meses encerrarme en casa para que no me viera nadie (me sentía gorda) y para evitar ser vista por los demás, nos salía, aquí empezó lo peor. Coincidió con el verano, final de curso, yo nunca había trabajado aun y tampoco tenía la necesidad (vivía con mis padres y sin darme cuenta lo tenía todo). De modo que mi vida se fue consumiendo, mi vida ese verano la resumo en levantarme de dormir a altas horas de la mañana, (casi a la hora de comer, así me saltaba el desayuno). Procuraba comer sola, y lo mínimo, un platito de sopa sin pasta, media manzana... lo que fuera pero lo mínimo... La situación no aguantó más de dos meses. Mis padres se dieron cuenta y me llevaron a la doctora, la doctora me derivó a la enfermera y me diagnosticaron principio de anorexia. Yo no lo supe, hablaron con mis padres, mi madre solo me decía que tenía un problema pero que solo estaba en mi cabeza y en mis ojos y que se solucionaría si volvía a comer. Mi peso ya era límite y la enfermera me cogió una de las últimas veces y me dijo que si perdía medio kilo más ingresaría en un centro donde me engordarían. Yo le dije que no quería engordar. En ese momento mi padre asomó por la puerta la cabeza y me di cuenta de que estaba llorando, entonces la enfermera me dijo: no se si te vale la pena ese media kilo más. Y esa frase, a día de hoy, todavía resuena en mi cabeza. No fue el verme en peso límite, en el que me pesaron dos veces por semana, el que se me cayera el pelo, el tener ojeras, ganas de devolver todo el día, o ver a mi madre mal, sino las lágrimas de mi padre. Cuando entró se puso a llorar desesperadamente. Yo le miré y pensé, esto lo he provocado yo...

En relación a los trastornos de la conducta alimentaria, Gracia (2006) señala sobre la bibliografía internacional revisada que a pesar de que en las últimas tres décadas las cifras muestran que ha habido un incremento en el número de casos, los datos que se barajan no son de carácter epidémico como en numerosas ocasiones se ha señalado, y si bien entre los factores de riesgo se apuntan el género (a una relación de nueve mujeres por cada varón), la edad (predominantemente en la adolescencia), el nivel socioeconómico medio-alto, la educación y el modelo que prima el rendimiento intelectual y la cultura de la delgadez como paradigma, el modelo actual asistencial promueve que estas conductas tiendan cada vez más a la cronificación.

Señalan Gracia y Comelles (2007: 28), que este hecho vendría dado porque a pesar de que la literatura científica sobre trastornos de la conducta alimentaria es enorme, se sigue sin poder explicar la causalidad de los TCA. Para los autores el fracaso en el abordaje tiene que ver con el modelo sintomático (basado en la “restauración del orden alimentario”) sin tener en consideración que el hecho de “no comer” no deja de ser un síntoma. Para Zafra (2008: 241) el planteamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria como “estares alimentarios” permite incorporar la dimensión emocional al hecho de no comer. Para la autora:

“La etnografía ha demostrado que el cuerpo es el punto de partida de los comportamientos alimentarios y de los TCA. Aunque sean las mujeres las que más ejercen y reivindican el control sobre sus cuerpos mediante la comida por las relaciones que desde pequeñas establecen (enseñan-aprenden) con y en ella, tanto las niñas como los niños tienen “bienestares” y “malestares” que pueden ser manifestados tanto a través de la alimentación, como del ejercicio físico, la sexualidad, etc.”

1.3 Sexo, amor y cuerpo

Señala Plummer (1991) que la expresión sexual se desarrolla de acuerdo con los patrones socioculturales vigentes y que las normas sexuales entronizan con el resto de las normas sociales. En el caso que nos ocupa y relativo a la vivencia del amor y del sexo, los testimonios que hemos escogido hablan de ideales de amor romántico, pero también de experiencias que tienen que ver con otras formas de vivir el amor y experimentar la sexualidad con el cuerpo. Nos interesaba señalar en este punto la

multiplicidad de prácticas y las diferentes percepciones/discursos en relación al amor y el sexo.

En relación al amor romántico, Roca (2008) sitúa el surgimiento del modelo paralelamente al desarrollo de la sociedad industrial, y en la actualidad a pesar de que el ideal del amor romántico ha ido modulándose, su evolución ha tenido que ver más con la incorporación de determinadas modalidades que con la transformación del paradigma. Para Roca (2008:13)

“el surgimiento del amor romántico va ligado al del individualismo afectivo y la libertad individual promovidos por el romanticismo, siendo así que ha detentado una posición hegemónica como marco de referencia de las relaciones erótico-afectivas de pareja de la modernidad –las dos centurias pasadas aproximadamente. El amor romántico constituye el basamento del llamado matrimonio por amor, sustituto a su vez del denominado matrimonio por interés –o matrimonio arreglado o amor convenido- prototípico de la sociedad pre-industrial, agraria, tradicional, pre-moderna o del antiguo régimen, en donde el matrimonio y la familia de procreación se hallaban muy integrados en las relaciones con la comunidad y la parentela...”

Sobre el poder de la literatura en la construcción y recreación del modelo romántico amoroso, Barthes (1982) a partir de diferentes fragmentos de obras de Goethe, Platón, Sartre, Baudelaire, Proust, Heine, etc. señala las siguientes características. En primer lugar Werther, Tristán, Baudelaire y Sartre hablan del *anonadamiento*. La *adorabilidad del sujeto amoroso* aparece en Diderot, Balzac, Lacan Proust, Nietzsche. El *contra viento y marea* en Werther, Pelléas, Proust, Dostoievski y Flaubert. La *Angustia* (Winicott), el *Gaudium* –placer del alma- y *Laetitia* –placer alegre (Leibniz, Brecht), la *desrealidad*-mundo atónito- (Sartre, Werther, Sade, Freud, Lacan, Lautréamont) y la *locuela* (Werther, Hugo, Schubert).

Sin embargo, más allá del paradigma, lo cierto es que las variaciones e interpretaciones del modelo de amor romántico son de los más variados. Bauman (2003) utiliza el término “amor líquido” para hablar precisamente de las variaciones fluidas, no estáticas de las relaciones amorosas en la modernidad.

Blanca, por ejemplo, se define como heterosexual, pero en un momento en concreto de su vida se enamora e inicia una relación con otra mujer. Ella se plantea su bisexualidad

—aunque objetivamente Blanca no utiliza el término bisexual, sino que habla de “un enamoramiento no previsto”— como algo que surgió, sin más, en un proceso de reconocimiento de la pluralidad de sus orientaciones sexuales. Susana, por su parte, utiliza en su discurso elementos que nos recuerdan a experiencias muy tradicionales de enamoramiento. Todo en su relato es muy romantizado a pesar de que la experiencia con David (que acude a la primera cita cual caballero con su moto) no terminó de cuajar. Natalia, en cambio, nada seducida por el ideal del amor como proceso para llegar de forma culminante al sexo, nos cuenta que para ella el sexo es independiente del amor, y que por tanto, las relaciones esporádicas de carácter sexual son una forma de reivindicar su independencia como mujer que hace lo que su cuerpo le pide. Si bien este tipo de forma de vivir la sexualidad le trajo a Mariona más de un disgusto: “Ya se sabe, si eres un hombre eres un macho, si eres una tía, una puta”. Para Juan Carlos los ligues de fin de semana, que sintetiza con la frase “ir a hacer el baboso” o “ir a pillar”, formaban parte de la técnica utilizada—normalmente de sábado noche— para tener relaciones con chicas. Por otro lado, Alfred nos habla de su primer amor—sin hablar para nada del sexo— de una forma muy corporal, tal y como experimentó/vivió a través del cuerpo.

La trama latente de todos los relatos que hemos seleccionado refleja la pluralidad de formas de vivir el amor y la sexualidad a través del cuerpo.

Susana, 20 años: amor de teleserie

“Hacia 3 meses que vivía en Valls. Nos habíamos mudado con mi familia por motivos de trabajo de mi padre. Eran las fiestas mayores del pueblo. Decidimos ir con mis amigas a bailar a las carpas del barrio. Hacia horas que bailábamos cuando de repente entre la gente vi a un chico que me miraba con los ojos brillantes y una gran sonrisa en la cara. Yo no sabía qué hacer, me estaba poniendo nerviosa. A veces me lo quedaba mirando, como perpleja. Mis amigas me dijeron que me acercase a él. Cuando lo tuve cerca me di cuenta que era un chico muy guapo, pelo castaño, ojos verdes...le dije que por qué me miraba tanto, y él me dijo que yo era lo más bonito que había en todo el baile. Me quedé de piedra, sin saber que decir. Me dijo que se llamaba David y que tenía 17 años. Después de hablar un rato, volví a bailar con mis amigas y al cabo de un momento volvió el misterioso chico y me preguntó si quería ir a dar una vuelta por el

parque. Yo, sin pensarlo le dije que sí. Al salir fuera noté que la sangre me empezaba a hervir y que las piernas me flaqueaban. Por un lado ese chico me llamaba la atención, por otro me daba miedo. De repente nos paramos. Él se acercó a mí cogiéndome por la cintura con una mano y acariciándome el pelo con la otra. Yo no sabía qué hacer, estaba muy nerviosa, nunca me había encontrado en una situación igual y efectivamente no hice nada. Él, inesperadamente, me dio un beso en los labios, yo no le negué que me besara. Después del beso le dije que debía volver a la carpa, ya que mis amigas me esperaban y yo tampoco no estaba muy segura de lo que estaba haciendo. Él me acompañó pero con una condición: que le diese mi número de teléfono. Cuando llegué al baile mis amigas me preguntaron cómo había ido el paseo. Se lo expliqué todo y ellas se morían de envidia. Yo, la verdad, estaba confundida, no sabía si realmente aquel chico me gustaba y si era de fiar. Cuando se acabó la fiesta nos fuimos a casa. Sara se quedó a dormir en mi casa. Al cabo de dos días me llamaron por teléfono. Era David! Yo no me lo esperaba, pensaba que solo había sido un pequeño rollo. Me dijo si quería quedar para ir a dar una vuelta, le dije que de acuerdo. Estuve toda la tarde arreglándome, peinándome, me duché, me depilé, me peiné, maquillé, perfume, ropa sexy, etc. Cuando llegó el momento fui al sitio donde habíamos quedado. El vino en moto, la aparcó y se sentó a mi lado. Empezamos a hablar mientras él cada vez se acercaba más a mí. Esto por un lado me preocupaba pero por otro me gustaba. Finalmente acabamos por repetir el beso que nos dimos el primer día. Cuando llegué a mi casa le expliqué todo a mi madre. Ella me dijo que quería conocerlo para darme su opinión, a mí me daba mucha vergüenza. Finalmente cedí y al día siguiente hice venir a David a mi casa. Fuimos a merendar y a dar una vuelta por el pueblo, así día tras día durante el tiempo que estuvimos saliendo. Noté como mi cuerpo cambiaba, se iba transformando, y mi carácter también, notaba como las hormonas se revolucionaban, no sabía qué me pasaba ni qué quería. Mis pensamientos cambiaban constantemente y mi inseguridad también. Me daba cuenta de que cada día me arreglaba más, siempre tenía que ir bien depilada por si sucedía algo. Nuestro amor básicamente se limitaba a la calle, el parque y la discoteca. Un día, pasados ya seis meses, decidimos que era el momento de mantener relaciones sexuales. Los dos éramos vírgenes. Llegó el gran momento y noté que no tenía muchas ganas. Era más bien miedo e inseguridad. Lo intentamos pero no pudimos. No sé qué pasaba pero nos costaba mucho, preferíamos darnos caricias y dejarlo estar. Al cabo de un tiempo, yo estaba muy confusa en la

relación que tenía con David, veía que mi amor hacia él se iba apagando y no me terminaba de gustar. Tenía muchas dudas, sabía que no estaba enamorada 100% era más bien estimación, una especie de cariño...”

Natalia, 25 años: ¿Qué hay de malo si es sólo sexo y es de mutuo acuerdo?

“Mi trayectoria con los chicos me hizo ganar mala fama. Ya se sabe: si eres un chico, eres un machote, si eres una chica, una puta. Yo la verdad es que no me arrepiento de haberme enrollado con muchos chicos. ¿Qué hay de malo si las cosas quedan claras desde un buen principio, si es de mutuo acuerdo y no haces daño a nadie?...”

Juan Carlos, 30 años: Salíamos a liarla y después, pues te ibas a hacer el baboso por ahí, y algún día, igual pillabas

“A los quince años ya empecé a ir con chicas, bueno, nunca he sido un ligón pero tampoco digamos que me he quedado corto. Entonces, pues, salíamos a ligar. Bueno a ligar, tampoco salíamos a ligar, salíamos a liarla y después, pues te ibas a hacer el baboso por ahí, y algún día pues igual pillabas. Y bueno, yo soy un tío divertido y tal pero así enamorarme enamorarme no fue hasta los 18 años. Se llamaba Marina. Un nombre bonito. Era la novia de mi mejor amigo. Él siempre ha sido muy chulo, bien...el más chulo de todos, sabes? Pero a mí siempre me ha respetado mogollón. Entonces él era un poco líder, y llego yo que no me quiero echar flores pero que él me respetaba y entonces pues él hacia lo que yo decía dentro del grupo. Entonces yo era como más bohemio, y él más macarra. Él más macarra. Yo más bohemio. Y pues nada, nos fuimos un fin de semana al pirineo con varios amigos, y no sé qué pasó una noche que íbamos fumadisimos, ah, sí, que nos fumamos una pastilla de 25 gramos de chocolate, y este tío se cabreó muchísimo, entonces llegó la noche, con la noche el frío, habíamos fumado, niebla, nos separamos, el frío...estas cosas que pasan. Fue bonito, muy bonito...”

Alfred, 20 años: el primer amor

“Recuerdo que llegó la edad en que empecé a fijarme en las chicas. Conocí a una muy guapa de mi cole, iba a un curso menos. Íbamos juntos a la academia de inglés. Esta ha sido la historia más bonita de mi vida. Siempre que salíamos de la academia nos quedábamos juntos con otros compañeros a charlar un rato. Así fue como nos

empezamos a conocer. Empecé a sentirme poco a poco la cabeza saturada de ella. No podía dejar de pensar en ella, siempre tenía ganas de que llegase el día de ir a inglés y en definitiva notaba una sensación que nunca antes no había experimentado. ¿Me estaba enamorando? Quizá era muy joven para hablar de una forma tan seria sobre este tema, pero lo cierto es que aquella chica me gustaba muchísimo. Lo cierto es que en unas semanas ya no solo quedábamos para hablar a la salida de inglés, sino que empezamos a quedar algún día al salir de clase e íbamos a tomar algo, a pasear...poco a poco el “cuquet a la panxa” se convirtió en algo muy grande, hasta el día que nos dimos cuenta de que habíamos empezado una relación. Yo estaba en una nube, me sentía muy bien, contentísimo de poder estar con una chica como ella y experimentando cosas que nunca antes habíamos sentido”

Blanca, 28 años: Nunca hubiese imaginado sentirme atraída por una chica, pero pasó

“A los 17 años empecé a salir con un chico, no fue el primer enamoramiento, pero si el primero que anuncié públicamente. Mi grupo de amigas se juntaron con su grupo de amigos y así formamos un grupo de amigos mixto. En casa mis padres estaban tranquilos, lo aceptaron muy bien (...) a los 25 años mi grupo de amigos se hizo mayor, otro grupo se añadió, y tuve muy buena conexión con ellos, eran muy de salir y me lo pasaba muy bien con ellos, ya que hacíamos siempre cosas distintas como ir a festivales de música, conciertos, fiestas clandestinas...todo esto acompañado de drogas, cocaína, éxtasis, lo prové todo. Tengo buenos recuerdos de aquella época. Fue una etapa de descubrimientos. Aquí vino mi tercer enamoramiento. Inducido por muchas cosas nuevas y inicié una relación con una chica que me duró 4 años. Nos lo pasábamos super bien. Siempre de fiesta en fiesta, drogas y conocíamos a mucha gente nueva, pero la relación era un poco destructiva. Rompíamos y volvíamos cada dos por tres, nuestros amigos también padecían nuestros enfados. La verdad es que todo lo arreglábamos con una fiesta de 3 días...”

Pedro, 21 años: “salir del armario”

“Por las circunstancias de la vida, por los tiempos que corrían y por necesidad, mi madre no pudo hacerse cargo de mí, así que se me brindó la posibilidad de que mi abuela llevase a cabo el rol de madre. Así fue y de ella he aprendido muchas cosas. Mi

madre se ha podido posicionar como amiga pero sin olvidar su papel de madre: ella ha sido mi consejera, y yo también he sido su confesor. Ella siempre me ha ayudado a hacer cualquier cosa. A continuación está la figura paterna. Él, debido a la educación recibida no concibe la figura masculina en su desarrollo emocional, psicoafectivo, e intelectual, pero ha trabajado mucho para que no nos faltase nada. Así puedo decir que gracias a él he podido disfrutar de una infancia completa que me ha ayudado a formarme como hombre. (...) Nunca he tenido problemas para relacionarme con la gente ni establecer vínculos de amistad fuertes a causa de mi carácter abierto y afectuoso, ya que tiendo a darlo todo. Siempre me he sentido acompañado por los grupos de gente que me he ido encontrando. Remarco el apoyo y la pertinencia al grupo porque yo siempre he sido un poco diferente a los chicos de mi edad, y precisamente por la edad siempre marginan al más raro y que acostumbra a ser el más débil. La diferencia con los otros chicos/as no era física sino una cuestión de condición. Soy Homosexual. Durante mi infancia, antes de los 12 años, esta condición sexual era desconocida por mí pero bien conocida por los mayores. Cuando digo desconocida no quiere decir que no pudiese contemplarla como posibilidad, pero con 10 años prefería ignorarlo sin dejar de ser yo. Por esta razón, quizá debilidad, y digo debilidad porque creo que el hecho de no asimilar tu identidad puede desembocar en una mayor afectación, provocaba que yo fuese el blanco fácil y la diana perfecta para recibir bromas, insultos y fuese la diversión de algunos. Era el más débil. Pero, ¿y por el resto? Tenía que empezar a aceptarme y a quererme para poderlo decir a los otros. Cuando empieza mi primer año de instituto, quizá promovido por el cambio de lugar y la llegada de gente nueva a mi vida, fue la época de total aceptación. Me colocaba con 12 años y con una homosexualidad aceptada, pero, ¿y el resto? Tenía que empezar el proceso que la sociedad llama “salir del armario”. Fue una época complicada, porque al principio la gente no ayuda mucho, pero conseguí resultados exitosos. Aprendí el valor de la resignación. La resignación de perder a todos mis amigos, chicos evidentemente, pero aproximarme sin fronteras a mis amigas. Esta situación que a primera vista puede parecer negativa no lo fue. Con el tiempo y un poco de paciencia, descubriendo mi verdadera esencia a través de la mirada interior conseguí que las personas, esta vez sin distinción de sexo, se acercasen a mí (...) En el tema amoroso actualmente hay una persona que aunque hace poco tiempo que nos conocemos me hace sentir muy especial. Me gusta porque puedo ser yo sin ningún temor: tenemos nuestros momentos de broma, de seriedad, momentos de locura

momentánea, de niño pequeño, etc. Con él no pierdo mi identidad, mi yo, y él también respeta mi intimidad...”

2. Jóvenes, género y riesgo

En relación a los trabajos que encontramos actualmente sobre juventud, Romaní (2010) destaca que hay, como mínimo, tres formas de abordarla. Están, por un lado, los trabajos que se centran en los derechos y obligaciones de los jóvenes como ciudadanos- dentro de este grupo es donde encontraríamos los trabajos sobre los valores de la juventud-, en segundo lugar estarían los trabajos con finalidad de intervención realizados por, generalmente, agentes educativos y políticos, y por último los trabajos que se realizan desde las ciencias sociales.

En relación a estos últimos para Romaní (2010:20):

“La centralidad del estudio sobre la juventud contemporánea no se ciñe tanto a la hipótesis de la moratoria, ni a la hipótesis de la confrontación generacional, sino que se ciñe más bien a la perspectiva de los itinerarios sociales de jóvenes en transición profesional y familiar, al sentido e interpretación de formas de ajustes a los logros o a formas de marginalidad social y la expresión de formas atribuidas a los/as jóvenes como formas sociales o metáforas”.

Teresa del Valle (2002: 158) utiliza la metáfora del caleidoscopio para mostrar la heterogeneidad implícita en la construcción de la categoría joven. Para del Valle:

“A pesar de la mayor igualdad en el acceso a la educación y otros aspectos sociales, la clase social, la ideología y el género, de forma articulada, son variables que configuran las diferencias y desigualdades que existen entre los jóvenes (...) y la imagen de un caleidoscopio parece apropiada para representar un colectivo que está haciendo su propia historia, pero no en circunstancias de su propia elección”.

La propuesta de del Valle en relación al trabajo de Connell (1987: 92) remarca la importancia del sistema estructural del género como el marco a partir del cual se expresan las contradicciones que indirectamente condicionan la forma como se organizan los sentimientos, los deseos, el cuerpo y la sexualidad de los jóvenes.

En relación a la identidad, ya hemos hablado de su base corporal (Shilling, 1993), de su naturaleza fluida (Bauman, 2003) y poliédrica (Augé, 1993). Específicamente en

relación a la identidad de género, a finales de los años 30 del siglo pasado, Mead (1972 [1939]) plantea que la identidad de género no es una cuestión biológica inmutable, sino que se construye culturalmente. Además, como señala Juliano (2004), en la construcción de la identidad, las relaciones asimétricas de poder y la conflictividad del proceso hegemónico, es algo no observable a simple vista pero que se tiene que hacer emerger a través del análisis de los procesos sociales. Para Juliano (2004: 59) en relación a la identidad de género, la tendencia a “asignar a las personas identidades fijas facilita las clasificaciones, agrupaciones e interacciones, pero detrás de esta estrategia esencializadora se desarrollan toda una serie de opciones individuales (...)” y la fijeza de los rótulos o categorías encubren la fluidez de los procesos. Sobre esto, Esteban (2006) plantea cómo a pesar de que se reconoce el término género como una construcción cultural, muy a menudo este se convierte en un concepto ahistórico, acrítico y es utilizado como una forma políticamente correcta para hablar del sexo biológico. Señala también, en la línea de Giddens, que la importancia del enfoque de género debe residir más en lo que se hace (las prácticas) que en lo que se es. Sobre la construcción de la identidad de género y sus implicaciones para la salud, la identidad de género, señala Esteban (2006:14) tiene una base reflexivo-corporal (Esteban, 2006:14). Es decir que la identidad además de ser construida a través de la interacción, está encarnada: “la imagen corporal y el cuerpo individual y social son fundamentales en la construcción de la propia identidad y pertenencia a los distintos grupos. En nuestra sociedad, el sujeto está constituido por una entidad individual cuyas fronteras se sitúan en la superficie del cuerpo y muchas de las *identidades corporales ideales* suelen venir definidas de antemano, envasadas y dispuestas para el público desde las industrias de consumo, belleza y publicidad” (Esteban, 2004: 69). Convirtiéndose de esta forma el cuerpo en un elemento de mercado subsumido en la producción de “tipos ideales” webernianos socio-sexuales de Hombre y de Mujer (Díaz, 2006).

2.1 La construcción del riesgo juvenil

Para Romaní (2010: 20) a pesar de que el riesgo es un significante a través del cual se han querido expresar diversos significados sociales, en sentido estricto, el riesgo acostumbra a definirse como aquella acción o situación a partir de la cual existe la probabilidad de que, de una forma no intencionada, se puedan derivar daños no intencionados.

Si bien ya hemos hablado de la construcción de la categoría joven, género y sexualidad como elementos que dotan de sentido figurativo al ser socio-sexual (Díaz, 2006), en este punto nos referiremos a algunos trabajos que abordan la relación entre jóvenes y riesgos. Específicamente sobre este vínculo tantas veces considerado inherente a la juventud, señala Romaní (2010:29) que muchos de los prejuicios que anidan en los discursos expertos terminan - por el hecho de dar especial énfasis a determinados *riesgos* como las drogas, el sexo sin protección y la conducción temeraria - por ofrecer una visión estereotipada y descontextualizada de la experiencia juvenil.

A partir de esta visión sesgada del *riesgo* y de los jóvenes, y con el objetivo de tratar de reconducir determinados estilos de vida que se consideran *riesgos* potenciales para la salud, destacamos que las líneas prioritarias en este ámbito van sobre todo encaminadas a tratar de reconducir determinados *estilos de vida* por su consideración como riesgos potenciales para la salud de los jóvenes. En el informe SESPAS³⁹ 2006 se señala que el Estado español encabeza la lista de los países europeos en cuanto a consumo de cocaína por parte de los jóvenes. En el mismo informe se señala que el alcohol es la causa del 80% de los accidentes de tráfico con defunción en los menores de 40 años. También se señala dentro del subgrupo de lesionados en accidentes de tráfico con alcoholemia positiva, que el número de casos es mayor en los varones atendidos las noches o madrugadas de los fines de semana. En el último número de Gaceta Sanitaria (2011: 25) se presenta un artículo que aborda la diferencia de género en las prácticas sexuales llamadas “de riesgo” –es decir, sin protección- entre los adolescentes catalanes, señalándose a partir de una muestra de 9.340 adolescentes de entre 14 y 16 años, que un 33’6% de los varones y un 27,4% de las mujeres habían concurrido en estas prácticas.

Con el objetivo de cuestionar estos datos y la construcción misma del término *riesgo*, Lupton (1999: 9) propone que “In contemporary western societies, the noun “risk” and the adjective “risky” have become very commonly used in both popular and expert discourses” y la noción de riesgo, más que un término neutro conlleva, sobre todo desde finales del siglo XX una visión más en términos negativos que positivos (Ewald, 1991). De acuerdo con Douglas (1996: 145), consideramos que los riesgos “son nociones

³⁹ Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos del peligro e ignoran otros, creándose así una cultura del riesgo que varía según la posición social de los actores”.

Desde una perspectiva sociocultural el riesgo se ha trabajado desde tres perspectivas (Lupton, 1999:24). Desde la perspectiva cultural y simbólica (Mary Douglas), desde la perspectiva de la “sociedad del riesgo” (Ulrich Beck y Anthony Giddens) y desde el concepto de biopoder y gubernamentalidad de Michelle Foucault.

Partiendo de la clasificación de Lupton y a partir del *riesgo* como constructo cultural y simbólico, Douglas trata de explicar por qué determinados peligros se identifican como *riesgos* y otros no. A su vez, Douglas enfatiza la relatividad de juicio acerca del riesgo, incluyendo la diferente consideración hacia un mismo tipo de prácticas entre grupos de un mismo contexto cultural. En referencia al trabajo de Douglas, Lupton señala (1999:40) -sobre la relación del cuerpo y el riesgo- que: “Central to Douglas’ ideas about the symbolic nature of purity and pollution strategies is her insight that the human, fleshily body is a conceptual microcosm for the body politic. This is particularly the case in relation to how the flow of phenomena in and out of both bodies’ opening is symbolically conceptualized and controlled and how boundaries between “inside” and “outside” are constructed and policed.” Para Douglas el control del cuerpo es el control social y a través del ejemplo de las creencias culturales acerca de lo que es sucio y lo que es limpio, se generan los sistemas de clasificación sobre lo que es puro y lo que está contaminado. Así se explica por qué en determinadas culturas la sangre menstrual es considerada impura, mientras que en otros la polución –impureza ambiental- es considerado un riesgo (Douglas, 1969:121)

En el contexto de la sociedad del riesgo, Beck considera que en las sociedades occidentales contemporáneas estamos en el tránsito de la sociedad industrial clásica a la sociedad industrial del riesgo. Para Beck (1992:21) el riesgo es definido como “a systematic way of dealing with hazards and insecurities induced and introduced by modernization itself. Risks, as oposed to older dangers, are consequences which relate to the threatening forcé of modernization and to its globalization of doubt. They are politically reflexive”. Para Beck el concepto de riesgo está relacionado con el término reflexividad porque la ansiedad sobre los riesgos nos sirve para reflexionar acerca de las prácticas. Para Beck en la sociedad del riesgo la sociedad deviene reflexiva por tres

motivos. En primer lugar porque la sociedad y los riesgos interesan a escala global. En segundo lugar porque el hecho de tomar consciencia de la naturaleza global de los riesgos hace que se generen relaciones internacionales cooperativas. Y por último, porque en la sociedad del riesgo se genera un nuevo tipo de “ciudadano global” en donde los mecanismos locales tradicionales que servían para definir la identidad han sido transformados por otros basados en la idea de globalidad. En la perspectiva de Beck sobre la sociedad del riesgo y la modernidad reflexiva, el concepto de individualización tiene que ver no tanto con sensaciones de alienación o de soledad, sino más bien con la reducción de la influencia de las instituciones estructurantes de la sociedad, la idea de la autoconstrucción del individuo y de la formación de la identidad del individuo (Beck, 1994:13).

Foucault, por su parte, analiza a partir del concepto *gubernamentalidad* el proceso mediante el cual se construyen los discursos y estrategias políticas acerca del riesgo. A pesar de que Lupton cita a Foucault, Foucault no desarrolla la complejidad del término en ninguna de sus obras, sin embargo en la introducción al concepto de biopoder (en el primer volumen de *historia de la sexualidad*, 1977) empieza a tematizar acerca de la anatomía política del cuerpo. De acuerdo con Dean (1999) en relación al trabajo de Foucault “It is argued that it is only through these discourses, strategies, practices and institutions that we come to know “risk”.

Siguiendo con la cuestión del riesgo, Elena Rodríguez (2010: 123) plantea en un artículo sobre el consumo de drogas entre los jóvenes, una lectura crítica sobre los planteamientos que se han venido realizando respecto al afrontamiento de los riesgos - planes de reducción de daños-, muy centrados en reducir el interés por los consumos y así evitar la experimentación , obviando que la percepción específicamente juvenil sobre las drogas tiene que ver menos con una cuestión estereotipada (jóvenes-consumidores-riesgo) y más con una realidad compleja y poliédrica. Específicamente sobre jóvenes y bajo la etiqueta genérica de riesgos, Rodríguez (2010:127) establece una tipología de cuatro grupos. El *primer tipo* (29%) incluiría a los jóvenes y adolescentes para los que es fundamental la aceptación de las normas y la reflexión cautelosa extrema ante las opciones de riesgo. El *segundo tipo* (31%) representaría el prototipo de “lo que se espera del joven”. Es decir, representa al joven que mantiene una posición ambivalente ante el riesgo aceptando que forma parte de “ser joven” arriesgarse pero manteniendo

cierta prevención respecto a los consumos de drogas ilegales (no tanto para las legales). El *tercer tipo* (20%) sería el grupo que más claramente apuesta por la experimentación y el *último grupo* (20%) representaría a los jóvenes con posiciones muy conservadoras en relación al riesgo vital pero que, por otro lado, valoran poco el nivel de riesgo asociado al consumo de drogas y otros comportamientos. Lo que esta tipología nos viene a decir tiene que ver con que los parámetros de la normalidad y por tanto de los riesgos, viene determinada por el grupo de referencia y este grupo de referencia será quien definirá y ratificará “tanto el sentido atribuible a cada uno de los riesgos a los que se enfrenta, como la jerarquía mediante la que se evalúan los distintos tipos de riesgos según prioridades” (Rodríguez, 2010:129). Para la autora, probablemente lo que desde el mundo adulto es percibido como inversión de futuro, en los jóvenes no existe, precisamente porque perciben que deben disfrutar el momento, y que este es único, irrepetible y efímero. Esta idea de volatilidad, de *tempus fugit*, de superfluidad en relación a la juventud ha sido planteada por Bauman bajo el epígrafe de *generación X* (2004) y por Beck con el epíteto de *generación en prácticas* (2008).

Para Bauman (2004) una de las características de la *generación X*, y que incluiría a los jóvenes nacidos a partir de la década de los '70 en los países desarrollados, tiene que ver con la idea de “superfluidad”. Para el autor ser superfluo significa ser “supernumerario, innecesario, carente de uso” Es decir, que en la subjetividad de los jóvenes prima, según Bauman la idea de que son prescindibles “que pueden ser desechados, como residuos, que son mercancía poco atractiva que puede ser retirada en cualquier momento de la cadena de montaje” (2004:24). Como señala Bauman en otro de sus textos (2007:28) en la sociedad de consumidores, la subjetividad se ha convertido en lo que en la sociedad de productores era la mercancía, señalando que si bien “en el caso de la mercancía en la sociedad de productores, la acción de comprar y vender la fuerza de trabajo de los productores fue la que, al dotar a esa fuerza de un valor, hizo de la mano de obra un bien de cambio (...) en el caso de la “subjetividad” (...) el consumo sustituye la representación por aquello que se supone que representa” Para Bauman la subjetividad de los consumidores está hecha de elecciones de consumo, elecciones tanto del sujeto como de potenciales compradores y todo esto sitúa el cuerpo fetichizado y consumista como uno de los ejes sobre los que se proyecta esta subjetividad.

En relación a esto y como señalan Gracia y Comelles (2007:23), el nuevo mercado centrado en el cuidado de uno mismo, va mucho más allá de la antigua concepción de la protección física del cuerpo amenazado por la enfermedad y se basa en su puesta a punto para su permanente exhibición estética. Para los autores la economía política del cuerpo nos muestra un incremento del interés y preocupación por la salud, la estética, la dietética y la alimentación en general que sustituye a la obsesión por el cuidado del alma que las religiones alentaron durante siglos.

En relación a esta hegemonía del cuerpo sobre el alma, Lipovetsky (1990) sitúa en el eje de esta fetichización por el consumo los “imperativos narcisistas” que hacen que se promueva y glorifique la valoración y autoconstrucción del cuerpo en la medida en que se mercantiliza, en la medida en que a través de determinados usos y uso de determinados productos adquiere identidad propia. Para Lipovetsky (2007) lo que resulta novedoso en la sociedad actual tiene que ver con el consumo como mecanismo para obtener el placer y la felicidad: “desde los escaparates repletos de mercancías hasta la publicidad de sonrisas radiantes, desde el sol de las playas hasta los cuerpos de ensueño, desde las vacaciones hasta los entretenimientos mediáticos, las sociedades opulentas se exhiben con los rasgos de un hedonismo resplandeciente. En todas partes se levantan catedrales consagradas a los objetos y a las distracciones, en todas partes resuenan los himnos al mayor bienestar, todo se vende con promesas de voluptuosidad, todo se ofrece con mil variantes y con música ambiental que difunde un imaginario de Jauja. En este jardín de las delicias el bienestar es Dios, el consumo su templo y el cuerpo su libro sagrado”

Sin embargo, como apunta Bauman (2004:22) la sociedad de hiperconsumidores genera desdicha, y es que “en la sociedad de consumidores no tienen cabida los consumidores fallidos, incompletos o frustrados, y específicamente en este ámbito la generación X sabe de dolencias ignoradas por anteriores generaciones; no necesariamente más dolencias ni dolencias más severas, angustiosas y mortificadoras, pero sí nítidamente diferentes y novedosas podríamos hablar de enfermedades y aflicciones específicas de la modernidad líquida”.

Estas aflicciones específicas de la modernidad líquida (Bauman, 2004), tienen que ver con malestares difusos, problemas del sentido de la existencia que son propias del

mundo líquido moderno. Estas sensaciones de malestares difusos, de sentimientos de vacío interior, de sensaciones *blasé*, de absurdidad vital y que hemos vinculado con el hecho de buscarse constantemente nos obligan a plantearnos ¿Por qué el *ethos hedonista* que impulsa al individuo a las pasiones hedonistas y al hecho de complacer los vicios privados una vez hemos expulsados los imperativos teológicos no se traduce en bienestar? ¿Por qué las actitudes blasé y de malestares difusos son predominantes? Y ¿Por qué se dice que son más las mujeres jóvenes las que expresan con el cuerpo todo este discomfort? Otra de las características que quería apuntar y que pende de lo anteriormente expuesto, tiene que ver con la angustia que este *buscarse constantemente* genera y que de alguna forma tiene su lectura en el incremento en el número de problemas psiquiátricos diagnosticados y que nos llevan a titulares del estilo: “Aumentan las depresiones en España: ocho causas para una epidemia del siglo XXI” “Un 20% de los menores sufre trastornos de salud mental: Sant Joan de Déu alerta del auge de las dolencias psiquiátricas”⁴⁰ o “Un 14% de las mujeres y un 7% de los hombres en Cataluña padece problemas mentales” entre otros. En relación a todos estos *malestares* que han sido etiquetados como enfermedades, Gracia y Comelles (2007:33) plantean específicamente en relación al abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria, como a pesar de que la biomedicina y la psiquiatría proponen modelos de génesis bio-psico-sociales, estos normalmente están centrados en alentar investigaciones en la esfera de lo bio, significativamente menos en lo psico y muy poco en lo social.

Martínez y Muñoz en el III informe CIIMU 2008 señalan la ausencia de estudios cualitativos y longitudinales en el panorama catalán y español que contemplen los *malestares* en la adolescencia, y plantean la necesidad de aplicar una perspectiva etnográfica que permita poner de relieve la percepción de los propios actores y sus estrategias para afrontar la adversidad. Señalan estos mismos autores haciendo referencia a una investigación de corte cuantitativo (Ahonene, Nebot y Giménez, 2007) realizado a 2727 estudiantes de secundaria de Barcelona de 14, 16 y 18 años sobre

⁴⁰ La Vanguardia : artículo descargable en: <http://www.apfem.com/articulodelmes/08-03-marzo%202008/0803-atencion%20primaria%20y%20salud%20mental.pdf> (31/12/2007)

Factores de Riesgo, que la frecuencia de estados de ánimo negativo se incrementa con la edad y que la variable género juega aquí un papel trascendental.

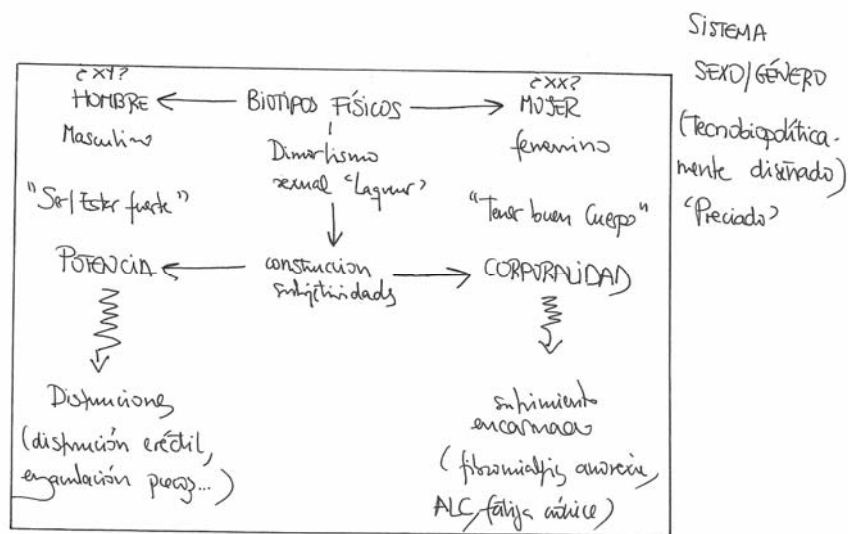
2.2 Implicaciones de los sistemas de género en la morbi/mortalidad de los jóvenes

Según Izquierdo (1998) a partir de la socialización diferencial de género, al hombre se le censura la ternura, mientras que a la mujer se le niega la violencia física. Para Izquierdo esta sería la explicación de que en muchos casos la mujer no renuncie a esta violencia, sino que la interioriza expresándola en forma de autoagresión, mientras que el hombre la canaliza hacia el exterior. Para Anna Berga (2009) este tipo de planteamientos tienen que ver con el aprendizaje y la expresión diferencial de las emociones en chicos y chicas. Berga, en su trabajo, analiza específicamente la cuestión de la autoagresión en centros de justicia juveniles. Sobre esta cuestión y en base al testimonio de una de las educadoras de un centro de menores que participaron en su estudio, reproduzco la cita que aparece en su texto (Berga, 2009:73):

“por ejemplo, en las situaciones de peleas, los chicos desmontan el centro, o sea, llegas a la habitación y piensas: ¡dios mío! La silla, la mesa, bueno, patadas aquí, patadas allá... y en cambio ellas en lugar de sacar la agresividad hacia afuera destruyendo como que lo interiorizan más, ¿no? en plan...para mí más grave porque se autolesionan. Por ejemplo, las cuchillas de afeitar, de depilarte o de afeitarse los chicos la barba...eh...cuando ha habido algún conflicto entre chicas las tenemos que esconder, mucho más escondidas de donde están porque se autolesionan con una carga de agresividad muy fuerte hacia ellas mismas, eso siempre lo he visto. Difícilmente hemos visto chicos lesionándose, aunque en la prisión sí que se lesionan, pero al menos en las instituciones donde he estado yo, ellos destrozaban el mobiliario y ellas...una patada también pero de una forma no tan...”

Beatriz Moral (2010: 148) analiza a partir de los datos publicados en el Estado español y Guipúzcoa, la relación entre masculinidad y siniestralidad vial (datos que se triplican, según cifras publicadas por la OMS en 1999, entre los varones) Para Moral “En la construcción y exhibición de las identidades masculinas el riesgo tiene un papel muy importante. Correr riesgos de diferente índole es una manera en la que muchos hombres demuestran y confirman su virilidad (...) Dentro de las actitudes que implican riesgo para la salud podemos mencionar el abuso de alcohol y de drogas, el comportamiento agresivo (peleas) y la conducción temeraria”.

A partir del apriorismo de las especificidades genéricas en el enfermar, es decir de la influencia de los sistemas de género en la morbilidad, nuestra perspectiva tiene que ver con cómo los sistemas de género (sistemas tecnobiopolíticamente diseñados en términos de Preciado, 2008) están influyendo en la construcción de las subjetividades y ver como determinadas especificidades emocionales condicionan unas particularidades y no otras a la hora de enfermar (véase esquema 1)



Esquema 1

Los datos más actuales publicados por el *Departament de Salut* de la Generalitat de Catalunya son del año 2008. En relación a la mortalidad de los jóvenes, se señalan las siguientes causas por tasas de defunción por grupos de edad (hemos escogido específicamente los grupos de 5 a 14 años, de 15 a 24 años y de 24 a 34, destacándose el pico de las causas externas (sobre todo vinculadas a accidentes de tráfico) entre los varones de 15 a 34 años-

Grupo	Causas ♀	Tasas ♀	Causas ♂	Tasas ♂
5-14 años	Tumores	2,71	Externas	4,53
	Externas	1,81	Tumores	3,68
	Respiratorio	0,90	Nervioso	2,27

15-24 años	Tumores	5,48	Externas	28,30
	Externas	5,21	Tumores	4,41
	Mal definidas	1,37	Nervioso	2,60
24-34 años	Tumores	7,33	Externas	26,81
	Externas	6,35	Tumores	8,34
	Circulatorio	2'44	Circulatorio	4,92

Fuente: Informe publicado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2008)⁴¹

En relación a los principales diagnósticos de salud mental atendidos en hospitales de agudos y hospitales monográficos en Catalunya en 2009 (contactos por 100.000 habitantes) por grandes grupos de edades (de 5 a 17, de 18 a 64 y mayores de 65 años)

5-17 años			18-64 años			>65 años		
los datos que se presentan representan el 65'5% de los contactos de hospitalización psiquiátrica			los datos que se presentan representan el 74'5% de los contactos de hospitalización psiquiátrica			los datos que se presentan representan el 74'5% de los contactos de hospitalización psiquiátrica		
Trastornos de conducta	♂	24,7	Trastorno esquizofrénico	♂	128,1	Trastorno del estado de ánimo episódico	♂	72,8
	♀	17,6		♀	71,4		♀	88,1
TCA	♂	7,7	Trastorno del estado de ánimo episódico	♂	53,5	Trastorno mental transitorio	♂	61,2
	♀	30,2		♀	74,8		♀	51,2
Trastorno adaptativo reactivo	♂	7,1	Síndrome de dependencia alcohólica	♂	43,8	Trastorno de ansiedad disociativo y somatomorfo	♂	12,4
	♀	14,9		♀	16,1		♀	23,8
			Otras psicosis no orgánicas	♂	30,8	Trastorno esquizofrénico	♂	14,3
				♀	23,9		♀	22,1
			Trastornos de la personalidad	♂	17,9			
				♀	35,8			

Fuente: elaboración propia a partir de los datos publicados en el informe: "demanda d'atenció sanitària en xifres. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2009)"⁴²

⁴¹ Descargable en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1932/mortaliti2008.pdf>

Sobre estos datos destacamos que la mayor parte de los casos de hospitalización por malestares (es decir, por trastornos mentales no graves) se dan en mujeres, y que los principales diagnósticos son la depresión, la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria. En varones el diagnóstico más prevalente son los trastornos de conducta.

En Catalunya y según un estudio realizado por el *Consell Assessor de Salut Mental i addiccions* de la Generalitat de Catalunya, 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.

En el II informe CIIUMU Martínez Hernáez y Recio Cáceres (2005) ponen sobre la mesa la relevancia del género y la diferente forma en que chicos y chicas expresan sus malestares emocionales. Señalando que esta diferencia tiende más hacia la psicologización (interiorización) de los problemas y ayuda entre iguales en las mujeres, mientras que los varones tienden más a expresarlo mediante la acción (conductas de riesgo, mayor tendencia a comportamientos adictivos y también mediante la confrontación directa). De los datos se deriva que el malestar emocional en nuestros jóvenes tiende a estar bastante difundido (sensaciones de apatía, abatimiento, tristeza, desasosiego y angustia) y a expresarse de diferente forma en función de sean estos hombres o mujeres. Sin embargo, no debemos obviar que esta lógica se inserta también dentro de un determinado marco construido que condiciona la forma que hombres y mujeres tenemos de sentir y de emocionarnos (el capitalismo emocional de Illouz (2007) y del que ya hemos hablado con anterioridad).

Sin embargo hemos de tener en cuenta el *riesgo* que, como señala Connell (2005:839), corremos al reificar el concepto de masculinidad y feminidad. Para Connell (2005: 840):

“because the concept of hegemonic masculinity is based on practice that permits men’s collective dominance over women to continue, it is not surprising that in some contexts, hegemonic masculinity actually does refer to men’s engaging in

⁴² Descargable en: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3579/demanda_sanitaria_2010.pdf

toxic practices –including physical violence- that stabilize gender dominance in a particular setting. However, violence and other noxious practices are not always the defining characteristics, since hegemony has numerous configurations. Indeed, as Wetherell and Edleu (1999) observe, one of the most effective ways of “being a man” in certain local contexts may be to demonstrate one’s distance from a regional hegemonic masculinity”

De esto deducimos que la hegemonía no es tal, ni cuando hablamos de feminidad ni cuando hablamos de masculinidad, sino que entabla unos procesos y negociaciones que se pierden ante la visión hegemónica masculina/femenina y su relación con el riesgo.

En relación a las actividades consideradas de *riesgo* en función de los modelos hegemónicos femenino/masculino, señala Romaní (2006) la importancia de analizar el papel que juegan los condicionantes sociales y culturales en el entramado de estas situaciones facilitadoras de la acción. Y es que detrás de determinadas acciones que entablan *riesgos*, nos encontramos paradigmas que sobrevaloran el potencial juvenil resignificándolo y reificándolo (coches, prestigio, virilidad, poder) pero sin aportar los suficientes mecanismos para que el peligro se desarrolle con un mínimo de riesgos.

En relación a los riesgos, señala Menéndez (2009:98) como progresivamente en epidemiología se va dejando cada vez más de lado la descripción e inclusión del medio ambiente y del contexto, haciendo recaer cada vez más la idea de riesgo y factores de riesgo en el individuo, de tal manera que el enfoque de riesgo se reduce frecuentemente en términos de *estilo de vida* individual.

3. Jóvenes: cuerpo, género y emociones

3.1 Emociones encarnadas

“How do you feel? Alive. Real. Calm. Satisfied. You smear the blood around. It’s sick, but the blood feels real, feels human, feels good! At the same time, you feel the pain, you deserve the pain. You tell some people. They say you are manipulative, attention seeking. You believe it. Only serves to make you feel worse. Some people think you’re sick, you’re weird. One or two may understand, but they’re still wary, still shocked by it. Some think you are suicidal. You’re not.” (Strong, M.1998: 2)

Desde la teoría antropológica del cuerpo son numerosas las lecturas que nutren nuestro marco teórico⁴³. A continuación vamos a pasar a detallar algunas de las propuestas que

⁴³ Anexo 3

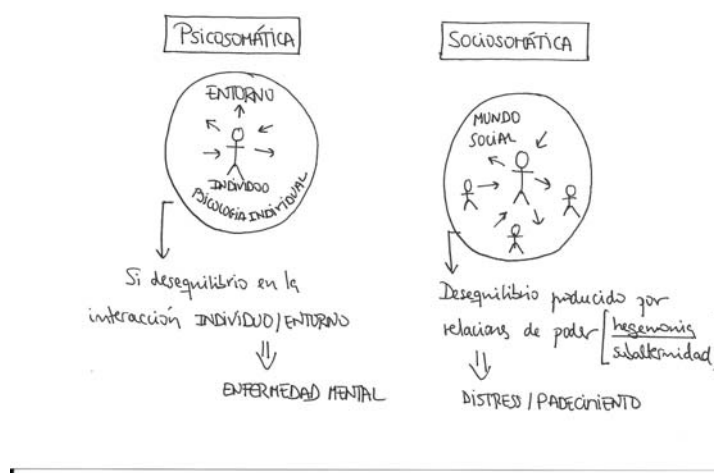
se han debatido y cuya lectura nos ha ayudado a configurar el marco analítico en el que se sitúa la autolesión. Nuestra posición se va a debatir entre las aportaciones que se centran en analizar el **cuerpo como un texto** en el marco de la cultura (teorías que llamaremos del *outside in*, en donde el paradigma semiótico que sitúa la interpretación del cuerpo como una metáfora del body-self-social nos permite articular el significado simbólico del cuerpo autolesionado con las narrativas corporales de aflicción). Y por otro lado las teorías que se centran en incorporar la dimensión de agencia, de lo emocional, del **cuerpo como sujeto**, sentido/percibido (fenomenológico), del body-self-performativo, y que llamaremos aproximaciones del *inside out*. Estas dos grandes corrientes, incluyen dos puntos de vista teóricos en relación a cuerpo –el primero como símbolo y el segundo como agente-, que para nuestra interpretación lejos de ser excluyentes son complementarios. La experiencia de las emociones encarnadas referidas específicamente a las autolesiones corporales tiene que ver con tres apriorismos. El primero tiene que ver con la idea del self-identidad-corporal (embodied self) (Shilling, 1993; Bordo, 1993; Turner, 1992), el segundo con las emociones encarnadas (embodied emotions) (Rosaldo, 1984; Leavitt, 1996; Skinner, 2007; Boellstorff, 2004) y el tercero con el proceso de objetivación del cuerpo (objectified body) que se produce con la lesión (Leder, 1990; Canguilhem, 1971).

En relación a la articulación de ambos paradigmas, *outside in* y *inside out*, veremos a través de diferentes relatos, que la autolesión es una forma de transformar un dolor emocional “interno” “invisible” en algo “carnal”, en algo “tangible” en algo “fluido” y, por otro lado, veremos que la lesión aparece como una forma de reivindicar la autolesión corporal como un mecanismo de expresión con el cuerpo y en donde los sentimientos de rabia, ira, tristeza, culpa, etc. se objetivan a través del fluir de la sangre sobre el cuerpo. Nuestro punto de partida emerge de la autolesión corporal como una forma de hacer visible experiencias de sufrimiento que no pueden ser expresadas a través del lenguaje y que se expresan visible y carnalmente a través del cuerpo. En muchos de los relatos de vida (on y offline) aparecen historias traumáticas durante la infancia. De ahí la necesidad de recuperar sus experiencias, formas de expresión y sus significados.

Sobre el análisis de las representaciones que adquiere el cuerpo a través de las acciones autolesivas, desde el paradigma biomédico, la propuesta tiene que ver con el tratamiento

aislado del síntoma. De acuerdo con la *interpretación psicosomática* del signo, la acción se define en términos de la interacción entre las características físicas y mentales del individuo con su entorno psicosocial. Entre las características de la interpretación psicosomática, Hunter y Cofresi (1998:439) destacan que el modelo psicosomático se basa en la premisa de que muchas enfermedades surgen como consecuencia del desequilibrio entre las capacidades internas del individuo y determinados eventos estresantes. Para los autores, dentro de los factores individuales se incluyen también aspectos de tipo genético y bioquímico, cultural y los rasgos de personalidad.

Nuestra propuesta de *interpretación sociosomática* de la lesión (véase esquema 2) tiene que ver, de acuerdo con Kleinman (1986:128), con la experiencia corporal y su relación con el mundo social. Para Kleinman la experiencia corporal y las emociones tienen que ver con las actitudes morales e ideológicas apreñadas. La interpretación sociosomática tiene que ver también con una concepción del yo como intersubjetivamente constituido y en relación con el mundo social. Desde este planteamiento, la salud y la enfermedad no se plantean en términos de la dicotómica mente-cuerpo que separa las características biológico-corporales con las psicológicas, sino en relación a los eventos sociales, sus condiciones y la experiencia a través del cuerpo. De acuerdo con Hunter y Cofresi (1998:439): “by “psychosomatic” we typically refer to the interaction between psychological process or disposition and bodily experience, whereas the notion of “sociosomatic” indicates the interaction between social relationships or conditions and bodily experience”



Esquema 2

3.1.1. Narrativas de aflicción: el malestar de Noe

Noe tiene 23 años y es una de nuestras informantes virtuales. Postea a diario en el portal universotlp.com. Está diagnosticada de trastorno límite de la personalidad (TLP). Desde los 12 años se autolesiona y los motivos que le llevan a hacerlo tienen que ver con emociones y sentimientos “desbordantes”, normalmente culpa y rabia, que no sabe cómo expresar y que canaliza a través del cuerpo.

Al cabo de unos años del inicio de las autolesiones, Noe toma consciencia de que “esta conducta no es normal” y va en búsqueda de ayuda psicológica. Una vez entra en el circuito de medicalización de la acción, se la diagnostica de trastorno límite de la personalidad e inicia a partir de este momento su trayectoria terapéutica. Reproducimos el primero de sus posts titulado “aprendiendo a vivir”, colgado en octubre de 2007.

“Nací en una familia lo que se conoce como estructurada, una buena educación y todo lo que el núcleo familiar puede ofrecerte, con sus cosas pero como todo. El problema o la circunstancia que hoy conscientemente reconozco como la causa principal de haber desarrollado el Trastorno Límite de Personalidad, sin lugar a dudas fue las violaciones reiteradas durante varios años de mi infancia. El período exacto no sabría decir, pero las edades rondaban entre los 5 y los 8 años.

Siempre fui una niña con miedos, con inseguridades y por lo que sé ahora sumamente inestable; a la edad de 12 años ya estaba ‘jugando a hacerme daño’: heridas con tijeras, a cada enfado las muñecas de mis manos eran rozadas contra los edificios para simplemente provocarme dolor. La explosión surgió a los 16 cuando mi obsesión era morirme, desaparecer, nunca he intentado suicidarme, sí pequeños sustos pero no con la intención clara de matarme, si no de dormir y huir del estado en el que me encontraba, una vez terminé en urgencias por ingesta de pastillas pero no fue nada importante.

Pasé por mi primera experiencia de psiquiatra y psicólogo, pero nada destacable porque su intención no era diagnosticarme nada, sino ‘pasar su tiempo’ conmigo... puede sonar despectivo pero no lo es, fue la realidad, duré muy poco tiempo para alivio de nuestra querida Seguridad Social, menos gastos y menos tiempo que emplear con una niña que solo ‘pretendía llamar la atención’ y poco más. Pero a pesar de mi experiencia puedo decir que hay profesionales buenos y profesionales no tan buenos, un Trastorno poco estudiado y pocos profesionales especializados en su tratamiento, por lo cual podemos pasar por cualquier otro diagnóstico que no sea el adecuado, y así pasarnos media vida sin encontrar nuestro sitio...

Los años pasaban y yo iba de estados muy buenos a caóticos en cuestión de semanas, días e incluso horas, mi mente no entendía que era lo que pasaba, si no

quería morirme ¿por qué lo pensaba?, si no quería hacer daño ni a mí ni a los demás ¿por qué lo hacía?... por lo que esos sentimiento de culpabilidad, ansiedad, dolor los recuerdo desde que era bien pequeña...”

Hasta que la situación fue empeorando mes a mes y año tras año, hasta que a mis 22 años sufrí una de las crisis más fuertes que recuerdo, así que por propia decisión terminé en una consulta privada, con la única y clara intención de saber la verdad, me prometí que esto cambiaría que ya no valía el ‘lo intentaré’, ‘venga, ya se pasará’; eso ya no era suficiente yo necesitaba salir de todo esto, fue justamente en ese momento cuando fui diagnosticada de TLP, fue duro aceptar que pasaba algo, que tenía un nombre y lo peor que cómo afrontaría todo esto. Un mes después decidí contarle a mi familia, y a algunos amigos/as lo que pasaba. Con algunos tuve más suerte que con otros, unos se empeñaban en dar la espalda a todo lo que significara Trastorno, problema, etc. Era más fácil pensar que esto solo era un momento determinado de mi vida y que pasaría solo, otros se centraban en no escuchar para no sentirse incómodos, pero por el contrario me encontré a personas dispuestas a escuchar e intentar buscar la forma de ayudarme y hacerme sentir un poco mejor, fue difícil porque en ese año todo iba mal, un familiar en el hospital pendiente de su vida, amistades rotas por culpa de mis comportamientos; por lo que hacer frente a una terapia se me hacía sumamente difícil, lo único que tenía claro es que quería luchar por mí por una vez en la vida.

En la terapia descubrí el significado de mi Trastorno, pensamientos y sentimientos que tenía que no estaban acorde a la realidad que en verdad existía, darme cuenta de las cosas que tenía dentro y que el no hablar y no exteriorizar lo que sentía hacía que me bloqueara y terminará con mis cambios de humor, descubrí el significado de autolesionarme como forma de huida, descubrí todas esas cosas positivas de mí que había olvidado, aprendí a analizar cada una de las situaciones y sentimientos y cómo hacerles frente poco a poco.

Aprendí que la infancia marca, que se queda dentro, que las cosas no se olvidan por no contarlas... he de decir que nunca he considerado que tenga un trauma por las agresiones sufridas, los recuerdos no me impiden hacer una vida más o menos normal, no sé cómo lo hice, quizá influya el hecho que no tengo esa parte de mi vida bloqueada, no me cuesta recordar ninguna de las situaciones y momentos, por ‘suerte’ o por desgracia recuerdo cada uno por pequeño que sea de esos momentos, no necesito hacer terapia para sacarlo fuera y que no me bloqueé.

Así que creo que aprendí a vivir con los recuerdos, pasar de echarme la culpa de lo sucedido, a saber que yo no tuve la culpa de nada de aquello, por lo que encontrarme frente a frente con la persona que me agredió ahora mismo en algunas ocasiones me produce indiferencia, ya no huyo ni me enfrento a lo que siento, también tengo que decir que no le odio, aunque deseé durante mucho tiempo su muerte o que me hubiera matado a mí para no sufrir ni haber hecho que yo pasara por todo aquello que pasé y lo que me queda por pasar, pero confió en que el tiempo nos deje a todo el mundo en el lugar que nos merecemos.

Ahora tengo 23 años y después de 8 meses de terapia puedo decir que quiero vivir, que de vez en cuando tengo momentos muy malos pero también muy buenos, y que pienso luchar ante todo por mí....”

3.1.2 Narrativas de aflicción: las enfermedades imaginarias de Paula

Paula tiene 30 años. La conocí en septiembre de 2009 y fue ella la que conociendo mi trabajo contactó conmigo. Durante la infancia ella y su hermana mayor sufrieron abusos sexuales por parte de su padre. La entrevista tiene lugar en la terraza de un bar del centro de Tarragona.

En el momento de la entrevista Paula comparte piso con una amiga en Mollerusa, un pueblo de la provincia de Lleida. Tiene dos hermanas, ella es la menor. Su padre murió en 2008, aunque desde los 13 años no mantenía ningún tipo de relación con él. Para Paula las autolesiones representan “Angoixa, dolor, pero no dolor físic. Dolor emocional. Impotència. Desesperació. Soletat. Incomunicació...jo crec que el secret no es l’autolesió. El secret es allò que no es vol abordar. L’important es el que porta a una persona a autolesionarse. Veure perquè s’expressa com s’expressa”.

Para Paula las autolesiones tenían que ver con un sufrimiento mental y emocional muy fuerte.

Mira, per mi el tema de les autolesions, per mi es lo més suau de tot. Que també suposo que és el que fa que tingui aquest punt de vista, no? Per mi...clar, també...suposo, bé deixaré de parlar de suposicions i et parlaré de mi.

Jo, com jo les vaig viure...mmm....era molt petita, no et sabia dir l’edat. No se, petita...6 anys. Tampoc se quant temps va ser i jo estava patint molt l’únic que no ho sabia. I... per mi, el moment de l’autolesió...el meu patiment era emocional-mental. O sigui, amb tot això vull dir que el meu record ehhe...per mi que m’autolesionés...de fet m’ha costat molt entendre que m’autolesionava. Per mi que m’autolesionés tenia molt a veure amb el patiment mental que estava vivint en aquella època. El patiment mental. Per mi era mental. Estava tant dissociada que no ho vinculava amb un patiment emocional perquè jo ho estava vivint com una normalitat, i era mental perquè jo va arribar un moment que...es complicat d’explicar perquè tot es una construcció mental, eh?

Jo era petita, estava vivint una situació molt desbordant, el meu entorn, els meus referents...no tenia referents adults “cuerdos” y no trobava la forma com canalitzar el meu patiment, com canalitzar les meves emocions. Llavors clar,

com que aquell era el meu únic entorn i per mi era normal però jo estava patint. No eren els altres els que estaven bojos sino que era jo qui estava boja. No se si s'entèn, eh?

Llega un momento que Paula piensa que está loca. Su hermana es la primera que estalla en un contexto que desde la distancia ella define como de “locura familiar normalizada”

Va haver un punt que la meva germana gran... hi va haver un punt en el que es va visibilitzar a nivell familiar la bogeria. Va arribar un punt que ma germana gran devia tenir uns 13 anys, i va explotar visiblement. Es va com alienar. Va començar a tenir...que clar, jo de petita ho vivia com enana, no? O sigui...que li passa, no? No hi és. Va començar a sortir, a beure, bfff yo que sé. A drogar-se, a autolesionar-se, ma germana gran de repent es va transformar...aquesta es la meva vivència de petita, eh? Aquesta es l'explicació que jo tinc de petita, no elaborada, no? De quan el teu món adult se't desmonta. Per mi ma germana era un referent i de cop i volta vaig veure com ma germana estava patint molt i ja no la podia tenir com a referent perquè se n'havia anat amb les seves històries, no? I com ho manifestava això? Doncs com ho manifestava rebotant-se amb la mare, rebotant-se amb el pare, tenint conductes autolesives...bfff, jo que sé. Jo he viscut molt les conductes autolesives de ma germana i això a mi m'ha afectat molt a nivell personal. Però torno a dir-te: no tant el mal físic com el desbordament emocional. De dir: que li està passant a la meva germana, que li està passant, perquè està tant malament per acabar fent això, no? O sigui, no tant el patiment de que fiqui en perill la seva integritat o...que...sinó tot el context. Tu ets petit, veus que algo no va bé i te n'adones que algú a qui tu estimes s'està fent mal i...lo que catalogaven la meva família com que “ho feia per llamar l'atenció” a mi no em servia. Que això es un altra de les explicacions que se donen. A mi em sembla increïble que es digui que es fa per llamar l'atenció. Per llamar l'atenció fas altres coses, no t'autolesiones, i...a nivell familiar era això, no? De cop i volta la Maria que era una persona normal, els estudis super bé i tal, doncs...arriba a l'adolescència se rebel·la i es droga, beu i s'autolesiona...i ho fa per llamar l'atenció perquè és una persona molt, molt visceral. Doncs a mi aquesta interpretació que em donava el món adult no em servia, i jo continuava tenint aquell patiment...

Sobre autolesions de ma germana viscudes així “socialment” doncs cremar-se amb burilles, tancar-se al lavabo i intentar tallar-se les venes, i jo estava allí amb ella, intentant obrir la porta, intentant treure-la...beure botelles de colònia...mmm...que més...es que també l'autolesió i la violència es barregen molt. Perquè ara estava pensant també en trencar un vidre amb el puny, no? Que s'està autolesionant i està expressant...està canalitzant la ràbia i l'odi i ho està fent i en realitat s'està fent mal a ella mateixa..”

En relació a la vivència de las autolesiones de su hermana, explica:

A mi ma germana em deia que eren moments que no hi era. Estava molt anada. Eren moments com de màxima explosió. No eren moments de conversació. Quan fas això no estàs obert a parlar emocionalment. No estàs en el punt de dir: ostres, es que em sento...així, o es que mun pare em fa això, o es que em sento abandonada o es que...estàs en un punt en el que tu t'expresses així perquè no et pots expressar des del llenguatge comú perquè no trobes un altra via...evidentment quan ma germana feia això no podia. No hi havia un pont de diàleg. Hi havia comunicació plena, que això es un altra de les coses que a mi em fa afectar molt. Em va afectar que jo buscava aquest punt de diàleg per intentar entendre que li portava a aquesta conducta i jo buscava entendre...i el pont de diàleg que sempre havia tingut. I de cop i volta no el trobes, veus que s'està expressant des d'un altre... des d'un altre llenguatge que tu no entens però que veus que te una dimensió molt forta al darrere, no?

Llavors jo d'una banda estava vivint això, no? La meva germana gran que era un referent i amb qui tenia un vincle molt gran se n'anava de l'olla. Mon pare...des del moment en que la Maria va explotar mon pare també va explotar i ho va fer obertament. Ja devia ser alcohòlic d'abans però va començar a beure més i més obertament. I va començar a manifestar violència explícita i directa cap a ma germana. Cara cap enfora estava super justificat perquè la seva filla adolescent s'estava portant super malament i...llavors ell a través de la violència física intentava solucionar una situació per la que no trobava altres vies de solució, no? Això, aquest es el discurs familiarment acceptat, eh? Familiarment es creen uns discursos i es creen unes lògiques que deixen tranquil a tothom, no? Per no abordar que collons està passant amb aquesta nena, perquè no deixa de ser una nena. Ma germana va deixar de ser una nena en aquell moment, familiarment es va convertir en un diable. Ella amb mun pare era la representació del diable i mon pare era la pobra víctima, va passar de ser el culpable a la víctima. Es tergiversen les coses, no? La víctima passa a ser la culpable i el culpable passa a ser la víctima. Molt fort.

A pesar de que Paula trató de hablar con su hermana sobre los abusos, “en aquells moments estava com fugida endavant. Explosiu. Molta autodestrucció. Les autolesions eren un punt, no? perquè en realitat s'autodestruïa per totes bandes. Drogant-se fins al cul, vivint molt des de l'instint i portant-ho tot fins a l'extrem”.

No se, això es super estrany, no? Es super raro. A mi amb això em costa conviure per exemple. Jo crec que estaria més tranquil-la si ma germana avui per avui em pogués mirar a la cara i em digués, em corroborés el que jo no m'he pogut corroborar a mi mateixa. Perquè el tema de l'abús, i mes quan es per part

d'un pare, i més quan jo visc la sexualitat d'una forma...bé, jo no la visc bé, m'he tancat totalment, eh...sobretot amb el tema de l'abús jo buscava que els altres em corroboressin el que jo no podia fer. Necessitava que em diguessin: si, això es un abús, no? I jo ho he buscat molt amb ma germana, no? Jo aparentment todo iba bien, era una noia brillant, treia grans notes, ui, era perfecta. Sabia el que havia viscut, bueno...jo també tenia la meva historia montada, fins que als vint i pico vaig entrar en una crisi super bèstia.

Para Paula la autolesión “es angosta, i tu en realitat vas manifestant l'angoixa de diferents maneres fins que no afrontis realment el que està passant”.

Unos años después, Paula canalizó su angustia a través de enfermedades que define como secretas e imaginarias:

La meva diferencialitat que en un moment va ser a través de les autolesions i els pensaments, la vaig continuar carregant però la vaig carregar amb malalties imaginaries. O sigui jo això ho vaig carregar fins als..fins als 20 anys. Després van ser les malalties imaginaries. Mai ho he compartit però sabia que estaven allí. Era el secret. En un moment va ser que estava boja i ho manifestava en les autolesions, després van ser les malalties imaginaries, que era un secret totalment meu que a moments el compartia, sobretot a l'institut i en ma mare, però no li deia que jo em creia que tenia un càncer, i a més el que jo tenia no li donava ni el nom de càncer, era algo irremeiable, algo que no tenia remei. Tenia algo dins meu, que jo sabia que era crític però que jo no sabia ni que era. Durant un temps ho tenia als pulmons, després al cor, yo que se. El que compartien totes les malalties es que eren irremeiables. Que no tenien solució. I en alguns moments l'angoixa era tant gran que li deia a ma mare. Però no li deia que pensava que tenia una malaltia terminal, sinó que li deia que tenia un dolor aquí, que tenia un dolor aquí (se señala el corazón), i li anava repetint a ma mare, que ma mare s'emparanoiava i llavors em portava al metge.

Después del instituto Paula empieza a estudiar Biología en Barcelona. El hecho de ir a vivir a la ciudad fue vivido como una liberación, sin embargo al poco tiempo de estar en Barcelona entra en “crisis”

Allavors als 20 anys me n'adono que algo no va bé. Més o menys cap als 20 anys inicio aquest procés. Tot això va ser quan jo em vaig distanciar de Mollerusa que per mi va ser un alliberament. Llavors una projecció de futur era marxar a una ciutat com Barcelona i estudiar una carrera, no? Com un constant fugir del present i de mi mateixa, no? Una fugida endavant era anar a Barcelona i conèixer gent nova però es que tu arribes a Barcelona i continues amb lo mateix, no? O sigui que hi ha algo que allí no rutlla i per mi Barcelona va ser el punt de

assimilar, veure que algo no va bé. Inclus no tenia ganes ni de continuar, no? De quedarme parada perquè me'n vaig adonar de que la técnica de fugida endavant tampoc no em servia ja. I arribo a Barcelona i arriba un punt en que començo a fer teràpies...entre mig d'això perquè clar, tot es una mica caòtic. Entre mig d'això quan jo estava a Barna ma germana va tenir una de les seves crisis i em va dir un dia que anava tota drogada que mun pare havia abusat sexualment d'ella. A mi m'ho va dir obertament ja quan era adulta, quan estava a Barcelona que devia tenir uns 20 anys o així. Jo en aquell moment ni ho vaig assimilar ni ho vaig processar, només li vaig dir que si necessitava ajuda que podíem anar al psicòleg...com algo molt desvinculat de mi mateixa i vaig continuar la meua fugida endavant.

En Barcelona inicia su trayectoria terapéutica:

A Barcelona vaig començar a veure que algo no anava bé, vaig començar a fer teràpies, però malgrat les teràpies...bueno, a partir d'aquí comença un procés interior super dur. Jo sempre he pensat que jo empatitzo amb tots els bojos que estan al psiquiàtric però totalment, no? Perquè jo crec que hi ha una línia molt suau, no? Que separa la cordura de la bogeria i...jo crec que no he estat al psiquiàtric perquè m'he anat agafant amb allò constructiu, m'he agafat amb les col·legues i quan he vist que necessitava ajuda he buscat ajuda. Tot i que al final l'ajuda...mmm....al final, l'ajuda...per exemple les teràpies o els col·legues i tot això son petits flotadors, no et donen cap clau ni cap solució...son petits flotadors per no anar-te'n al psiquiàtric. Per a que no te tanquin i poder continuar i tal. Però al final els altres no et poden fer creure res, t'ho has de creure tu.

Total que vaig començar un procés de psiquiatres, ai, de psicòlegs. Jo era molt alternativa, també eren molt alternatives les teràpies. També tinc una crítica molt gran cap a les teràpies alternatives. Les teràpies aquestes de creixement personal, de grups, on es barreja lo terapèutic amb el creixement personal. I que trobo que fan cagades professionals súper grans. Ara en tot aquest boom que hi ha de les teràpies alternatives es fica en un mateix sac històries que necessiten tractaments molt més específics, no? Bueno. Que suposo que era el meu camí, però que trobo que m'ha fet donar moltes voltes. I al final, malgrat les 10.000 teràpies arribo a un punt de col·lapse. Estic a Barna, estic rodejada de gent preciosa però no connecto, no connecto. Em col·lapso i torno cap a Mollerusa. Torno cap a Mollerusa una mica buscant respostes, buscant un apoyo, buscant un recolzament emocional que era el que jo buscava de petita i em poso a buscar-ho de gran nosequants anys després quan la gent de fet, al cap de tants anys, està més incapacitada per a donar-t'ho. Total que arribo a Mollerusa i em foto un ostia que t'hi cagues i acabo estant mes pitjor de lo que estava. Perquè bueno, li dic a ma mare que jo estic malament. Fa molta por al meu voltant veure que jo estic malament, perquè jo era com el puntal, era on s'abocaven totes les esperances. I bé, torno cap a Mollerusa i en lloc de trobar carinyo trobo

distanciament i se'm demana que vagi al psiquiatra per tal que em donin la pastilleta perquè lo que jo sóc es "obsessiva".

Paula se autolesionaba en los brazos, sobre todo en partes no visibles. Para Paula la autolesión es sinónimo de autodestrucción y considera que el arte o el dibujo le ha ayudado mucho.

L'autodestrucció pot agafar 10.000 formes i una de les 10.000 es l'autolesió, però quan te deixes d'autolesionar t'autodestruiràs d'altres maneres fins que no afrontis el que et toca afrontar. Per mi hi ha altres formes d'autodestrucció i per les que he passat, eh? Les autolesions, les malalties imaginaries, també el fet de tancar-me a les relacions sexuals. Per mi l'autodestrucció es tot allò que inhibeix la teva felicitat. A nivell conscient i inconscient. Per mi l'autodestrucció agafa moltes formes. Per mi tancar-me a l'amor, tancar-me a les relacions de parella, tancar-me a les relacions sexuals, tancar-me a la simplicitat, la felicitat, a gaudir...es autodestrucció també.

En relación a las lecturas que se dan a la autolesión, específicamente en relación a la interpretación adictiva –lectura endorfinica- Paula comenta:

Potser hi es, no ho se, però en definitiva tu ets addicte a l'autodestrucció. Però no es una addicció, no ets addicte. Tu estàs atrapat, tu estàs fugint, tu ets addicte a la fugida. Es que no faria servir mai el terme addicció, també em fa ràbia perquè per mi es una explicació senzilla i biologicista d'un tema súper complex i a més crec que pot fer mal.

Jo penso que a nivell social hi ha un tabú molt general, que no es tant per la víctima, o per la persona que ho pateix, que si que acaba sent al final, com perquè es tabú per tothom. I jo crec que no es tant el mal físic lo que fa por, lo que es tabú, com per tot el que porta al darrera, no?

En las narrativas de Noe y de Paula, los significados que le dan a la autolesión y los orígenes que atribuyen a su padecimiento tienen que ver con experiencias de sufrimiento que se expresan a través de la autolesión, específicamente causados por los abusos sexuales padecidos durante la infancia. Como ya hemos planteado, el marco que posibilita la interpretación de sus historias tiene que ver con el marco contextual (sociosomático) en el que la autolesión como signo de sufrimiento incorporado emerge. En sus relatos, vemos como la interpretación psicósomática se pierde bajo el paraguas de la etiqueta, tratando de reconducir el síntoma y de aislar al individuo de su experiencia.

Además de la interpretación sociosomática versus psicósomática, tanto las teorías que se enmarcarían dentro del grupo de las *outside in* (es decir las que van de la cultura al cuerpo- con la idea del cuerpo como metáfora, como texto a interpretar como paradigma-), como del *inside out* (de la subjetividad-emoción que estalla en el cuerpo), son las que nos permitirían a partir del signo visible acceder a las experiencias del padecimiento que se expresa a través de la autolesión.

3.2 Malestares *en* femenino: la histeria, la anorexia y las autolesiones corporales como *Idioms of Distress*

“The body of women is the site where culture manufactures the blockade of women”

(Valerie Export, 1970)

El término *idiom of distress* fue propuesto por Mark Nichter en 1981 (2001: 405) para referirse a “socially and culturally resonant means of experiencing and expressing distress in local worlds” para el autor “Idioms of distress communicate experiential states that lie on a trajectory from the mildly stressful to depths of suffering that render individuals and groups incapable of functioning as productive members of society”

El hecho de plantearnos la dimensión histórica para analizar estos tres padecimientos como *idioms of distress*, nos hace considerar como eje imprescindible en nuestro análisis la historia de las causalidades y procesos que propician el surgimiento de dichos padecimientos. Lo que Good (1977:25) define como *the semantic meanings of a cultural syndrome*.

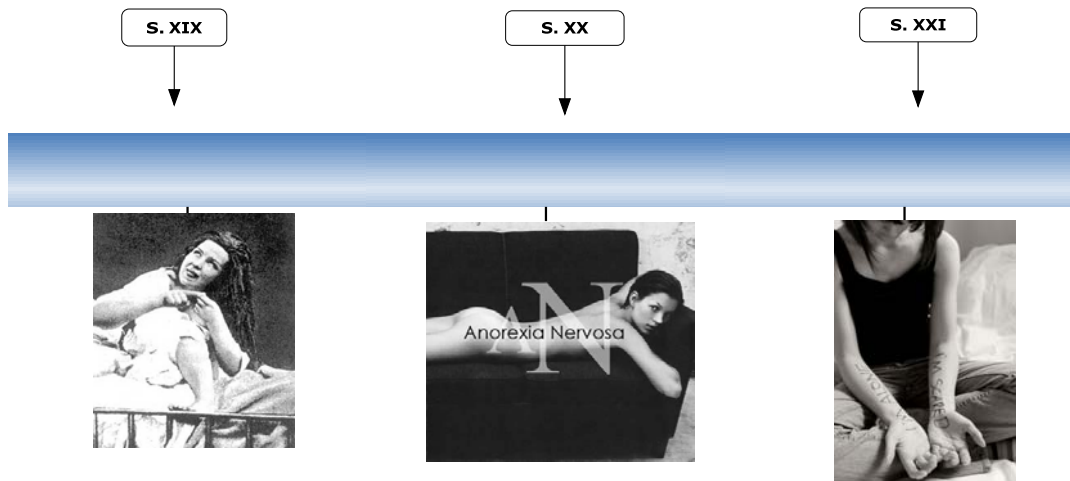
Específicamente sobre mujeres jóvenes y de acuerdo con Susan Bordo (1997) la sintomatología de cada uno de los padecimientos que hemos escogido deviene, en sí mismo, un texto hecho cuerpo. Un texto hecho cuerpo con un significado hiperbolizado en relación a los ideales que se proyectan sobre la mujer, con un significado social, económico, político y nosotros creemos que también con un significado emocional, que varía dependiendo de las reglas que regulan la construcción del género en cada periodo histórico. Para Bordo (1997: 93):

“The continuum between female disorder and “normal” feminine practice is sharply revealed through a close reading of those disorders to which women

have been particularly vulnerable. These, of course, have varied historically: neurasthenia and hysteria in the second half of the nineteenth century; agoraphobia and, most dramatically anorexia nervosa and bulimia in the second half of the nineteenth century (...) and the bodies of disordered women in this way offer themselves as an aggressively graphic text for the interpreter –a text that insists, actually demands, that it be read as a cultural statement, a statement about gender”

Bajo nuestro punto de vista, estos tres padecimientos deben ser interpretados además de cómo malestares encarnados como *idioms of distress* que ponen en el eje de nuestro análisis el cuerpo y el malestar específicamente femenino en relación a la sexualidad en el caso de la histeria, en relación al poder y el autocontrol en el caso de la anorexia, y en relación a lo emocionalmente inexpresable en las acciones autolesivas corporales.

Siguiendo la hipótesis planteada por Bordo, nuestro objetivo en este punto pretende poner de manifiesto algunas de las lógicas que rigen el proceso de construcción de la enfermedad mental específicamente en las mujeres jóvenes, a través del análisis de los sistemas de género que rigen tres formas de construir la identidad femenina. Hablaremos metafóricamente del cuerpo de la seducción en la histeria, del cuerpo extinguido en la anorexia y del cuerpo fluido de las autolesiones. Estas tres ideas de cuerpo, nos remiten a la interpretación de estos tres padecimientos como formas de resistencia y rebelión con el que se consideraba y considera ideal de mujer hegemónico a lo largo del siglo XIX, XX y XXI en nuestro contexto. Considerando en este punto que un abordaje social y diacrónico sobre las transformaciones de los padecimientos utilizando un sesgo de género nos puede ayudar a entender estos malestares no solo como un conjunto de signos, síntomas, alteraciones morfológicas o psicopatológicas individuales sino como procesos sociales cargados de significación (Sáez, 1979). En términos de Bourgeois y Scheper-Hughes (2004:318), nuestra aportación en este ámbito debe ir encaminada a desenterrar las causas, los significados y las experiencias que surgen como consecuencia de la violencia estructural, con los sistemas de género como marco de legitimación en el que se sitúa la acción. Entender en este sentido el malestar de las mujeres como reacción a los dispositivos de poder nos puede ayudar a entender sus lógicas, sus formas de expresión y comprender también sus significados.



La Histeria: cuerpo y sensualidad

“Augustine es rubia, de complexión grande y fuerte para su edad, y ofrece el aspecto de una muchacha en la pubertad. Es activa, inteligente, afectuosa, impresionable, pero también caprichosa, le gusta mucho llamar la atención. Es coqueta, pone mucho esmero en su aseo, en la disposición de sus cabellos, que son abundantes, a veces de una manera y a veces de otra (...) es grande, bien desarrollada (cuello algo fuerte, senos voluminosos y monte de venus cubierto de vello), decidida de tono y de garbo, de humor mudable, ruidosa. Ha sido ingresada por presentar una parálisis del brazo derecho y ataques de histeria grave, precedidos de dolores en el lado derecho del bajo vientre”⁴⁴

A finales del siglo XIX principios del siglo XX, psiquiatras y ginecólogos se esforzaron en crear un discurso y generar unas prácticas terapéuticas que diesen cuenta de que toda patología femenina tenía su origen específicamente en el útero. Señala Teresa Ortiz (2006: 176) que en este momento y con el objetivo de consolidar su posición, ambas especialidades, medicina y psiquiatría, empezaron a disputarse la autoridad científica sobre el cuerpo y la enfermedad de las mujeres y hicieron uso de terapias agresivas sin fundamento. En el estado español Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla (en Ortiz: 2007) trabajaron sobre el sesgo de género en la patología médica, y sus trabajos mostraron la relevancia del género en el proceso de construcción científica de la enfermedad, la utilidad social de ciertas prácticas médicas, especialmente psiquiátricas, así como los efectos del llamado “tratamiento moral” en las mujeres.

⁴⁴ El caso de Augustin aparece descrito en el libro *Iconographie de la Salpêtrière*, en el tomo II (p.127-128) junto con su retrato. La traducción al español es de Didi-Huberman (1982)

En relación a la histeria y a pesar de que fue Hipócrates el primero en hablar de ella, no es hasta el siglo XIX que podemos decir que Charcot la “redescubre” y empiezan a proliferar los diagnósticos. Con anterioridad, a mediados del siglo XVIII (Foucault, 1984), se crean en Europa los primeros hospitales generales como respuesta a las crisis económicas que afectaban a todo occidente en su conjunto. Es en el momento que “la razón se erige como medida de todas las cosas y la irracionalidad deviene sinónimo de locura”, y aquella sinrazón que años atrás fue incluida dentro del ámbito de lo demoníaco queda ahora diferida del mundo mercantil y del trabajo con la institucionalización del alienado o alienada.

Para Didi-Huberman (2007: 7): “la Salpêtrière era, en el último tercio del siglo XIX, lo que nunca había dejado de ser: una suerte de infierno femenino, una *città dolorosa* con cuatro mil mujeres, incurables o locas, encerradas allí. Una pesadilla en un París listo para vivir su *belle époque*...”. A pesar de las convulsiones, de los espíritus sobreexcitados, de la explosión de la mujer nerviosa mediante espasmos, movimientos irregulares, temperamento bilioso melancólico, todos los esfuerzos realizados en anatomía patológica no le permitieron localizar la esencia del mal, y el mismo Charcot admitió que la histeria y las enfermedades cercanas a ella, como la epilepsia y el baile de san Vito desafiaban la anatomía.

La histeria ha sido nombrada y rebautizada muchísimas veces. Landouzy en el año 1846 reconoce las siguientes acepciones “Entre los franceses histeria, histericismo, histeralgia, espasmo histérico, espasmos, mal de los nervios, ataques nerviosos, vapores, amarria, asma de las mujeres, melancolía de las vírgenes y de las viudas, sofocación uterina, sofocación de la matriz, epilepsia uterina, estrangulamiento uterino, vapores uterinos, neurosis uterina, metro-nervia, neurosis métrica, metralgia, ovarialgia, uterocefalia, encefalia espasmódica, etc.”.

Para Nassif (1968) (en Didi-Huberman, 2007: 111) “Charcot durante muchos años forzó a la histeria a depender del dominio neuropatológico; gracias a la importancia de la escucha en Freud, la histeria volvió a hacer temblar las bases epistémicas de la neuropatología”. Por tanto, deviene necesario entender el papel de las mujeres en el escenario en el que se desarrollaba el síntoma, con el objetivo de captar la función semiótica, en términos de Kristeva (1987), del signo. Sobre esto Mabel Burin (1990:68)

señala que es a partir de finales del siglo XVIII que el malestar de las mujeres quedó encuadrado en el sentido otorgado a las histerias. De este modo:

“La medicina positivista del siglo XIX se apropió del cuerpo de las mujeres, psiquiatrizó sus deseos y sentimientos, interpretándolos por la vía de los humores, los fluidos linfáticos y, principalmente, por las variaciones de temperatura en el útero (especialmente el calor) asociadas a las reglas menstruales. Pero esta psiquiatrización del cuerpo de las mujeres tenía una acepción no sólo en la estructura física femenina, sino también en su estructura moral. Así se explica que en el siglo XIX muy pocas mujeres acostumbradas a la vida laboriosa se pusiesen histéricas; en cambio estaban muy inclinadas a serlo aquellas que llevaban una existencia burguesa ociosa, dentro del aislamiento del ámbito doméstico.”

En relación a este punto Carmen Sáez (1979:34) pone de manifiesto que según los escritos y documentos legados por médicos del siglo XIX, las mujeres pertenecían a dos castas diferentes a la hora de enfermar. Así, mientras

“las mujeres de la burguesía vivían encamadas los dos tercios de su vida por consejo médico, dado que éste consideraba, que sólo el reposo podía aliviar las indisposiciones constantes a que la menstruación, el embarazo, los partos, la lactancia y la menopausia, sometían a estas frágiles, delicadas y tontas mujercitas, semejantes a muñecas enjauladas entre barrotes dorados. A costa de estas infelices hundidas entre encajes, perfumes, jaquecas, pócimas, desmayos, adulterios maritales, frigideces y maternidades obligadas y placeres prohibidos, un enjambre de doctores cazaron al vuelo un sinfín de hipocondrías e histerias”.

En este escenario, cualquier comportamiento burgués extraño era considerado un síntoma y se enviaba a la paciente al médico para recibir su tratamiento. Ehrenreich y English (1990: 160) contextualizan muy bien la idea que planteamos:

“Con la histeria, el culto a la invalidez femenina llegaba a su conclusión lógica. La sociedad había asignado a las mujeres acomodadas una vida limitada e inactiva, y la medicina había justificado esa atribución definiendo a las mujeres como enfermas innatas. En la epidemia de histeria de *chaise longue*, las mujeres aceptaban su “enfermedad” intrínseca y, al mismo tiempo, encontraban una forma de rebelarse contra una función social intolerable. La enfermedad, que ya era un modo de vida, se hizo una forma de rebelión, y el tratamiento médico, que siempre había tenido cierto tono coercitivo, se mostró como algo franca y brutalmente represivo...”

Pierre Briquet publica en 1859 el “*Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie*” en el que clama haber encontrado el tratamiento adecuado de la histeria gracias a lo que el denominará “titiliación del clítoris” (Preciado, 2002: 89). El masaje pelviano para el alivio (paroxismo) histérico, era frecuentemente utilizado como terapéutica. Los médicos definían las sesiones como largas y tediosas y no siempre el trabajo realizado era recompensado. Fue por esto que unos años más tarde aparecieron los modelos vibradores del “Barker Universal” y “Gyro lator”- a partir 1880- con el objetivo de reducir el tiempo de masaje. En definitiva, cualquier mujer cuya imagen pudiera ser considerada como una amenaza a las representaciones de la femineidad, era tratada como una alienada. Así fue como el discurso médico científico, apelando a su racionalidad, legitimó un nuevo sistema de control de la sexualidad femenina. Sobre esto Charlotte Perkins Gilman (1899) llega a la conclusión de que se había generado una raza de mujeres lo bastante débiles para ser conducidas como inválidas o lo bastante estúpidas como para aparentar serlo. En este contexto, el diagnóstico de la histeria y la obtención del orgasmo como resultado de una “crisis histérica” eran asociados a una cierta indiferencia o reacción frígida frente al coito heterosexual que podía estar relacionado con diversas formas de desviación sexual y sobre todo con una tendencia al “lesbianismo”. A partir de la segunda mitad del siglo XIX aparece la idea generalizada de que el trabajo excesivo en la máquina de coser podría convertir a las mujeres honestas que sufren de histeria en lesbianas. En relación a la particularidad de la histeria, señala Beatriz Preciado (2002) como curiosamente los dos espacios terapéuticos de la histeria fueron la cama matrimonial y la mesa clínica.

Durante este mismo periodo, la psiquiatría española estaba en los comienzos de su constitución como disciplina autónoma y la encontramos muy vinculada al higienismo⁴⁵. Si bien en los casos descritos por Charcot la histeria tenía una presentación muy particular con cegueras, parálisis, desfallecimiento, mutismo y en algunos casos paroxismos, en España las únicas referencias que conozco (soy consciente en este punto de la limitación) tiene que ver con la descripción de Benito Pérez Galdós de la *melancolía* de Jacinta y el *ataque de nervios* de Doña Ana Ozores, la Regenta, que describe Leopoldo Alas. No obstante, sabemos en relación al papel de la

⁴⁵ Las relaciones higienismo y psiquiatría no tienen porqué sorprendernos si tenemos en cuenta su enorme potencial en cuanto a agentes de poder y de control social

mujer española de finales del XIX, que el código civil establecía en su artículo 57 que “el marido debía proteger a la mujer y esta obedecer al marido”, que el matrimonio y la maternidad eran considerados “factores protectores de la enfermedad mental en las mujeres” mientras que se señalaba que en donde las mujeres se habían distinguido por su talento, perspicacia y preocupaciones políticas tenían más predisposición a padecer enfermedades mentales. En publicaciones de la época a la *Revista frenopática barcelonesa*, la relación entre el útero y la enfermedad mental de la mujer era un binomio claro. También se hablaba de “insania menstrual” y de la menstruación como causa de irresponsabilidad mental de la mujer. De ahí nació el desarrollo de toda una terapéutica centrada en el aparato genital de la mujer, en donde los tratamientos podían llegar a la extirpación total de los órganos femeninos. El ideal entonces de mujer, el modelo de feminidad, estaba centrado en la dedicación abnegada al hogar, a los hijos y la subordinación al marido. Estos valores fueron calando en la conciencia colectiva de las mujeres a la vez que ellas se convirtieron también en transmisoras de esta moral.

Para Dolores Juliano (2004:64), en una cultura tan androcéntrica como esta, hemos tenido que recorrer un largo camino en un corto periodo de tiempo para repensar la imagen del hombre en su papel asignado como proveedor y protector del grupo familiar hacia la conceptualización más realista de controlador y posible agresor. Además, el hecho que existan estos estereotipos previos promueve que ciertos sectores sean vistos como incapaces de plantear alternativas. La lectura que queremos recoger también de Juliano, tiene que ver con la interpretación que le da a las “desviaciones femeninas” siendo estas vistas como patologías o como muestras de debilidad o inmadurez y rara vez evaluadas como formas contestatarias.

La Anorexia Nerviosa: cuerpo, comida y autocontrol

“nunca me he sentido como el común de las mujeres. Jamás en mi vida he ido a un gimnasio. No me depilo, no me maquillo, no uso tacones, no sé lo que es “arreglarse” si no es ponerse un par de pinches en el moño. No practico ningún rito absurdo supuestamente necesario para vernos más bellas. Tampoco disfruto las reuniones femeninas en las que se termina hablando de hombres. Tampoco me considero una señorita (...) de un tiempo a esta parte empecé a recordar todo lo que sucedió mientras duró mi querida ANA⁴⁶ ¿Fui feliz? Me preguntaba. Si, en cierto modo, huesos salidos,

⁴⁶ ANA: nombre con el que en los blogs y foros se conoce a la Anorexia Nerviosa

costillas salientes, caderas angulosas, clavículas marcadas y miradas de repulsión y asombro”

Akina, blogger (Gracia y Comelles, 2007:230)

La anorexia nerviosa se introduce en la literatura médica en el siglo XIX como una enfermedad de condición femenina que afectaba principalmente a las mujeres de clases media-alta cuya vida estaba muy determinada por sus roles “naturales” de esposas y madres (Gracia, 2003). Si bien hasta entonces la práctica restrictiva alimentaria había tenido una escasa visibilidad social, es a partir de finales del siglo XIX que pasa de ser un síntoma común, a ser considerada una enfermedad en sí misma (Gil, 2006:71) iniciándose así el proceso de medicalización y psiquiatrización del signo en trastorno. En el año 1873 y en 1874, William Gull y Charles Lasègue definieron la anorexia nerviosa y la anorexia histérica a partir de la consideración de la naturaleza irracional de las mujeres. Sobre esto señala Gracia (2003: 13): “Les dones, com a dipositaries de la feminitat, no s’assumia que tinguessin un coneixement racional, i en conseqüència, es construïen mitjançant conceptes relacionats amb l’irracional. Les conductes de les dones sovint van ser descrites en els informes mèdics com a “desviades. El pensament lògic i racional era el masculí, mentre que la representació de la feminitat mostrava les dones com a éssers emocionals, creatius, desvians, bojós...”

Para Gull, médico de buena parte de la nobleza londinense, la anorexia nerviosa era una enfermedad diferente a la inanición o de cualquier otro síntoma asociado a otras enfermedades orgánicas como la tuberculosis que afectaba específicamente a mujeres de la burguesía de edades comprendidas entre 16 y 30 años. Para Lasègue la anorexia era un tipo de histeria que afectaba a jóvenes burguesas. Durante las dos décadas siguientes la denominación “anorexia nerviosa” se impuso y a partir de este momento los criterios de Gull fueron aplicados a la práctica clínica y el tratamiento en régimen de aislamiento se fue extendiendo (Gil, 2006). Entre 1900 y 1940 se incorporaron nuevas teorías para explicar y tratar la anorexia que respondían a dos modelos teóricos diferentes: el biológico y el psicológico. De acuerdo con Gracia (2003: 14) la definición de anorexia nerviosa como enfermedad mental coincidió con el asentamiento de la medicina y el auge de la psiquiatría. Sobre esto Lewis Hill apunta en un artículo sobre epidemiología que antes de 1970 la anorexia nerviosa era considerada una “curiosidad y una rareza” (En: Gordon, 1994: 65) y arguye que el incremento en el número de casos de anorexia

nerviosa podría deberse al mayor conocimiento profesional del trastorno –o a su surgimiento, diríamos nosotros- y no a un verdadero incremento de la incidencia.

En el año 1952 se inicia desde la American Psychiatric Association (APA) un proceso (Gil, 2006) que tiene por objetivo desarrollar una clasificación de las enfermedades mentales (el DSM). En el año 1980 aparece la tercera edición revisada del manual, y es a partir de este momento que se incluye la anorexia como categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) incorporándose dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Los datos epidemiológicos señalan que la anorexia nerviosa afecta, sobre todo, a mujeres de entre 15 y 24 años y las tasas de prevalencia se sitúan entre el 1 y el 2% (Datos extraídos de Gracia, 2007).

En relación a algunas propuestas como las de Orbach (1978, 1986) o Chernin (1982, 1985) en las que se relaciona el hecho de no comer como un *signo de hiperfeminidad*, Maria Jesús Sánchez en su tesis doctoral (2007) analiza la relación entre la *insatisfacción corporal* (haciendo referencia al trabajo de Wolf, 1991) que muchas mujeres experimentan en su proceso de *embodiment*, como un *habitus adquirido* (en términos de Bourdieu) con la *violencia simbólica y prácticas disciplinarias* –en términos de dominación patriarcal- que es la que condena a las mujeres a la adhesión de al modelo dominante de belleza que las somete y las condena a una posición de inferioridad.

Laia es una chica de 19 años a quien tuve la oportunidad de conocer y entrevistar en octubre de 2004 mientras hacía trabajo de campo en un hospital infantil-juvenil de Barcelona. Laia acudía una vez cada quince días a consultas externas para visita con la psiquiatra. Para Laia, el problema de su enfermedad radicaba en la autoexigencia, y el no comer se convirtió también en una práctica de auto-exigirse.

A vérem, es mentida que tu et veus grassa, no et veus grassa...el que passa es que no et veus prima. Es a dir...jo a dintre del meu cap m'exigia molt. Si potser em venia una noia –perfectament- amb uns quilos de més i em deia: estic gorda! Jo li deia: ¿pero como puedes decir que estas gorda? No digas tonterías...perquè tu la veus guapa i maca, i vas amb la gent pel que es o sigui...senzillament que quan tu et veus a tu mateixa sencillament no et veus. A veure, si que et veus, però no t'hi trobes...no estàs veient a la persona. Si a una persona li exigeixes un mínim de cinc per aprovar, a tu te n'exigeixes un 8. T'exigeixes molt més...jo per exemple a bioquímica m'exigia un 10, perquè jo amb un 7 no, jo em fotia:

em pegava o m'esgarapava o...em donava cops de cap...o sigui no, tu t'autoexigeixes. No es que tu entris en una 34. Es que tu tens que entrar per pebrots en una 34. Si la teva companya no entra es igual, està molt prima, la teva companya te una 36 o una 38...que més et dona...tu la veus guapa pel que es ella, es a dir, no te res a veure. Senzillament et fiques com a patró tu mateixa...tu tens que entrar en una 34 perquè tens que entrar i punto. O sigui, y se ha acabao. Y el no comer no es porque tengas que entrar o no, perquè tampoc t'agrada anar a comprar roba. Per mi el no menjar era mortificarme, exigirme: "No cómo porqué no me lo merezco", y pam, tengo que estudiar hasta las 3 de la mañana porque tengo que sacar tal nota y porque estoy castigada porque hoy me he comido una galleta! Paca! A estudiar hasta las 3. O sigui, et vas posant en el rol d'autoobligarte, però no obligacions coherents, sino obligacions que dius: tia, pensa... o sigui...si me n'anava a dormir a les 3 del matí com m'aixecava a les 6 per anar a córrer? Pues si, pues si, ho fas...ho sigui, t'aixeques. Mig morta però t'aixeques. O sigui, es un grau d'exigència superior al de qualsevol persona...

(Laia, 19 años)

La autoexigencia que señala Laia, aparece también en Eva, otra de informante del mismo hospital cuando me explicaba cosas que anotaba en su diario por aquella época. Al estilo "no comeré más de un actimel al día" o cuando fui de campamentos me propuse "no comer más de un guisante al día" que indirectamente me recordaban a los "gospels of self-realization" de Falk (1994). Eva todavía no tiene muy claro de donde la vino su obsesión con la comida. En un punto de la entrevista nos relata que quizá "no quería desarrollarse como mujer" por los problemas (abusos por parte de compañeros del instituto) que los cambios corporales le habían acarreado.

Que quan vaig començar a aprimar-me? Als 13-14 anys...pfff...no ho he averiguat del tot encara, m'agradaria tenir-ho clar: potser per la dansa, jo era ballarina. Potser perquè vaig començar a desenvolupar-me molt aviat, jo era l'única noia que tenia pits, que tenia forma, que tenia la regla, que havia canviat. I bueno, en el meu cole un dia vaig arribar, m'estava canviant, vaig anar al poliesportiu, vaig fer gimnàstica i quan vaig tornar vaig trobar les meves calces totes brutes al terra i tota la motxilla per terra, pfff, no? i moltes coses així: cartes de "te voy a follar", no se qué. Jo tenia 12 anys, no? Jo que sabia? per mi lo de les cartes, lo de les calces, va ser bastant...jo crec que va ser un motiu per dir: no vull tenir tetes, no vull tenir cul, no vull ser lo que estic siguent perquè mira lo que em passa, no? I si, vaig acabar sense tetes, sense cul, sense regla i sense res (...) Que a vegades llegeixo el que escrivia en aquella època al diari i flipo bastant. Coses com ara: "No menjaré més d'un *actimel* al dia", "saltaré nosequants cops a la corda" "aniré corrents fins a Cornellà abans d'entrar a

música, no? d'un poble fins a l'altre. Que ara m'ho miro i dic. Com era capaç?
Doncs no ho se... (Eva, 17 años)

De acuerdo con Els van Dongen (2000) el problema de la anorexia nerviosa a nivel explicativo no es tan difícil como se nos quiere hacer creer. Van Dongen, haciendo referencia al trabajo de Girard (1996) plantea que es necesario más “sentido común” en su abordaje, teniendo en cuenta que no puede ser estudiado como un fenómeno aislado, sino en relación a las nociones de cuerpo, alimentación y las emociones que van de la mano con él, es decir de forma inseparable de su contexto social y cultural. En relación a la alimentación, Eva Zafra planteó en su tesis doctoral (2008) la importancia de los procesos de socialización alimentarios y las emociones que van vinculadas al alimento (bienestar/malestar) en el desarrollo de este tipo de trastornos.

En los casos con los que trabajé (2004-2005) durante el proyecto, la autolesión corporal (cortes lineales en el antebrazo, en la barriga y en las piernas) o golpes, aparecía muchas veces como castigo por el hecho de no haber podido cumplir con las autoexigencias. También se usaba como una válvula de escape, como una forma de relajación: “cortarme me relaja” –me explicaba Joana, ingresada desde hacía una semana en la unidad de hospitalización de psiquiatría. Para Joana, de 15 años:

Cuando termino de comer todo lo que me ponen noto que me voy hinchando. Es una sensación seguramente psicológica, pero noto que me voy hinchando: noto como las piernas se me van haciendo gordas, como la barriga se me hincha y necesito moverme, hacer algo de ejercicio. Como aquí no nos dejan hacer nada – o poco y lo hago a escondidas por la noche- me empiezo a poner nerviosa y me viene la necesidad de hacerme daño. Cortarme me relaja. Cuando estoy nerviosa me corto un poco y me quedo, no sé. Es una manera de relajarme. Es extraño pero es así. A veces me lo hago con las uñas, rascándome hasta que me salga sangre, con una maquineta, con un cutter, con la maquinilla de afeitar. Esto de los brazos me lo hice con la maquineta de hacer punta a los lápices. Lo sacaba y me rascaba, con un clip. Con cualquier cosa te puedes cortar, eh? Como aquí no tenemos nada el otro día destornillé con las uñas un tornillo del mando a distancia y me hice esto en la barriga. Es una necesidad. Más de una vez me arranqué la piel y estuve a punto de cortarme las venas de verdad.

Autolesiones: emociones encarnadas- cuerpos agentes performativos

“I hurt myself today to see if I still feel. I focus on the pain. The only thing that’s real”

(Johnny Cash, 2006)

Aunque lo desarrollaremos más adelante, en los significados que nuestras informantes establecen alrededor de las autolesiones corporales se entremezcla el dolor, la tristeza, la rabia, el embotamiento emocional con sentimientos de culpa, deseos de abstracción, autocastigo, soledad y vacío, convirtiéndose las lesiones en texto, pero en un texto que supera la visión semiótica del símbolo-significado y que nos permite acceder al universo emocional, al universo de la experiencia a través de la inscripción carnal. Aquí las lesiones son epígrafes expresión de un padecimiento, de un sufrimiento individual en donde el cuerpo es el vehículo, el medio expresivo para canalizar una emoción que no puede ser pronunciada mediante la palabra.

Si bien en la mayoría de los relatos offline que hemos recogido esto es así, la autolesión como medio para expresar una emoción inexpresable⁴⁷, nos sorprendió ver como en otro tipo de espacios, específicamente en las comunidades virtuales pro-self-harm (véase capítulo 4), resultaba abrumadora la cantidad de foros, videos y blogs en donde la autolesión corporal se exhibe, muchas veces a través de imágenes y bajo eslóganes al estilo: “I don’t need therapy, this is my therapy” o “my sickness and my cure” en relación a la lesión.

Esta nueva forma de leer la lesión sobre el cuerpo y su exhibición en un medio tan aparentemente descorporeizado como es la red, nos llevará a reflexionar acerca de las posibilidades de la performatividad de los cuerpos en este medio.

⁴⁷ El hecho de que estas emociones se perciban como inexpresables tiene por un claro componente de construcción cultural y que parte de lo que es y lo que no es emocionalmente apropiado expresar.



Las imágenes de barbie –como muñeca icono de la feminidad hegemónica desde finales de los años cincuenta- son extraídas del perfil de *facebook* “*por las barbies mutiladas*”, la primera de las imágenes se corresponde con publicidad para el cuidado del cuerpo y la última de las imágenes está extraída de un foro pro-self-harm

Así, parece ser que en el espacio aséptico de la virtualidad, la carne, con la imagen de la sangre que emerge como paradigma y como metáfora de los límites imprecisos sobre los que se construye nuestro cuerpo, irrumpe sobre el cuerpo silenciado y enmascarado –a través de dietas, cremas, desodorantes y demás-, reivindicando un espacio que le ha sido negado, expropiado en la vida real, y en este marco las lesiones aparecen como una reacción a una determinada arquitectura y forma de sentir corporal hegemónica que subvierte la idea de cuerpo normativo a través de su performatividad (Butler, 1996) (para seguir el hilo del discurso véase capítulos 3 y 4)

En relación a la construcción de los cuerpos, Beatriz Preciado (2008) habla de la “era farmacopornográfica” para hacer referencia a la mutación de los sistemas de control –en términos foucaultianos del cuerpo-, señalando la transformación del corsé del XIX hacia el pecho de silicona de finales del siglo XX. Para Preciado “No es que las disciplinas del siglo XIX hayan desaparecido, es que se les ha añadido otras que operan a través de micro tecnologías, y en términos de control del cuerpo es mucho más interesante un seno de silicona que un corsé, porque el corsé es invisible, mientras que el seno de silicona se convierte en cuerpo, es decir, toma la apariencia de la naturaleza” Para Preciado los modelos femeninos a lo *Bridget Jones* cuyas únicas aspiraciones son estar guapas y tener pareja han terminado por generar una enorme insatisfacción y una enorme rabia por el hecho precisamente de que son mitológicos y que es imposible encarnarlos, y cuanto más fuertes son los procesos de represión, más aguda es la crítica

y la resistencia a esos modelos, y este sería el sentido final de parte del movimiento que opera a escala online.

Para Gracia y Comelles (2007: 30) el problema de los *malestares* en la fase actual reside en que la biomedicina y la psiquiatría se ven incapaces de analizar sus efectos colaterales, y por eso hay una discrepancia profunda entre la actitud de la medicina ante las enfermedades de solidez biológica, entre las que se siente segura, y su desconcierto ante las que sólo parcialmente pueden reducirse a ello.

CAPÍTULO 3

APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA/ETNOGRAFÍA APROXIMATIVA EN DIFERENTES DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTIL Y JUVENIL EN CATALUNYA

“¿Alguna vez has confundido un sueño con la vida real? O has robado algo pudiéndolo comprar? Alguna vez has estado melancólico o has creído que tu tren se movía estando parado? Quizás estuviera loca, quizás fueran los 60 o quizás solo fuera una chica... interrumpida”

(Inocencia interrumpida, 1999)

“Todos conocemos la historia. Pequeña niña virgen, pura y dulce. Atrapada en el cuerpo de un cisne. Desea la libertad, pero solo el amor verdadero romperá el hechizo. Su deseo es casi concedido en la forma del príncipe. Pero antes de que pueda declarar su amor, su gemela lujuriosa el cisne negro, lo engaña y seduce. Devastada, el cisne blanco salta de un precipicio. Matándose, va a la muerte y encuentra la libertad”

(Cisne negro, 2011)

Capítulo 3. Aproximación etnográfica/etnografía aproximativa en diferentes dispositivos de atención psiquiátrica infantil y juvenil en Catalunya.

1.- Aproximación etnográfica versus etnografía aproximativa

El hecho de utilizar el término *etnografía aproximativa* en un estudio antropológico puede resultar paradójico de entrada, sobre todo porque si tomamos en consideración la etnografía como método, se podría pensar que la etnografía es lo que es y que “aproximarse a la etnografía” o “etnografiar aproximativamente” son cosas bien distintas y ciertamente lo son.

De un tiempo a esta parte existe una tendencia a utilizar el término *aproximación etnográfica* en muchas investigaciones en antropología, quizá como justificación del uso de la etnografía como *el método* escogido para realizar una investigación. Sin embargo, tomando en consideración la idea de que la etnografía forma parte tanto del proceso como del producto (Hammersley y Atkinson, 1994) considero que la aproximación etnográfica no deja de ser un eufemismo del que los y las antropólogos nos servimos para diferenciar nuestro trabajo del de los grandes (maestros y maestras) que realizaron extensas monografías con viajes –muchas veces iniciáticos- a lugares remotos y con estancias prolongadas en el campo. Aún así, la *aproximación*, creo que no deja de ser una justificación (honesta por otro lado) a los RAP –Rapid Assessment Procedement- tan frecuentemente utilizados y que, como justificación diré, vienen muchas veces marcados por los cortos periodos y las cada vez menos subvenciones destinadas a la investigación en ciencias sociales.

Dicho esto, la idea de *etnografiar aproximativamente* en este capítulo tiene que ver con dos cuestiones. Por un lado, y tomando la acepción de etnografía como proceso, hablaremos específicamente de la cuestión del acceso al campo como un hecho que ha limitado la posibilidad de realizar trabajo de campo en determinadas instituciones de salud mental en las que considerábamos importante haber entrado y hablaremos, por tanto, de *etnografía aproximativa* porque se quedó en eso, en una aproximación al campo, en la negativa al acceso y en la reflexión que posteriormente extraje de este hecho.

Hablaremos también de *etnografía aproximativa* porque, como veremos, a pesar de que después de toda una serie de trámites pude entrar en una institución de salud mental, no

en todos los dispositivos (específicamente estoy pensando en un centro de salud mental infanto-juvenil y en un hospital de día), me fue posible hacer trabajo de campo. Es decir, reflexionaré acerca de la importancia del rapport investigadora-profesionales como otro de los hándicaps que puede limitar el acceso y que puede condicionar que la etnografía se quede en, volvemos otra vez a la idea de, *aproximación* al campo. Por último, uno de mis “logros” fue poder hacer un RAP –soy consciente de ello por el corto periodo de tiempo en el que realicé la observación- en una unidad de contención del adolescente. El tiempo de observación se limitó a los lunes, miércoles y viernes de las tardes (de 16h a 19h) del mes de junio, julio y agosto de 2008.

A grandes rasgos la estructura de este capítulo tiene como objetivo resaltar el itinerario (en ocasiones vía crucis) de la etnografía en el campo, tanto en dispositivos públicos como en centros de psicoterapia y psicoanálisis privados. Otro de nuestros objetivos, quizá el más ambicioso, consiste en hacer emerger las estrategias que modulan el actual modelo de gestión de la asistencia psiquiátrica. Con esta intención incluiremos una mirada diacrónica ayudándonos de trabajos específicos que permiten situar el surgimiento del paradigma del “loco en la comunidad” y la tendencia actual/poder centrípeto de la “etiqueta diagnóstica” que rige el modelo según el cual “todos somos susceptibles de padecer un trastorno”.

2.- La atención psiquiátrica a la población infantil y juvenil en Catalunya

La especialidad en psiquiatría infanto-juvenil se reconoce en España el 6 de abril de 2009 pero no es hasta el 13 de abril de 2011 que el Ministerio de Sanidad crea las primeras plazas –todavía no reguladas por Real Decreto- de especialista en psiquiatría infanto-juvenil⁴⁸. La creación de la especialidad se anunció recientemente por la Ministra de Sanidad junto a la creación de las especialidades de enfermedades infecciosas, genética, urgencias y emergencias. Específicamente sobre psiquiatría infanto-juvenil, España és (y lo será hasta que no aparezca regulado) junto con Malta, Rumania y Lituania, de los únicos países de la Unión Europea sin especialidad reconocida, dato que contrasta con países como Francia o Suiza con una trayectoria de más de 30 años de especialidad.

⁴⁸ Información publicada en el periódico El País. Noticia del día 14/04/2011. Descargable en: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Psiquiatria/infantil/nueva/especialidad/medica/elpepisoc/20110414elpepisoc_8/Te

Desde la IACAPAP (Asociación Internacional para la Psiquiatra del Niño y del Adolescente y las profesiones afines) se recomendó, desde la Declaración de Bucarest de 1992, que cada nación realizase un plan para el reconocimiento y el apoyo de la especialidad de la psiquiatría del niño y del adolescente, de la psicología clínica y de las profesiones afines. Un plan que debía ofrecer: “Una formación oficial especializada de alto nivel en psiquiatría del niño y del adolescente y profesiones clínicas de psicología del niño y afines; que la formación médica esté pendiente de las necesidades en salud mental de los niños y de sus familias e incluirlas en el plan de estudios de formación del estudiante, un suficiente número de profesionales que estén formados y disponibles para la prevención, la intervención temprana y el tratamiento. Recursos apropiados en la comunidad para todos los niños. Poner en marcha acciones a nivel nacional para los niños y los adolescentes, con departamentos universitarios y departamentos de psiquiatría del niños y adolescente confiados al cuidado de la más alta calidad y los adelantos del conocimiento con la investigación”⁴⁹.

A pesar de la propuesta recientemente aprobada desde el Ministerio, las cifras son las que son y a día de hoy los psiquiatras que atienden a la población infantil y juvenil en España son, o bien psiquiatras infantiles formados en otros países, o psiquiatras de adultos con cierta sensibilidad hacia niños y adolescentes. Por poner algún dato, Allué (2011), plantea la cifra de que España tiene un psiquiatra infantil por cada 75.000 menores mientras que la media europea sería de 1/16.000

A pesar de que, como hemos visto, en España la especialidad no ha sido reconocida hasta hace escasos días, su necesidad había sido reclamada desde hace más de treinta años por psiquiatras, neuropsiquiatras y por familiares organizados a través de asociaciones. Entre los datos que desde la página web: www.psiquiatriainfantil.es se aportaban para justificar la necesidad de la especialidad se remarcaban los siguientes porcentajes:

- ✓ El que la tasa de prevalencia de las enfermedades mentales en niños y adolescentes se sitúa entre el 15-20% de la población infanto-juvenil (OMS, 2009)

⁴⁹ Datos publicados en la comunidad “especialidad psiquiatría infanto-juvenil en España”
<http://lacomunidad.elpais.com/psicogirona/2007/9/22/especialidad-psiquiatria-infanto-juvenil-espana->

- ✓ Que el 80% de los trastornos mentales de los adultos tenían su inicio antes de los 18 años.
- ✓ Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (2006) el 22'1% de los niños presentaba riesgo de *mala salud mental*⁵⁰, estimándose que el 24% de los niños y adolescentes estaba en riesgo de sufrir algún trastorno mental.
- ✓ El suicidio como la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes.
- ✓ Estimación de que el 8% de los niños pueden padecer de trastorno de hiperactividad.
- ✓ La presencia de casos de trastornos alimentarios en niñas de 6 a 10 años
- ✓ Que muchos de los casos de fracaso escolar tienen su origen en un trastorno emocional o conductual
- ✓ El hecho de que el consumo de alcohol crece de forma exponencial y que los adolescentes se iniciaban en el alcohol a los 11-12 años y que el desarrollo de una buena asistencia en salud mental infanto-juvenil propiciaría una sociedad con más capacidad preventiva de los trastornos mentales

⁵⁰ En relación a los riesgos de *mala salud mental* no se especificaron los criterios en la encuesta más allá de decir que pasaron un cuestionario a niños y niñas de entre 14 y 15 años preguntándoles como se habían sentido en los últimos 7 días, si habían estado tristes, solos o con poca energía y de esta forma un tanto peculiar determinaron que el 23'2% de los niños y el 21% de las niñas españolas presentaba riesgo de mala salud mental.



Imagen extraída del blog: http://desdeelmanicomio.blogspot.com/2010_10_01_archive.html

En Catalunya la población menor de 18 años es de 1.256.890 habitantes. Específicamente para esta población y según informe publicado por el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2009:34) disponemos de 46 CSMIJ-centros de salud mental infantil y juvenil- con 256 plazas disponibles, 388 plazas de hospitales de día y 120 camas de hospitalización psiquiátrica, específicamente para menores de 18 años.

2.1 El modelo de gestión⁵¹ de la enfermedad mental en Catalunya

“La psiquiatría –hay que recordarlo- ha recibido históricamente, y recibe aún, una definición jurídica, no médica: es el conjunto de las prácticas, y de las teorías, que conforman la gestión por el poder de una categoría (mal definida) de desviados” (Jervis, 1979:20)

Para entender el modelo actual de gestión de la enfermedad mental, es necesario tener en cuenta el desarrollo de la psiquiatría como *disciplina*, como *profesión* y su *particular situación entre las ciencias biomédicas y sociales* (Comelles, 1988: 16).

Tal y como ya hemos apuntado, la psiquiatría que vincula el discurso del *enajenado* con la del *enfermo* es heredera de la Ilustración (Comelles, 1987; Espinosa Iborra, 1987) y es necesario resaltar la importancia de la implantación del estado liberal-capitalista en el nacimiento, desarrollo y diversificación de las disciplinas, y marcar el punto de

⁵¹ Entendemos por *modelo de gestión* la dimensión administrativa/política/ideológica que organiza y determina el acceso por parte de los usuarios a cada uno de los dispositivos asistenciales. Tal y como ya hemos apuntado, nos interesa retomar en este punto la vertiente histórica que nos permitirá llegar al modelo actual de gestión de la enfermedad mental.

inflexión a partir del cual los psiquiatras pasan a ocupar la posición de *expertos* –la cursiva es mía- en la identificación de los límites entre la locura y cordura (López Piñero, 1964).

Para Espinosa Iborra (1987) las condiciones teóricas que favorecieron durante la Ilustración el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica fueron, en primer lugar, la existencia de departamentos de dementes en casi todos los hospitales generales del reino, con la diferencia respecto a otros lugares, que al loco ya le era reconocida su condición como enfermo, de modo que su ingreso se hacía por indicación médica y era el facultativo del hospital el que lo admitía y tutelaba. En segundo lugar, el reconocimiento social de la locura como enfermedad, cuestión que se detectaba tanto en los discursos de pensadores como en los escritos de clases populares. Y, finalmente, el desarrollo de todo un aparato ideológico regido bajo una lógica de manipulación que trató de someter a toda la población al nuevo orden. Sobre este punto se señalan las analogías entre los métodos generales avalados por los ilustrados para *instruir* y *moralizar* al pueblo llano y los utilizados después por los grandes alienistas partidarios del que se denominó *tratamiento moral*.

Para Espinosa Iborra (1987: 118) el tratamiento moral intentó someter al pobre, al loco, a los niños, a los soldados y a los obreros a códigos normativos que conforme iba consolidándose la nueva sociedad burguesa se hicieron más estrictos, ensanchándose así el campo de la conducta desviada y disminuyendo el de la tolerancia social. Según Hervás y Panduro (1789), en este contexto la educación moral comprendía las máximas de la razón natural y los dogmas de la religión a través de una severa disciplina del espíritu. Señala Comelles (1987), que en este contexto el hecho de considerar al loco como enfermo implicaba una definición médica de la locura y el establecimiento de un modelo médico de gestión que no podía ser únicamente el encierro, sino algún tipo de medida terapéutico-rehabilitadora en instituciones específicas.

En este escenario el tratamiento moral implicaba por parte del Estado y a través de los alienistas como su mano ejecutora, la reeducación, tutela y protección del enajenado. Sin embargo, señala Comelles (1987: 25): “Este modelo moral, incardinado por una visión filantrópica y optimista de la ciencia capaz de conseguir la felicidad de la humanidad tardó mucho en implantarse, de ahí que los manicomios inspirados por este

modelo no se construyeran en el periodo de su máxima efervescencia teórica, sino a mediados del siglo XIX (...). De esta forma el *modelo moral* se debilitó al ver como la población internada se iba incrementando y los pacientes tendían cada vez más a la cronificación...”.

Ante el fracaso del modelo moral de internamiento, los alienistas empezaron a buscar nuevas alianzas y se empezaron a gestar nuevos discursos más de tipo biológico que progresivamente se fueron alejando de los antiguos postulados de base social. Para U. Trélat (1867) las razones para la hipertrofia de la nosografía psiquiátrica a lo largo del siglo XIX se deben a la dificultad que suponía distinguir un trastorno de otro y por los problemas que generaba el establecimiento de los límites entre el loco del cuerdo. El segundo punto quedó más o menos resuelto con la aparición de las sucesivas ediciones de *Psychiatrie* de Emil Kraepelin, de entre 1885 y 1926, puesto que precisamente lo que ponían de manifiesto era el reduccionismo anatómico, biológico y psicobiológico de los procesos mentales (Martínez, 2000). Las taxonomías que a día de hoy derivan de este paradigma son los sucesivos *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* de la APA (DSM I, 1952; DSM III, 1987; DSM III-R, 1992; DSM IV, 1995; DSM IV-TR, 2002; DSM V previsto en 2013 y el CIE de la OMS, elaborados en un contexto progresivo de biomedicalización de la práctica psiquiátrica (Martínez, 2000: 251).

Este progresivo proceso de biomedicalización propició la aparición de un nuevo paradigma de gestión que ha sido denominado como *Segunda revolución psiquiátrica* (Castel, 1979; Comelles, 1981; González de Chaves, 1980). De acuerdo con Comelles (1981) esta segunda revolución produjo un cambio en la actitud de la población en relación a la noción de trastorno mental, pasando éste de la idea del loco en la institución a su externalización en la comunidad. Este proceso supuso, dada la liberación del enfermo mental a la comunidad, la ampliación de la cartera de los servicios psiquiátricos, y como efecto colateral a esta ampliación –además de otros, como veremos, factores promotores de la psiquiatrización de la población- empezó a hacer mella en la *conscience collective* de la población la idea de que cualquier problema/dificultad que formaba parte de los enseres de la vida diaria podía ser susceptible de tratamiento especializado.

En este contexto surgió la *psiquiatría comunitaria* como una nueva forma de concebir lo terapéutico y los procesos de salud-enfermedad. Para Hernández Monsalve, (2004: 585), frente al aislamiento asilar, la psiquiatría comunitaria se propuso intervenir *en y con* la comunidad, es decir: “la filosofía del movimiento, inspirada en una visión optimista de las relaciones del individuo con su comunidad de pertenencia (...) surge como una forma de concebir lo terapéutico y los procesos de salud-enfermedad como inevitablemente enraizados en el contexto de la vida de las personas y los grupos”.

En España y por razones sobre todo políticas, la psiquiatría comunitaria hizo acto de presencia más tarde. Aquí, los primeros intentos de reforma (con la desinstitucionalización como objetivo final) de los años sesenta chocaron de forma frontal con el Régimen, y los cambios hacia la perspectiva comunitaria solo fueron posibles tras el fin de la dictadura. Hernández (2004: 585) hace referencia a tres etapas en la implantación de la psiquiatría comunitaria en el Estado (2004: 585): los *prolegómenos*, la *transición* y la *reforma oficial*. En 1954 la Ley de Vagos y Maleantes incluye por primera vez a homosexuales y desviados sexuales. El tratamiento de los homosexuales/ intersexuales consistía en la lobotomía, las terapias de modificación de conducta, el tratamiento mediante electroconvulsiones y la castración terapéutica con fines eugenésicos⁵². López Ibor y Vallejo Nájera llevaron a cabo durante la primera fase del franquismo determinadas investigaciones con el fin de examinar “las raíces psicofísicas del marxismo”.

La primera fase que señala Hernández (2004), los *prolegómenos*, abarcaría los últimos años de dictadura. Durante esta etapa se mantuvo el estatus de asistencia de beneficencia al margen de la seguridad social y a merced de las diputaciones provinciales y órdenes religiosas. Al margen de la beneficencia, existía una red de neuropsiquiatras de zona que prestaban atención de neurología y psiquiatría durante 2 horas al día. El resto era asistencia privada. En esta etapa las primeras tentativas de cambio iban en la línea de modernizar los manicomios y transformarlos en hospitales psiquiátricos –con el objetivo de aliviar el régimen custodial, mejorar el hacinamiento y dinamizar los centros–, pero pronto se puso en evidencia la rigidez del sistema para cualquier transformación. Para Comelles (1987: 202) los postulados ideológicos

⁵² Véase: Vallejo-Nájera, A. *La sexualización de los psicópatas*. Madrid: Medicina, 1934

fundamentales del reformismo psiquiátrico de primeros de los años setenta fueron tres. En primer lugar, reintroducir en la asistencia psiquiátrica española la preeminencia del pensamiento social. En segundo lugar, restituir el enfermo a la sociedad para romper el aislamiento al que había sido sometido por la ideología del tratamiento moral y por último volver a diferenciar la asistencia médica de la asistencia psiquiátrica.

Sin embargo, como señala Rodríguez (1981) todavía en el año 1981 en Catalunya estaba en manos de las Diputaciones (Rodríguez, 1981: 95) “la instalación y mantenimiento de los hospitales medico-quirúrgicos, los hospitales psiquiátricos y los institutos de maternología, así como los servicios para enfermos infecciosos, de lepra, tuberculosos y afecciones sexuales. En aplicación de la Ley de Bases de 1944, todavía en 1981 las Diputaciones tenían la obligación de abonar la asistencia de los enfermos de la provincia ingresados en hospitales universitarios y se resaltaba que la asistencia hospitalaria gratuita solo se prestase a las personas no afiliadas a la Seguridad Social y que reunían los criterios de inclusión en el Padrón Municipal de la Beneficencia”. En el libro de Rodríguez (1981: 68) concretamente en uno de los cuadros que compara la oferta de camas de la Seguridad Social y otras entidades por provincias se resalta lo siguiente:

	Total llits 1.000 hab.	Llits no Seguretat Social/ 1000 hab	Llits Seguretat Social/ 1000 hab
Barcelona	4,16	3,40	0,76
Girona	3,24	2,64	0,60
Lleida	3,21	2,47	0,74
Tarragona	3,86	2,60	1,26
Catalunya	4,00	3,22	0,79

Fuente: Rodríguez, M (1981: 68)

En el cuadro que publica Rodríguez (1981: 68, 151) se especifica que no aparece registrado el número de camas psiquiátricas porque:

“com és ben sabut, la Seguretat Social no presta assistència psiquiàtrica hospitalària, ni pròpia ni concertada, i incloure’ls hauria distorsionat molt el significat d’aquesta ratio. Sobretot en províncies com Tarragona, on més de la meitat dels llits son d’aquesta naturalesa. La Seguretat Social presta, això sí, una certa assistència psiquiàtrica extrahospitalària que es coberta pels anomenats

“neuropsiquiatres”, una de les especialitats contemplades per la Seguretat Social i que no existeix a les facultats de Medicina”

La segunda fase de Hernández (2004) denominada de *transición*, abarca de 1976 a 1985 y estuvo marcada por el comienzo del cambio democrático y la publicación del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Durante este periodo, se pusieron de manifiesto los primeros indicios de sensibilidad política hacia el modelo comunitario. Se contrataron los primeros psiquiatras y psicólogos, y se empezaron a divulgar los trabajos de Szazs, Gentis, Foucault, Robert Castel y Castilla del Pino entre otros. Fue también el momento en el que la salud mental como objetivo individual y colectivo pasó a ser un valor en alza.

A nivel nacional en este periodo es cuando se inicia el proceso de transferencias desde la administración central hacia las administraciones autonómicas en materia de sanidad.

Específicamente sobre salud mental, el Ministerio de Sanidad constituyó en 1983 una comisión para definir la reforma psiquiátrica. La reforma optó por la perspectiva comunitaria con 3 ejes vertebradores. En primer lugar, la integración de la asistencia psiquiátrica y la salud mental a la salud general. En segundo lugar, los servicios de salud mental se situaron en el segundo nivel de atención y en conexión con los de atención primaria. Y por último, los nuevos servicios se orientaron hacia la comunidad con el propósito de generar alternativas al hospital psiquiátrico.

Por último, la fase denominada *reforma oficial* (Hernández, 2004) se inició en 1986 con la Ley General de Sanidad. Dicha ley estableció la total equiparación del “enfermo mental” respecto a los demás enfermos. El inicio de la reforma en España coincidió con el replanteamiento de la psiquiatría comunitaria en el si del panorama internacional, poniéndose en evidencia la ausencia de un consenso entorno al proceso, las divergencias por países e incluso por regiones dentro de un mismo país, además de otras cuestiones referidas a la formación comunitaria de los profesionales y la importancia de la implantación de políticas de salud. También pronto se puso de manifiesto que la simple externalización no garantizaba la integración social ni la recuperación espontánea de la salud, así como tampoco reportaba mejoras en la calidad de vida, dado que los pacientes más graves requerían, igualmente, de atención continuada y cuidados que constitúan, al final, una sobrecarga para las familias.

Dentro de las “linies de transformació gradual de l’actual estructura” señala Gualtero (1987) sobre el hospital psiquiátrico y haciendo referencia al *III estudi-dictamen sobre la salut mental i assistència psiquiàtrica a Catalunya* (1982) que:

“A més a més de la seva integració a la resta de les institucions cal dividir l’hospital psiquiàtric en seccions, cada una lligada a una zona de salut mental. Serà objecte prioritari obrir-ne les estructures a la comunitat, a través d’equips interdisciplinars que s’ocupin de la demanda assistencial, tant en els aspectes del tractament ambulatori com d’internament, així com la reinserció dels crònics a la família o a la comunitat”

Por dar unas cuantas fechas clave, diremos que el modelo de gestión de salud mental en Catalunya tiene que ver con diferentes reformas iniciadas, sobre todo a partir del traspaso de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la Generalitat de Catalunya (Real Decreto 1517/1981 de 8 de julio).

Según el Pla Director de Salut Mental i Adiccions de la Generalitat de Catalunya (2007: 15) se señalan como elementos básicos que han determinado el desarrollo de los servicios de atención psiquiátrica y de salud mental en Catalunya:

-La Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC) 15/1990 de 9 de julio como marco normativo y jurídico que establecen en su disposición adicional sexta la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de cobertura del Servei Català de la Salut.

-El Pla de Salut de Catalunya (PdS) que define los objetivos de salud fundamentales para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que es preciso llevar a cabo por parte del sistema sanitario.

-El Decreto 21/1999 de 3 de agosto del Departament de Sanitat i Seguretat Social por el cual se crea la Red de Centros, Servicios y Establecimientos de Salud Mental de Utilización Pública y que tipifica los diferentes dispositivos que forman la red de salud mental.

Como hecho diferencial en relación a otras comunidades autónomas, el modelo catalán se desarrolló, como hemos visto, como un sistema sanitario de provisión mixta. La particularidad mixta vino dada porque la Generalitat, al asumir las competencias, optó

por utilizar las infraestructuras existentes y por recurrir a la inversión privada para diseñar su organización asistencial.

En el año 1981 el sector público en Catalunya no representaba más del 34% de las camas hospitalarias de agudos, mientras que esta proporción en el conjunto del Estado era del 67%⁵³. Estos datos servían tanto para el ámbito sanitario general como para la atención psiquiátrica en particular. En 1990, de todos los hospitales psiquiátricos en Catalunya, solo dos eran de titularidad pública: El *hospital Psiquiátrico de Salt*, que dependía de la Diputación de Girona y La *Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet*, de la Diputación de Barcelona⁵⁴. En la provincia de Tarragona, la atención psiquiátrica se prestaba mediante la contratación de los servicios con el Instituto Pere Mata y el Sanatorio Villablanca. Por su parte, las comarcas de Lleida no disponían de un hospital psiquiátrico público de referencia y los enfermos mentales de la provincia normalmente ingresaban en Reus o en hospitales psiquiátricos de Aragón. La Diputación de Barcelona tenía una relación contractual con los hospitales psiquiátricos de Sant Boi de Llobregat (Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental y Benito Menni), de Martorell (Sagrats Cor y serveis de salut mental), el Instituto Municipal de Psiquiatria de Barcelona (IMPU), el Instituto Frenopático de Barcelona -actualmente desaparecido- así como con otros hospitales generales que tenían Servicios de Psiquiatria (Hospital Clínic, y Hospital del Mar).

Vemos pues que a partir del documento para la *Reforma de la Asistencia Psiquiátrica* de 1985 y la *Ley General de Sanidad* de 1986 empezó a tomar cuerpo el modelo de atención en salud mental propuesto a comienzos de la transición. Como ya hemos apuntado, la idea era pasar progresivamente del modelo custodial de confinamiento a un nuevo paradigma de atención en salud mental. El modelo de la reforma sostenía que la enfermedad mental podía y debía ser tratada y rehabilitada como cualquier otra enfermedad, sin necesidad de mantener y tratar a las personas en los antiguos espacios de reclusión. Desde entonces, los antiguos hospitales psiquiátricos fueron modificando

⁵³ Datos publicados por el Ministerio de Sanidad, política social e igualdad del Instituto de Información Sanitaria (año 2009) descargable en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm> (fecha de consulta: 20/03/2011)

⁵⁴ Información extraída del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Generalitat de Catalunya (2007)

sus instalaciones y se crearon distintas unidades: agudos, subagudos, larga estancia, etc. En 1989 la Generalitat puso en marcha a través del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, una red de atención específica a los niños y adolescentes con problemas de salud mental. Esta red, básicamente de centros concertados, estaba formada inicialmente por los CAPIPs (actuales CSMIJ) y las URPIs (unidades de hospitalización psiquiátrica infantil vinculadas a hospitales generales), ampliándose progresivamente al abanico asistencial mediante unidades de hospitalización de adolescentes, hospitales de día y centros de día infanto-juveniles.

En 1990 se formaliza un convenio entre la Diputación de Barcelona y la Generalitat de Catalunya mediante el cual, la Diputación delegó en la Generalitat las funciones de gestión de los contratos que tenía establecidos con las diferentes entidades para atender a los enfermos mentales de la provincia de Barcelona. En 1992 se realizaron los traspasos de competencias en materia de salud mental de las otras tres diputaciones catalanas -Tarragona, Lleida y Girona-. En el momento en que se inicia el traspaso de competencias de las Diputaciones a la Generalitat de Catalunya se crea el Servei Català de la Salut (SCS) en enero de 1991, cuya función es la financiación, planificación, evaluación y compra de los servicios sanitarios- y se crea también el Pla de Salut Mental (actual Pla Director de Salut Mental i Addiccions). El Pla de Salut Mental, inspirado en la LOSC (Llei d'Ordenació Sanitaria de Catalunya) y en el Pla de Salut de Catalunya tenía como objetivo la planificación, financiación, contratación y valoración de los recursos en salud mental. Unos recursos que, como ya hemos visto, podían ser públicos o privados. Para Capellá (2001:1367) este punto fue clave, puesto que a partir de este momento se introdujo un modelo de gestión empresarial y privatizador para los recursos de la sanidad pública. Decisivo no solo por los modelos organizativos que generaba, sino por los efectos que esto desencadenó. A partir de este momento muchos de los recursos en salud mental se impregnaron de este modelo gestor: las grandes empresas del sector (en su mayoría las que gestionaban los hospitales psiquiátricos) adquirieron mayor peso, las pequeñas empresas proveedoras se unieron para formar organismos de gestión de mayor alcance y los profesionales que habían llevado a cabo el proyecto reformista pasaron a dedicarse a la gestión de los recursos. Las directrices de este plan tenían que ver con la eficacia y la eficiencia empresarial, el ahorro económico, la objetividad, el fomento de la competencia, etc.

En todo este marco, al no estar implicado en la gestión del servicio el SCS, sino solamente validando, la propuesta de un modelo mixto parecía posible pero en la práctica esto no fue así, dado que existía una gran heterogeneidad de recursos y los proveedores eran muy variados. Todo esto generó importantes gastos. Como señala Capellá-Batista (2001: 1368)

“poco a poco, al introducir criterios economicistas y mercantilistas en el sector sanitario, la atención pública se va transformando: los centros de atención se convierten en “empresas proveedoras”, los recursos de atención en “carteras de servicios” y los pacientes o usuarios en “clientes”. La lógica empresarial empieza a impregnar muchos eslabones de la salud mental, marcando y acortando la duración de la atención, incrementando la burocracia y los ítems cuantificadores, creando el temor a posibles competencias entre los proveedores, etc. (...) a pesar de este modelo mixto de gestión economicista, los traspasos van a tener efectos beneficiosos en el sector: se abren más centros de salud mental de adultos e infanto-juveniles para asistir a toda la población (...) y se crean unidades especializadas: trastornos alimentarios, unidades de sueño, programas para ludopatías, para TOC, para esquizofrenias refractarias...”

Si bien tal y como ya hemos apuntado, una de las especificidades de la atención psiquiátrica en Catalunya es que se presta a través de una multiplicidad de entidades proveedoras que conforman la red, tanto pública como privada, de Salud Mental (Decreto 213/1999⁵⁵), en el año 2000 se configura (por Decreto 378/2000) el sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT), cuyo objetivo era presentar el marco de entidades proveedoras de servicios asistenciales con independencia de la naturaleza y permitir el aprovechamiento y optimización de las infraestructuras y los recursos existentes por parte de la población. Con el objetivo de llevar a cabo esta implementación de servicios, en septiembre de 1999 se firmó el acuerdo de reordenación de los servicios de atención psiquiátrica y salud mental de Catalunya y más concretamente los acuerdos para la reconversión de los hospitales psiquiátricos monográficos.

⁵⁵ Los dispositivos que pasan a formar parte de la red pública de salud mental son (según el Decreto) : los centros de salud mental, los servicios de urgencias psiquiátricas, los servicios de hospitalización de agudos, los servicios de hospitalización de subagudos, los servicios de internamiento en la comunidad, los servicios de hospitalización de larga estancia psiquiátrica, los servicios de atención específica, los servicios de hospitalización parcial, los servicios de hospitalización comunitaria, los servicios de atención en unidades polivalentes a la comunidad.

En la última memoria (año 2010) publicada por el *Departament de Salut* de la Generalitat de Catalunya y por el SCS⁵⁶ sobre *El sistema de atención a la salud en Catalunya* se señala que los recursos y servicios que forman la red pública de salud mental se organizan alrededor de 3 niveles asistenciales básicos: En primer lugar los servicios de atención primaria especializada en salud mental, tanto destinados a la población adulta como infantil y juvenil. En segundo lugar la atención hospitalaria (camas psiquiátricas de distinto régimen de hospitalización: de agudos, de subagudos, de media y larga estancia, parcial (Hospital de día), centros de internamiento en la comunidad, en comunidades terapéuticas y en otras unidades comunitarias polivalentes. Y por último, los servicios de rehabilitación psiquiátrica comunitaria (incluyendo adultos e infantil-juvenil): centros de día y servicios de inserción social y laboral.

Actualmente y siguiendo con los datos publicados por el Ministerio (2010) en Catalunya existen 67 entidades proveedoras de servicios de salud mental. Además se dispone de una red específica de atención a las drogodependencias (XAD) y otra red diferenciada de atención sociosanitaria, que gestiona, entre otros servicios, los servicios de psicogeriatría.

Según Anna Camprubí, técnica de Atención psiquiátrica y salud mental del SCS (2005) el modelo de atención psiquiátrica y salud mental en Catalunya se debe fundamentar en los siguientes criterios: En primer lugar, el despliegue y la consolidación de una red de atención especializada en salud mental donde prevalezcan los principios de equidad, accesibilidad, continuidad asistencial y que garanticen una atención de calidad. En segundo lugar, la integración de la red de salud mental en el sistema sanitario general e íntimamente relacionado con la atención primaria de salud, mediante el desarrollo de actividades de apoyo y colaboración con los equipos de atención primaria de salud. En tercer lugar, la priorización de la atención a las personas con trastornos en el seno de la comunidad, potenciando el despliegue de recursos comunitarios, para minimizar los desequilibrios territoriales y que permitan mantener la vinculación de la persona en su entorno social y familiar. En cuarto lugar, la reordenación de los servicios de atención psiquiátrica y salud mental, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial de los servicios que se prestan a los usuarios del sistema

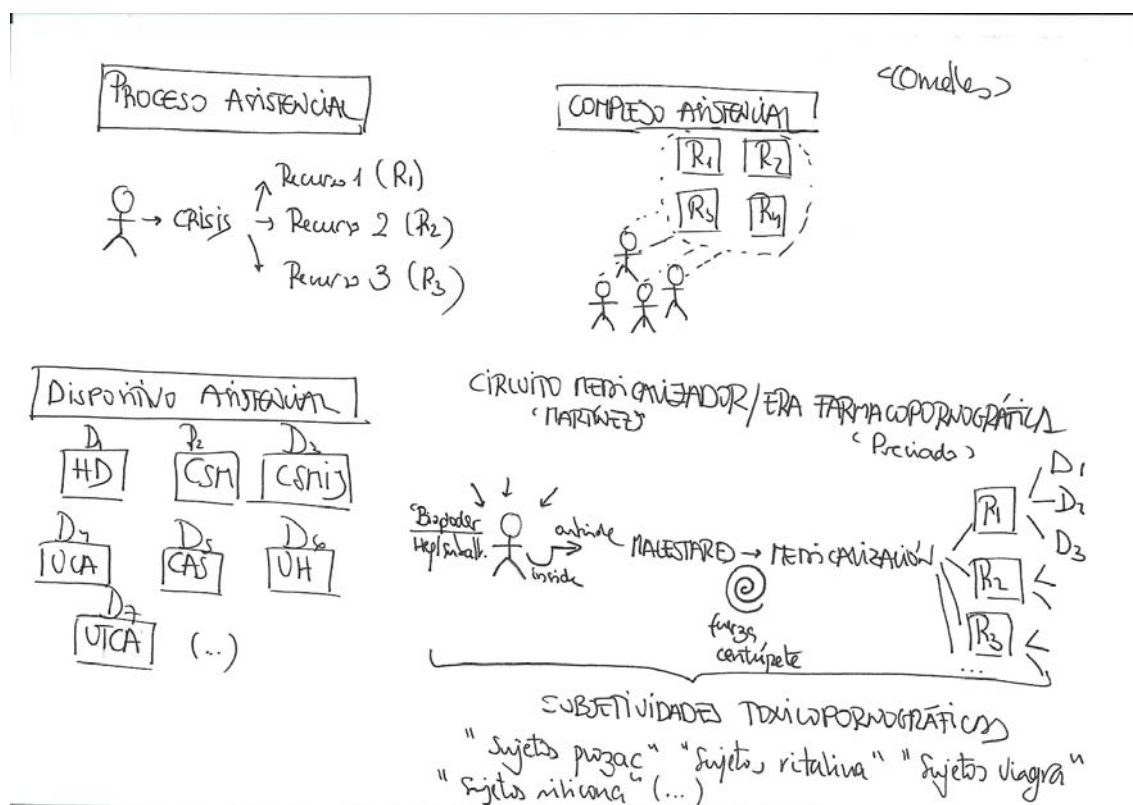
⁵⁶ El sistema de atención a la salud en Catalunya. Descargable en:
http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/planif_sanit/sistema_atencio_castella.pdf

sanitario público. En quinto lugar, el aprovechamiento de los recursos asistenciales existentes potenciando un modelo donde coexistan y se complementen los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y los hospitales monográficos, y donde los criterios de planificación se basen en la accesibilidad, la equidad y la continuidad asistencial. En sexto lugar, se debe focalizar los servicios y los programas de salud mental en las poblaciones de riesgo, dando prioridad a las acciones dirigidas a la atención a la población infantil y juvenil con trastornos mentales o con riesgo de sufrirlos. En séptimo lugar, el desarrollo de intervenciones de contención y prevención de la cronificación, que hagan posible instaurar programas de rehabilitación e inserción social y laboral de las personas con trastornos mentales. En octavo lugar, la potenciación de la intersectorialidad e interdepartamentalidad como elemento imprescindible para atender la complejidad de la salud mental, impulsando el establecimiento de vínculos y compromisos con otras redes, no sanitarias. Y por último, el desarrollo de programas de investigación, formación y docencia.

2.2 Procesos, complejos y dispositivos asistenciales en salud mental infantil y juvenil en Catalunya

En este punto creemos que es preciso señalar una reflexión que tiene que ver con las estrategias que desarrolla un individuo frente una situación de diagnóstico de enfermedad mental y como negocia su itinerario terapéutico.

De acuerdo con Comelles (1997: 153) –véase esquema 3- es necesario distinguir en el curso de una enfermedad, en el caso que nos ocupa “mental”, entre *los procesos*, los *complejos* y los *dispositivos asistenciales*. Utilizaremos específicamente esta distinción porque nos permite entender el uso que se hace tanto de los recursos públicos como privados en relación a la atención psiquiátrica en Catalunya. Para Comelles los *procesos asistenciales* hacen referencia a “aquellos hechos universales que aparecen en todas las sociedades y en las que es posible distinguir prácticas de gestión de las crisis y el hecho constatable según el cual su observación empírica pone de manifiesto su extrema variabilidad cultural”, los *complejos asistenciales* hacen referencia a “la percepción del valor de los recursos en relación con la disponibilidad de los mismos y que se basa en la experiencia colectiva” y los *dispositivos asistenciales* se corresponderían con “la oferta existente basada en especialistas, instituciones formales y sus connotaciones simbólicas”.



Esquema 3

Rubén Gualtero (1987) en su tesis de licenciatura sobre *psiquiatras y psiquiatría en Catalunya* señala que en Catalunya, a finales de los años '80 el psiquiatra podía ejercer, o bien en la “consulta particular”⁵⁷, o bien “en instituciones”⁵⁸, o bien en “despachos particulares en instituciones”⁵⁹, sin embargo destaca que esta clasificación en bloque, a pesar de resultar operativa puede resultar engañosa, puesto que muchos de los

⁵⁷ Gualtero define “la consulta” como “el marco habitual donde se realiza la actuación profesional individual por cuenta propia, sin embargo cabe tener en consideración que esta forma de ejercicio puede coincidir con otras posibilidades asociativas de diverso grado de formalidad y complejidad como gabinetes o consultorios médico-psicológicos”. Para Gualtero en el caso de la consulta particular el psiquiatra mantiene una doble autonomía: laboral –en función y de acuerdo con las reglas del mercado de servicios profesionales (honorarios, acuerdo verbal, horas de visita, etc.); y como “experto individual” en cuanto responsable y poseedor de unos conocimientos y una técnica –pericia- en el diagnóstico, tipo de tratamiento, frecuencia, tratamiento, etc. Un aspecto muy interesante que plantea Gualtero en su tesis tiene que ver con la distribución espacial de la consulta privada en el caso concreto de Barcelona. En su rastreo de las licencias fiscales para el año 1984 y en base a las zonas donde se ubican estas consultas, pudo observar un claro predominio de consultas en las zonas más adineradas de la ciudad.

⁵⁸ Que englobaría aquellos psiquiatras que trabajan por cuenta ajena en instituciones

⁵⁹ Gualtero utiliza el término “despacho particular en instituciones” para hacer referencia a aquellos psiquiatras que atienden al paciente en su consulta particular pero que cobran unos honorarios mediatizados por la compañía o entidad aseguradora.

psiquiatras que atendían en la consulta privada podían trabajar también en instituciones o para mútuas.

Nuestro objetivo en este punto no es plantear el itinerario terapéutico que siguen los/las *pacientes*, sino justificar la necesidad de recoger relatos de profesionales que provengan de distintos dispositivos (públicos y privados) asistenciales. Nos hubiese gustado, poder estudiar específicamente las trayectorias de los *pacientes* a través de los dispositivos asistenciales, sin embargo no lo hemos hecho. Está es una de nuestras limitaciones. Consideramos que este hecho nos hubiese aportado información muy rica en relación a la forma como se gestionan los padecimientos y como se generan los imaginarios en relación a los complejos asistenciales, puesto que, de acuerdo con Menéndez (2009: 29), consideramos que:

“Es a través de los sujetos y conjuntos sociales que podemos observar el uso articulado de los saberes y formas que utilizan y no los usos excluyentes. Si nosotros partiéramos del punto de vista de cada curador, de cada saber, lo frecuente sería la ignorancia o la exclusión de los otros saberes o un reconocimiento crítico y frecuentemente estigmatizado de los mismos, así como la tendencia a focalizar la descripción en el saber específico que cada curador representa. Si bien es a través de las perspectivas y de las prácticas de los diferentes actores significativos que podemos detectar la variedad de articulaciones generadas en torno a los padecimientos que se dan entre los mismos, no obstante es a través de los “pacientes” que podemos registrar la variedad de formas de atención que utilizan y articulan con el objetivo de reducir o solucionar sus problemas”

En relación a los dispositivos y recursos asistenciales en Salud Mental infantil y juvenil en Catalunya, nos interesa rescatar siguiendo la lógica de la diversificación y especialización de recursos destinados a la población infantil y juvenil en Catalunya, la lógica que rige la distribución/diversificación de estos recursos. Para Castel (1980), en el fondo, el *mito de la desinstitucionalización* – o mito del loco en la comunidad- hace precisamente referencia a esto, es decir, al marco en el que la desinstitucionalización se resignifica en una mayor medicalización y psiquiatrización de aspectos de la vida cotidiana –véase esquema 4–. En este sentido, la aparición cada vez más masiva de nuevos trastornos hace que sea difícil quedar fuera de alguno de ellos. En el caso específico de los niños el trastorno adaptativo reactivo o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad serían ejemplos paradigmáticos. Específicamente destinados a

la población infantil y juvenil en Catalunya y según datos publicados en 2007 (ver anexo 2) disponemos de 46 CSMIJ, 24 consultas periféricas de CSMIJ en Centros de AP, 31 programas de Trastorno Mental Grave infantil y juvenil, 11 unidades funcionales CAS-CSMIJ para atención de adolescentes con trastornos por consumo de sustancias, 388 plazas de hospital de día infantil y juvenil, 256 centros de día infantiles y juveniles y 8 unidades de trastornos de la conducta alimentaria.



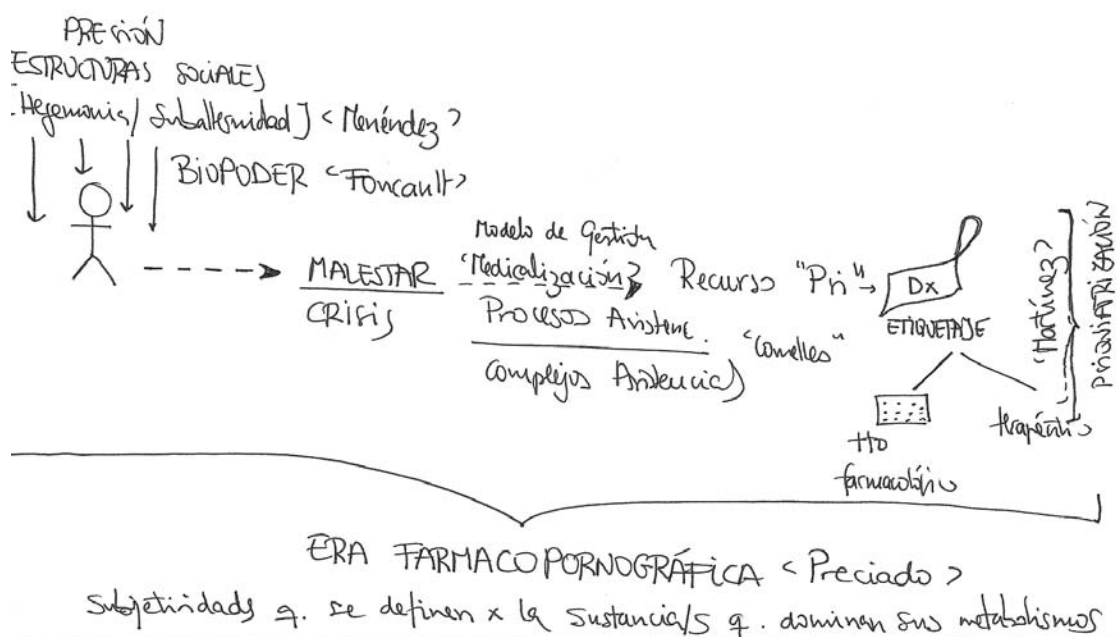
Esquema 4

3.- Del paradigma del loco/a en la comunidad al proceso de medicalización, psiquiatrización, construcción toxicopornográfica del malestar

Si bien en España el ingreso en asilos y manicomios fue la práctica médica predominante en salud mental desde principios del siglo XIX, aquí la desinstitucionalización del loco/a se inicia bastante más tarde que en el resto de Europa y coincide, en nuestro caso, con el final de la Dictadura. El retraso en este proceso tenía que ver con el rechazo del Régimen a toda novedad foránea que entrañase una visión crítica del sistema. De este modo, señala Comelles (1987:260): "el período franquista supuso una etapa basada en el confinamiento de la asistencia psiquiátrica, haciendo caso

omiso al desarrollo de procedimientos y complejos de atención que estaban ocurriendo en el resto de países europeos en aquella misma época”.

Este hecho significó el mantenimiento y la potenciación de una estructura dual de atención sanitaria de los trastornos psicopatológicos. Un sector centrado en el eje psiquiatras/alienistas -manicomios y otro sector centrado en el eje medico-somático. Así (Comelles, 1987: 260): “el periodo franquista supuso una psiquiatrización reducida de la sociedad, limitada a los casos psicopatológicamente más relevantes, y una medicalización masiva de los trastornos psicopatológicos leves, los trastornos psicofuncionales y los trastornos psicósomáticos” En la actualidad, los trastornos psicósomáticos y psicopatológicos leves se han convertido en el pan nuestro de cada día de los psiquiatras que atienden tanto en la pública como en la privada.



Esquema 5

Si esto sucedía hace treinta años, en la actualidad existen elevados índices tanto de psiquiatrización de trastornos (y que serán todavía más evidentes con la nueva edición del DSM V) como de medicalización de los malestares –véase esquema 5–. En relación al término medicalización y de acuerdo con Fassin (1998:6-7) la definimos como el hecho de:

“conférer una nature médicale à des représentations et des pratiques qui n’étaient jusqu’alors pas socialement appréhendées dans ces termes (...) Autrement dit, la

médicalisation suppose une normalisation. Elle devient un phénomène de société, et non plus le seul fait d'une profession, à partir du moment où la reconnaissance du problème comme pathologique se double de son inscription dans l'espace collectif, où la santé publique excède la clinique médicale, en Somme où la medicalization prend una dimensión politique.”

Pero no solo política, sino que también económica. Señala Beatriz Preciado (2008) que en el siglo XX el “régimen farmacopornográfico” tiene que ver con cómo la psicología, la sexología, la endocrinología, han establecido su autoridad material transformando los conceptos de psiquismo, de libido, de consciencia, de feminidad, de masculinidad, de heterosexualidad y homosexualidad en realidades tangibles, en sustancias químicas, en moléculas comercializables, en cuerpos y biotipos humanos, en bienes de intercambios gestionables por las multinacionales farmacéuticas. De acuerdo con la autora si la ciencia ha alcanzado el lugar hegemónico es precisamente gracias a lo que Ian Hacking y Bruno Latour llaman “autoridad material”, es decir, su capacidad para inventar y producir artefactos vivos.



Imágenes extraídas de www.galeria144.net y de la página web: <http://lores.soy.es> (23/04/2011)

En relación al surgimiento de nuevo tipo de enfermedades, Eduardo Menéndez (2009) señala cómo uno de los factores clave en el aumento de la demanda de atención biomédica, el progresivo proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que forman parte de la vida de los sujetos, pasando estos acontecimientos “a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos”. Para Menéndez (2009: 40) esta medicalización supone:

“no sólo convertir en problema de salud determinadas situaciones cotidianas- como fue y es el caso de la hiperkinesis infantil o trastorno de atención-, sino

además convertir en problema quirúrgico la situación del parto, a través de la generalización de la cesárea en países como México, donde no sólo alrededor del 35% de los partos en las instituciones oficiales y privadas se hacen a través de cesáreas que en su mayoría son innecesarias, sino que esta tendencia se incrementa constantemente”

De acuerdo con Menéndez (1981) la descripción de los procesos de medicalización en términos de hegemonía/subalternidad posibilita la inclusión en el análisis de las *transacciones sociales*, y es que (Menéndez, 2009: 38):

“Más allá de su real cualidad científica y de su eficacia debemos asumir que la biomedicina y la expansión biomédica constituyen una de las principales expresiones sociales e ideológicas de la expansión capitalista, o si se prefiere de “occidente”, en términos frecuentemente de hegemonía/subalternidad. Es el conjunto de estos procesos, que alcanza su expresión más notoria en la expansión del consumo de medicamentos producidos por la industria químico/farmacéutica, el que respalda nuestras interpretaciones (...) Y es justamente a través de los medicamentos que observamos una constante expansión de la biomedicina...”

En el marco de la psiquiatrización de la población, la mercantilización de los estados de ánimo (Martínez, 2006; Carpintero, 2007) y el auge de los “trastornos”⁶⁰ hace que resulte complejo no presentar alguno de los signos que explicita el DSM-IV como criterios diagnósticos. Sin embargo, cabe destacar que desde el sector médico existen también voces críticas que alertan sobre la cuestión que trae consigo esta psicopatologización masiva. En relación a esto, en las últimas jornadas sobre asistencia sanitaria en salud mental celebradas en Barcelona (febrero 2011) se destacó que: “Un porcentaje elevado de personas que buscan ayuda psiquiátrica no lo hacen por tener una enfermedad, sino por no aceptar el sufrimiento lógico e inherente a numerosas circunstancias vitales (...) y muchas de las demandas se corresponden con dificultades propias del ser humano como frustración, impotencia, soledad y tristeza, sin estar relacionado con ningún trastorno mental” (europapress.es, noticia del 5/02/2011). Sin embargo se señaló que el problema sigue siendo el uso irracional de la psicofarmacología y de la estigmatización innecesaria de problemáticas propias de la vida diaria.

⁶⁰ En el DSM-IV encontramos 12 tipos distintos de trastorno de la personalidad -paranoide, esquizoide, antisocial, límite, obsesivo-compulsivo, histriónico, esquizotípico, narcisista, evitativo, dependiente, pasivo-agresivo y derrotante cada uno con sus especificidades- y en el DSM-V se esperan más.

Específicamente también sobre la psiquiatrización y la medicalización, hemos encontrado un estudio hecho por un grupo de psiquiatras que trabajan en un centro asistencial de Barcelona (2003), que explicitan precisamente como en los últimos años se ha producido un “aumento exponencial” en la demanda de los “trastornos *light*” (lo que nosotros llamamos malestares) en los Centros de Salud Mental de Adultos. La principal preocupación de los autores del estudio tenía que ver no tanto con los *motivos de demanda* sino en cómo sacar fuera del circuito de crónicos a estos pacientes. Es decir, los psiquiatras autores del trabajo percibieron que muchas de las visitas a los centros eran por *trastornos mentales no severos*⁶¹ y que era necesario analizar los motivos por los cuales un determinado segmento de la población entraba en dinámicas cronificadoras de su *trastorno*. Lana, Mas-Yebra et al. (2003) Psiquiatras del Centro Asistencial Dr. Emili Mira de Barcelona, CAEMIL⁶² y responsables del estudio, ponen de manifiesto lo que ya apuntábamos, y es que en los últimos 20 años se ha producido un incremento de la presión asistencial en salud mental, llegando a triplicarse la demanda. Sin embargo, apuntan que curiosamente este incremento no ha sido homogéneo para todos los grupos diagnósticos, sino que son los trastornos ansioso-depresivos los que han experimentado un mayor boom. Para los autores, en su mayoría estos pacientes son clasificados en las diferentes categorías de trastornos de ansiedad, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos, trastornos afectivos y trastornos adaptativos, y señalan que la mayoría recibe varios diagnósticos a lo largo de los años sin encajar bien en ninguno. La principal preocupación de los autores es que estos pacientes a pesar de consumir una proporción importante de recursos, con los sucesivos tratamientos –farmacológicos y/o psicológicos–, obtienen solo una escasa mejoría. También señalan que no se comportan de manera homogénea: algunos abandonan precozmente el tratamiento y no vuelven a consulta durante años, otros entran en un círculo vicioso consistente en abandonar y solicitar consulta reiteradamente y otros

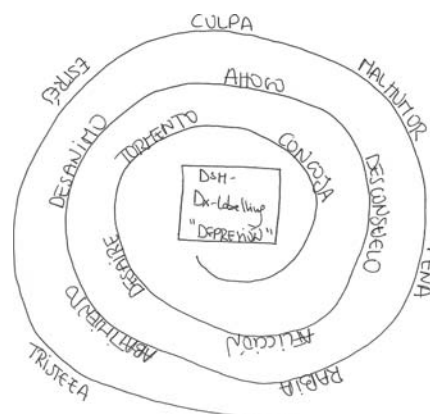
⁶¹ Los criterios para la selección de los participantes en este estudio tenían que ver con “ser pacientes con síntomas psiquiátricos menos graves o no severos que consultaban durante años en el CSM”. En el estudio fueron incluidos 287 pacientes, los porcentajes de diagnóstico fueron: estado de ansiedad (20’6%), depresión neurótica (49’8%) y trastorno de adaptación (20’6%). Las características sociodemográficas de estos pacientes tenían que ver con un mayor predominio del sexo femenino y una edad media de 45’8 años. También había una mayor proporción de mujeres casadas y amas de casa.

⁶² Los Centros Asistenciales Dr. Emili Mira López, dependientes por aquel entonces de la Diputación de Barcelona fueron integrados por la Generalitat de Catalunya en 2010.

permanecen en el CSM en seguimiento indefinido y se comportan, a la práctica, como pacientes crónicos.

Los autores plantearon la necesidad de generar un nuevo término (NOTMSEC⁶³). En los resultados los autores señalaron que prácticamente el 40% de los NOTMSEC llevaba más de 5 años de tratamiento en el CSM, es decir que a la práctica se comportaban como enfermos crónicos. Los diagnósticos principales fueron los esperados con un predominio de la sintomatología ansioso-depresiva. Lo que Lana y Mas-Yebra (2003) están poniendo sobre la mesa tiene que ver con el aumento de, más que NOTMSEC, de toda una serie de malestares/quejas/incomodidades que acuden a la consulta precisamente porque se percibe como necesaria la atención especializada, y que directa e indirectamente psiquiatrizan, medicalizan y cronifican de forma masiva a la población.

Para Martínez (2006: 47) el despliegue cada vez más amplio de los dispositivos de atención psiquiátrica se justifica en relación a realidades patológicas que se perciben como reales sin reflexionar apenas acerca de su naturaleza construida y los intereses implícitos. Para el autor el origen de este “fetichismo” de la enfermedad mental tiene que necesariamente poner sobre la mesa la cuestión de los límites éticos que subyacen en el diseño –a través de psicofármacos- de la personalidad y forma de gestionar las emociones. Así, el modelo medicalizador y psiquiatizador del malestar tiende a arrastrar (mediante una fuerza centrípeta-cronificadora) determinadas emociones hacia el diagnóstico (etiquetaje) y medicación (casi siempre asociada) a una determinada categoría diagnóstica.



⁶³ Trastorno Mental No Severo de Evolución Crónica.

4.- Escenarios de observación

4.1 El acceso

4.1.1 Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil y Unidad de Tratamiento Especializado (UTE) en Barcelona

A finales de junio de 2007 defendí el proyecto de tesis⁶⁴ en el que planteaba incluir para el trabajo de campo con jóvenes que se autolesionan corporalmente, algún dispositivo de salud mental (unidad de tratamiento especializado o unidad de hospitalización infanto-juvenil) como unidad de observación.

Terminado el verano empecé a movilizar mis contactos en el hospital R, un centro materno-infantil en Barcelona, en el que ya había hecho trabajo de campo con anterioridad. Para esto y según me habían informado mis fuentes debía seguir un protocolo. En primer lugar debía contactar con la *Cap de Secció del Servei de Psicologia*, la Sra. D. Con ella acordaríamos un día para hablar sobre el proyecto. Después, el proyecto debía pasar por el comité de bioética del hospital, y solamente si era aprobado, podía plantearme el acceso a alguna de las unidades del dispositivo.

Siguiendo el procedimiento, concreté por teléfono una entrevista con la cap de secció y quedamos en vernos un martes de primeros de octubre. Me dijo que fuese al edificio anexo de consultas externas de psiquiatría/psicología infantil y que preguntase por ella en secretaria. Llegué temprano, sobre las 9:40, habíamos quedado a las 10. Siguiendo sus indicaciones le dije a la secretaria que ya había llegado. Me senté delante de la consulta 4 y estuve revisando mis notas hasta que, sobre las 10 y media llegó. La Sra. D. era una mujer delgada, medía metro sesenta aproximadamente, de andar rápido y aspecto frágil. Morena, melena corta, por debajo de la oreja y flequillo. Pelo muy liso. Ojos oscuros y grandes. Nariz prominente. Vestía pantalones oscuros y botas negras con un poco de tacón. Debajo de la bata que le llegaba hasta la pantorrilla, le sobresalía el cuello de camisa, llevaba una camisa blanca. Cuello bien planchado. No había terminado de darme la mano cuando me preguntó si traía una copia del proyecto. Se me olvidó! le dije que no. Primer error. Me miró con cara de indiferencia: “T’he escrit un

⁶⁴ Diploma de Estudios Avanzados (DEA). Título del proyecto “El cuerpo y sus metáforas. Símbolos y significados de las prácticas autolesivas entre los jóvenes”. Doctorado de Estudios Urbanos y Movimientos Sociales. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

correu on et demano el projecte...ni l'has enviat, ni l'has portat, comences bé....” Me quedé cortada. No había recibido su correo y se lo dije. Me miró con cara de poca credibilidad “Doncs envia-me'l, tot i que si vols pots comprobar el teu correu ara, des d'aquí, que tenim ordinadors...”. Le dije que no hacía falta, que ya se lo mandaría.

Pasado este primer desencuentro, la Sra. D llamó por teléfono al Dr. A., Jefe del servicio, a quien ya conocía de la estancia que había realizado un par de años antes. El Dr. A llegó al cabo de pocos minutos. Nos saludamos y mientras le hablaba de los motivos de mi nueva visita la psicóloga me cortó, me hizo sentar y dijo que debíamos empezar.

Nos sentamos una frente a la otra. A medio metro de distancia. El Dr. A en medio de las dos, de pie y con los brazos cruzados. Empezamos. El Dr. A no habló durante la entrevista, la conversación fue entre ella y yo. Les expliqué la investigación, les hablé sobre mis hipótesis, objetivos, metodología... La Sra. D estaba constantemente interrumpiendo, no me dejaba terminar “si si, però quina serà la teva aportació? Quina aplicabilitat li vols donar a la teva recerca?” y... sobre la metodología... Observació? Què vols observar? Observació participant? Durant les visites? entrevistes de tall biogràfic? Històries de vida? Qué pretens remenant en la vida de les pacients? Tens algún objectiu terapèutic? Penso que per uns objectius tant individuals com son els d'aquesta recerca no es poden posar en risc les nostres pacients. El teu treball pot ser perjudicial per al tractament. No sé com anirà això...” En todo momento estaba atacando. Como si tuviese algo personal contra mí. No entendí bien la dinámica. ¿Qué le pasaba a esta mujer? Lo único que podía hacer, si quería tener alguna posibilidad de acceso, era exponer mis argumentos. Pero tampoco me dejaba explicarme. La verdad es que la entrevista fue nefasta. Salí del aula y del edificio de consultas temblando. Tenía ganas de llorar. Una mezcla de sensaciones y de estados que me duraron un par de días. El Dr. A me acompañó hasta la puerta y creo que consciente de la situación me dijo que estuviese tranquila, que la Sra. D. era un poco “peculiar” y que ya vería qué se podía hacer. Aquella misma tarde preparé una carta de presentación formal dirigida a la Sra D. y al jefe de psiquiatría, una versión del proyecto de acuerdo con lo que habíamos hablado y los consentimientos informados para pacientes y familiares.

Pasados quince días sin noticias (ni por e-mail ni por teléfono) decidí llamarla. Hablé varias veces con la secretaria, hasta que me dijo que llamase a partir de las 14h. Volví a llamar y por fin conseguí hablar con ella. Me dijo que en breve recibiría noticias, que el comité se había reunido y que ya había una resolución, que me mandarían la respuesta por e-mail. No quiso decirme nada. Solo que esperase la resolución.

Un par de días después recibí un e-mail del departamento de formación del hospital... habían desestimado el proyecto. Quizá hoy hubiese actuado de otra forma pero en aquel momento, presa de una especie de rabia pulsional-visceral decidí volver al hospital. Necesitaba entender por qué. Me presenté en la unidad a las 9 de la mañana del día siguiente y pregunté por la Sra. D. a la secretaria. Estuvo mirando su agenda del día en el ordenador y me dijo que de 11 a 11'30 no tenía visitas programadas así que decidí esperar. Cuando salió la última visita oí que la secretaria la llamaba. Al cabo de un par o tres de minutos la secretaria se dirigió hacia donde yo estaba sentada: -Mira, que lo siento, pero dice que no quiere recibirme. -Pero... ¿Cómo? ¿Por qué? -Lo siento, Me ha dicho que no tiene nada que hablar contigo-. -¿Pero cómo puede ser? ¿Pero qué le ha dicho?- Nada, simplemente que no quiere hablar contigo- La secretaria me dijo que lo sentía pero que no podía hacer nada más por mí. Me sentí todavía peor... A todo esto había pasado un mes. Había perdido treinta días esperando y el tiempo invertido no había servido para nada.

Fue entonces cuando decidí ir a ver al jefe de psiquiatría. La secretaria me dijo que estaba reunido y que era mejor llamarlo por teléfono. Entonces le dije que quería hablar con alguien, me daba igual quien fuese. Me dijo que podía hablar con el Dr. P (psiquiatra que estaba en consulta). Esperé media hora pero cansada y asqueada me fui. Lo único que podía hacer era patalear, y tampoco me dejaron. Cuando llegué a casa llamé al hospital preguntando por el Dr. A. Después de más de diez minutos al teléfono (de la centralita a consultas, de consultas a hospitalización, de hospitalización a su despacho, de su despacho a la sala de reuniones, de la sala de reuniones a formación...- conseguí localizarlo. Necesitaba hablar con él y explicarle lo mal que me había sentido. Estuvimos hablando unos cinco minutos. Le expliqué, me volvió a decir lo del “carácter peculiar” y me dijo que lo sentía. Le dije que más que carácter especial ó peculiar la Sra. D era una maleducada. En aquél momento dejé definitivamente sentenciadas las posibilidades de volver a poner un pie en la unidad. Ahí quedó todo.

4.1.2 Centro de psiquiatría y psicoterapia en Tarragona. La Dra. M.

Después de la negativa en el Hospital R decidí utilizar la experiencia como un aprendizaje e intentarlo de nuevo. Pensé que había llegado el momento de hacer una incursión en la privada. Estuve buscando datos en relación al número de psiquiatras que ejercen en la privada en Tarragona pero no encontré nada. En google encontré teléfonos de consultas y centros privados, pero si quería algo más elaborado como el porcentaje de psiquiatras que están en dispositivos públicos vs los que están en la privada los datos eran antiguos, de finales de los ochenta (Gualtero, 1987; Comelles, 1987) y difíciles de contrastar. En el trabajo de Comelles, citando Gualtero, se señala que a finales de los '80 el sector privado en Catalunya podría ser del 40% y que la tendencia se habría acrecentado ante la importante colonia de psicoanalistas procedente de latinoamerica que desde principios de los ochenta se había instalado en Catalunya (Comelles, 1987:228)

Desde entonces nada más. Ningún dato más actual. Estuve buscando por internet y encontré en Tarragona un centro de psiquiatría y psicoterapia (CPyP) que me pareció interesante. Decidí llamar, no sin antes redactar un esquema de lo que quería hablar con la psiquiatra. Le hablaría en sus propios términos. Nada de símbolos y significados. Le hablaría de autolesiones en chicas con “trastornos”. Algo concreto. Tampoco le plantearía hacer observación en consulta, primero concertaría una entrevista con ella y sobre la marcha.

El CPyP tiene horario de tardes. La psicóloga y la psiquiatra trabajan de mañanas en la asistencia pública -En un Centro de Salud Mental de Adultos-, y de lunes a jueves de 16 a 20h atienden en la privada. Era un martes, ya en pleno mes de noviembre. Llamé sobre las 5 de la tarde. Cogió el teléfono un hombre, creo que el recepcionista. Fui directa. Sin dilaciones. Tenía que mostrarme segura. Ideas claras y discurso estructurado. Le expliqué quién era y que me interesaba hablar con la Dra. M. Después de vaciar el discurso prefabricado y sin dejarle posibilidad alguna de decir nada, el señor esperó muy amablemente a que terminase y me dijo que para esto mejor hablar directamente con la psiquiatra y que mejor llamar a partir de las 7 de la tarde. A las 7 ya estaba de los nervios, pero esperé media hora; por cortesía y para no parecer una histérica. Llamé a las 7 y media. Contestó el teléfono la Dra. M. El recepcionista ya le había dicho que había llamado y me estaba esperando. Tenía una voz agradable y

tranquila. Se mostraba en todo momento interesada en mi trabajo, nada que ver con mi experiencia anterior en el hospital R.

Me embriagué de buenas vibraciones. Estaba muy receptiva. Me dijo que había visto bastantes casos de autolesiones como los que yo describía sobre todo en el trastorno límite de la personalidad. Me preguntó si me interesaban también los gestos o intentos autolíticos. Le dije que no. Le pregunté si sería posible quedar un día para que me hablase de su experiencia en la consulta y me dijo que sí, que no tenía ningún problema en ayudarme. Estuvo mirando la agenda y concretamos vernos en 15 días. Percibí que las cosas empezaban a marchar bien.

La CPyP de la Dra. M está en el casco antiguo de Tarragona, es un piso viejo, un quinto sin ascensor. Me costó encontrarlo, está en un callejón cerca de la plaça de la Font – plaza del Ayuntamiento de Tarragona. Las escaleras del piso son estrechas y contrastan con el piso, amplio y espacioso, aunque poco luminoso. El suelo es de parquet, se ve recién reformado. En la sala de espera hay butacas de madera con el tapizado en terciopelo rojo. Hay también una pequeña fuente con agua, de adorno. La luz es tenue y el ambiente tranquilo. Al cabo de 10’ se abre una puerta, salen de una de las habitaciones que queda a la derecha de la sala de espera una mujer y su hija. Detrás de ellas sale la psiquiatra. Se despiden dándose la mano. La psiquiatra cierra la puerta y se dirige hacia mí. ¿Ets Lina, no? Me da la mano y me invita a pasar. La consulta está decorada en la línea de la sala de espera. Paredes ocre, muebles antiguos y poca luz. Un par de cuadros al entrar a mano derecha. Un paisaje en tonos verdes cálidos y enmarcado el título de médico-psiquiatra, no alcanzo a ver el año. En el centro hay una mesa negra grande de madera a juego con las estanterías y delante del ventanal una butaca de madera en tapizado verde botella.

La doctora M. tendrá unos 45 años. Pelo largo liso. Lleva gafas y viste unos pantalones marrones y camisa verde ajustada. No lleva bata. La única luz en la habitación es la de una lámpara de cristales de colores que está sobre la mesa. Sobre la mesa hay un portalápices de seroquel® y un par de bolígrafos de propaganda. Hay también un calendario de sobremesa de prozac®. Los porticones de las ventanas son de madera y están abiertos. Fuera todo está oscuro.

En el centro de psicoterapia y psicología, tanto la Dra. M como María (psicóloga), tratan de “intervenir en los procesos que generan una determinada conducta” Para la Dra. M la medicación a veces es necesaria, pero no siempre. Utilizan sobre todo estrategias de modificación de conducta.

La Dra. M trabaja por las mañanas en un CSM de adultos en Tarragona, por las tardes atiende la privada. Al comienzo de la entrevista me habla de que en los últimos años ha observado un despunte en los casos de histeria, sobre todo –dice- entre la población inmigrante latinoamericana.

Mira, jo et diré que la histèria, la histèria de llibre, avui dia segueix presentant-se a les nostres consultes. Inclús ara d'una forma més evident, eh? Motivats perquè ara tenim una població que és molt varipinta. Jo personalment, per la meua experiència personal m'estic trobant molta simptomatologia de la histeria dintre de la població sudamericana: molta pacient colombiana, xilena, equatoriana, que ens arriba a les consultes i ens presenta clínica histèrica de la clàssica, de la que havies estudiat o havies vist en llibres –*però amb cegueres i paràlisis?*- amb cegueres no, però sí amb crisis conversives o...quadres dissociatius amb amnèsies o fugues dissociatives, jo m'hi he trobat, eh? I les estem diagnosticant i és una cosa bastant curiosa. Potser perquè en aquesta cultura, que d'altra banda és molt propera a la nostra, no? encara tot el que són les emocions estan molt més a flor de pell, no? s'expressen molt més, tot és molt més teatral, no? en plan els culebrons, que són històries d'amor, odi molt fort, tot és molt més present, no? les famílies, no sé...crec que encara culturalment hi ha una expressivitat molt més alta que aquí, no? nosaltres ens expressem de forma diferent... (Dra. M, 45 anys)

Una semana antes de mi visita, la Dra. M atendió en el CSM a una chica joven de veintipocos, una chica “aparentement normal, sense antecedents psiquiàtrics”. Me explica el caso:

Ara fa poc me'n recordava que just vaig tenir una pacient, a la consulta, era una primera visita, era una noia joveneta i m'ensenya braços fins dalt, s'aixeca la samarreta i veig que està tota ella senyalada...jo ja havia vist, eh? però per ser aquesta l'última, pues...dic mira...tot això ve una mica al que avui parlem aquí, no? i vaig investigar una miqueta més del perquè d'aquesta conducta, perquè s'ho havia fet, perquè aparentment no hi havia una voluntat suïcida i no està amb el tema de l'intent d'autolisi, de suïcidi, sinó més aviat la autolesió per si, no?. Realment aquesta noia no ho feia amb una intencionalitat autolítica sinó que ho feia com una manera de...ella explicava, com una manera de bloquejar un malestar. És a dir: quan feia això se sentia bé. Se sentia bé quan ho feia i després

se sentia molt culpable perquè s'havia senyalat tota i després això ho veia també el seu company i ho veia tothom, no? i ella això ho feia, això i d'altres autolesions com tirar-se per les escales, com donar-se cops, ho feia des de que era ben petita, des de la infància, explicava des dels 6 anys o així que feia aquests tipus de conducta. I la veritat es que mai l'havien portat a cap professional ni res, fins que ara ella ja amb 20 i pocs anys ha decidit anar a consulta...

La doctora explica el origen en los abusos sexuales que la joven y su hermana padecieron por parte de una persona muy próxima a la familia. Unos abusos consentidos por la madre

La noia me relata tota la vivencia d'aquesta persona, de l'odi que te envers la seva mare perquè no va fer res sabent que estava passant i com ella se sent. Al principi, pues...se sent molt malament i comença a sentir-se molt culpable i comença a pensar que es ella la que està provocant això, i tot el cortejo de percepcions i sentiments que va tenint en relació a la relació fins que ja amb una edat que ella explica adolescent, comença a buscar-se la vida. Troba una primera parella, de la qual no s'enamora però se'n va. Es casa amb aquesta parella per fugir de la situació. I les lesions que ella s'anava fent continuen, però consulta perquè ara son més sovint. Quan te una mínima frustració acaba fent-se mal, i...el perquè, el fons d'aquest mal bé pel record, l'objectiu és bloquejar i després li ve el record de la persona aquesta quan abusa d'ella, també les mil aberracions que li feia i que ella també m'explica...

A los 16 años la joven se casa para huir de casa pero se separa al cabo de poco tiempo porque se da cuenta de que su matrimonio era más una válvula de escape que una historia de amor. Se va a vivir sola, encuentra un trabajo, vive de forma autónoma, se saca el carnet de conducir, la ascienden a encargada de supermercado y conoce un compañero de trabajo del que se enamora y que actualmente es su pareja:

Sexualment sempre ha tingut molts conflictes però que tenen que veure amb això. Amb la parella tot va molt bé però ara ella ve a consultar perquè està i continua fent-se mal i vol deixar de fer-ho, perquè ella ara a la feina que està està molt bé i no vol que...bé, la seva actual parella està començant a qüestionar-li pues: que és el que està fent, que així no es pot continuar, ella l'estima molt i no vol perdre'l i ara es troba amb aquesta ambivalència...(...) tot això va sortir en una primera visita, a més a més aquesta noia no havia explicat a ningú que tenia una història d'abusos sexuals i al venir a nosaltres, clar quan venen a nosaltres – t'estic parlant de la pública- doncs per venir a la consulta ells porten un volant del seu metge de capçalera, conforme hi ha un símptoma d'ansietat, depressió o el que sigui i pues...amb aquest volant ells fan la derivació, no?, i pues ella hem

va dir que no havia explicat res al seu metge de capçalera, que únicament ho sap la seva parella perquè te moltes dificultats per tenir relacions sexuals i que aquestes siguin gratificants i només ha parlat això amb la parella. És una cosa que ella no explica perquè li fa molta vergonya i perquè no se sent bé. I bé, pues va sortir tot això perquè ella tenia moltes ganes de parlar, estava molt.... i doncs vaig aprofitar d'alguna manera, vaig deixar-li l'espai obert per a que ella pogués explicar coses (...)

Me explica la Dra. M que todavía no tiene muy claro el diagnóstico de esta chica, sin embargo a medida que avanza la entrevista, cuando le pregunto sobre la relación que existe entre abusos en la infancia y autolesiones dice:

Tinc molts casos ara que ho dius... tinc molts casos on la historia de l'abús i de les autoagressions està molt present, i...el perquè de l'autoagressió com una forma de autocastigar-se. Mmm...Hi ha com un sentiment de culpa que es inconscient i que pot arribar a ser conscient si el pacient el raona, "doncs si, jo no tinc cap culpa" pero que segueix present, no? Aquest sentiment de culpa i...davant del sentiment, per calmar aquesta angoixa, i l'agressió seria com una mena de càstig...No obstant aquesta noia quan m'ho explicava se sentia malament quan m'ho deia però ella deia que en el moment que s'estava autolesionant se sentia bé, disfrutava i s'odiava a si mateixa. Deia, jo tinc molta rabia de mi mateixa per sentir-me bé fent això.

Después de la narración del caso de la joven, la Dra. M pasó a encuadrarme los escenarios en donde ella habia visto autolesiones: en el trastorno límite de la personalidad, en las Psicosis y en prácticas sádicas y masoquistas a la vez.

Jo aquest jo aquest tipus de lesions com les que ella m'ensenyava aquesta noia les he vist amb la forma de cicatrius ja que no marxen, marques, amb molts trastorns de personalitat. Potser ara ja no hi ha tantes histèries, hi ha més trastorns de personalitat, i en concret els trastorns límit. Que són...no se si saps una miqueta...els trastorns límit de la personalitat son una mica un fons de sac...d'una patologia que està creixent d'una manera desmesurada i que bueno, aquest trastorn de la personalitat cursa amb unes oscil·lacions de les emocions molt forta. Van de la tristesa a la euforia en un moment, pero sense seguir una regularitat, funcionen amb dos polos: o t'estimo i estaria sempre a tu apegadet o si em fas algo t'odio a mort, no? Funcionen amb una inestabilitat emocional molt gran, son molt immadurs...i amb aquest tipus de patró de pacient he vist quantitat de marques com les que portava aquesta noia, que ella es fa mal però aquesta vegada era la primera que s'havia fet tant de mal...perquè la resta eren cops, pero amb els trastorns de la personalitat tot el braç amb cicatrius que tu dius: ostres, això no te marchará mai, no? i...a la panxa, a las cames també li he vist en algun

pacient. Ara ja des de fa uns quants anys que aquest pacient “límit” fa aquest tipus de lesió cap al propi cos, és d’uns anys cap aquí, no d’ara en aquest moment concret...

La vinculación del síntoma autolesivo con el trastorno límite/borderline de la personalidad aparece con frecuencia en la literatura médica revisada (Tantam, Whitacker (1992); Stevenson, Meares et al. (2005); Samsone, Lam et al (2010); Vandereicken (2010) et al.). Me detendré específicamente en el trabajo de López Herrero y González Lucas (2008) por su interesante lectura diacrónica. Los autores señalan que el *trastorno límite* fue reconocido como tal a mediados de los años cincuenta para tipificar un tipo de clínica que no se ajustaba al modelo clásico de las neurosis, aunque tampoco al de las psicosis. Para los autores en esta eclosión clínica de mediados del siglo pasado comenzó a perfilarse un nuevo tipo de demanda en los dispositivos asistenciales que permitió el descubrimiento y relanzamiento de un “nuevo orden nosológico” (López Herrero et al., 2008: 274). En este contexto comenzaron a plantearse diferentes términos para hablar del trastorno límite como *esquizofrenia ambulatoria* (Zilboorg), *personalidad como si* (Helene Deutsche), *Esquizofrenia pseudoneurótica* (Hoch y Polatin). Finalmente se definió como trastorno límite y terminó por incluir: “aquellos pacientes que bajo un ropaje de corte neurótico, hacen de la hostilidad básica (ira inapropiada o manifestaciones de mal genio), la presencia de alteraciones de la identidad (auto-imagen distorsionada, identidad sexual confusa, objetivos a largo plazo indefinidos, errancia en la vida), la sensación de vacío y el aburrimiento constante así como la inestabilidad afectiva, la conducta impulsiva y agresiva y la transferencia inestable, un nuevo modo de clínica que alude a un marco que no encaja completamente ni en la neurosis ni en la psicosis” (López Herrero et al. 2008: 274). La prevalencia del trastorno límite⁶⁵ se sitúa entre el 1’1% y el 4’6% y la media se establece en un 2%. Se diagnostica predominantemente en *mujeres* en una ratio de 3:1 y se considera que un 2% de la población en Catalunya padece Trastorno Límite de la Personalidad. Según los datos que constan en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros de Salud Mental (CMBDCSM) durante el año 2003 se atendieron 1.076 pacientes diagnosticados de TLP en los CSMIJ y centros de

⁶⁵ Dato extraído del *cuaderno 8 de salud mental sobre trastorno límite de la personalidad*, realizado por el Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006.

salud mental de adultos (CSM). En el informe se señala que existe un infradiagnóstico en el número de casos.

Alguna histeria també, també he vist amb autolesions i...després també pots trobar aquestes lesions dins de patologia psicòtica però ja dins de contextos de seguir continguts més de tipus al·lucinatori o més delirant, del tipus “me tinc de fer això perquè tinc una imposició, ¿no? Són un altre tipus de lesions (...)en pacients psicòtics quan se fa una lesió d’aquest tipus està en una situació psiquiàtrica aguda, no? De deliris, i mmm...jo tinc un pacient que es va tallar l’orella com Van Gogh, o un pacient que no el portava jo, el portava un company però un pacient que es va tallar un testicle, aquests casos responen a situacions més delirants o...pensar que són impurs i que s’han de retirar aquesta part del cos perquè si no mai podran arribar a la puresa, no específicament religiosos, no. Però clar, l’agressió del psicòtic és una agressió molt més forta. Et diria més greu però tampoc, perquè un pot arribar amb una agressió que no sembla greu pot arribar a acabar (suicididándose)...

Y en el sado-masochismo:

També està l’agressió com una mena de plaer masoquista, no? Que això també és molt freqüent. Si, jo també he tingut uns quants pacients així, no? I al mateix temps també està present el sadisme de mostrar-ho a l’altre, no? Jo recordo, no perquè estès present sino perquè m’ho explicaven en una guardia d’urgència psiquiàtrica, un pacient que va agafar i es va fer un bon tall davant del professional, no? I va començar a sortir la sang...i...l’expressió de plaer del malalt davant de l’angoixa de tota la gent per aconseguir aturar que no es fes més mal i després per bueno, per buscar serveis d’urgències per traslladarlo, per suturar-lo i...pues bueno, el plaer sàdic de mostrar, de teatralitzar aquesta agressió, no? De fer-la pública. No és algo íntim, és algo que es públic, perquè si no es públic no serveix de res, no? Això mateix a casa seva ho fa el que vol morir-se. El que necessita d’això fer un espectacle des d’un punt de vista psicopatològic, des d’un punt de vista sàdic, necessiten un escenari. I aquest sentiment de plaer, això també està present. També...és algo bastant comú...

En otro de los momentos, durante la entrevista, le pregunté si pensaba que la autolesión era un tipo de acción más de mujeres que de hombres.

Més o menys jo crec que es presenta per igual. Tant en homes com en dones. No obstant si que és cert que tinc més dones que homes que venen a consulta per això. Però recordo que fa molts d’anys, quan treballava en un CSM de Badalona em va venir un pacient, era home. un pacient límit, que venia quan s’ho havia acabat de fer i venia a ensenyar-ho, ja curat, ja no sagnant però venia a: mira el que m’he fet, no? O sinó aquest també prenia tòxics, no? Prenia pastilles, no?

Però aquest sabia que no s'intoxicava fins al punt d'acabar amb la seva vida. Prenia psicofàrmacs però no per morir, per morir no. Si et venia i et deia: m'he pres...10 tranxiliums. Doncs segur que se'ls havia pres. Llavors avisa a la policia, avisa l'ambulancia, que vinguin a buscar-lo, pero venia, no? Venia a ensenyar-ho. Sí, era un límit que al final va morir. En una d'aquestes que no va controlar va morir. Era un noi jovenet que no tenia pares i estava en una situació molt...molt...de tant en tant feia ingressos en un pis tutelat a Barcelona pero tampoc li agradava i...tornava a casa...i això d'alguna manera, ell venia a buscar afecte, eh? Venia a buscar afecte. Una forma mal conduïda per a buscar afecte, no? I venia amb una cara de...vindre a ensenyar-ho a la mare, no?

A raíz de este caso diagnosticado de trastorno límite, le pregunté si creía que sería posible establecer una diferencia entre personas que buscan en la lesión *la exhibición* de la lesión y quienes buscan *el bienestar* emocional.

Mira, en el cas de la noia que t'he comentat, ella no tenia cap desig d'exhibició, ella se'n penedia. Ella no volia estar així, ella no volia estar marcada i per això ella se sentia molt però que molt malament. D'altres no, d'altres que són molt crònics i que et venen a la consulta i rum rum, t'ensenyen tot, no? "és que jo sóc" i a vegades no saben ni lo que son, no? És que jo estic molt malalt, no? Perquè jo m'he suïcidat. I dius, bueno, si t'haguessis suïcidat ja no estaries aquí, no?

Otro de los aspectos ciertamente muy interesante que surge en la entrevista tiene que ver con la forma cómo los pacientes se rebelan frente a los diagnósticos, cómo cuestionan el saber médico pero desde dentro de la lógica medicalizadora:

Ara mateix pensa que ara hi ha molta informació i la gent els hi dius que tenen una neurosi, llavors van a casa ho busquen a internet i te venen després i te diuen, doncs jo no estic d'acord, eh? Jo no estic d'acord, perquè jo això, això i això jo no ho tinc, no? Avui dia la gent està molt informada i això es bó, eh? Això es bo. Actualment la gent s'informa, la gent sap. Tu li dones un medicament i després et tornen i et diuen: no no, que jo això no m'ho prenc, que he llegit que pot produir això això i allò, no? Jo no vull que me treguis la líbido. Jo no vull tenir problemes sexuals... i tant joves com grans, eh? Que dius com més jove potser si que ha tingut més accés a les noves tecnologies però la gent en general...pues...gent gran que escolta la radio i que escolta debats, i després te diuen: mira, que he escoltat a la radio que ha sortit una tècnica que tal i que qual, no? I et diuen que en pensa vostè? I dius, ostres, doncs jo no se lo que es això, no? No m'he enterat, no? Avui en dia la gent mira els documentals, la gent llegeix el diari...

En relación a las franjas de edad, ella ha observado un mayor número de casos de autolesiones entre los jóvenes:

Home, jo et diria que no a totes les edats. Una persona a partir dels 35-40 anys deixa de fer aquestes coses. O almenys no apareix a les nostres consultes. O apareix..no no, es que és bastant recent com a fenomen en aquest sentit. Jo ara et puc dir, en quant a edats: el principi pot ser a la infància, perquè els nens ja es fan aquestes lesions. Hi ha molts nens que es fan mal. Nens petits que arriben al pediatra perquè s'han fet mal, perquè s'han clavats coses i estan una mica...potser no...es que clar, psicopatològicament els hem d'enquadrar en situacions diferents. Però vaja, jo crec que el boom ara el trobaríem dels 17-18 fins als 30 anys. Segons el meu punt de vista, segons la meua experiència, eh? i...tant per cent no sabria dir-te. Jo et diria que predominantment aquestes conductes estan dins dels trastorns de la personalitat i dins els trastorns de la personalitat els que estan dins el cluster B. El cluster B és on està el trastorn límit, la histèria, que son cosins germans, eh? Pues dintre d'aquest clúster. Hi ha molts pacients que no sabria dir-te si es un histèric o és un límit perquè la clínica està barrejada. Però dins d'aquest clúster en definitiva. Aquí es on està el grup majoritari. I després ja tindriem en els trastorns depressius. Però que aquí les autolesions ja serien buscant més una intencionalitat finalista. I...com parlàvem abans un grup de trastorn psicòtic més greu ja més greu, on la sintomatologia autolesiva tindria que veure més amb una conducta psicòtica delirant, no? En resposta a unes al·lucinacions o a una alteració de la percepció. Però bueno, on més estaria seria en aquest cluster B. Neurosis histèriques, histèries, trastorns de la personalitat límit...

Como uno de mis principales intereses era situar la incidencia de la acción autolesiva en el contexto catalán, le pregunté si podía explicarme algún procedimiento para objetivar los casos (acceso a bases de datos o a codificaciones del síntoma que me permitiesen dar cuenta de los casos por regiones) y en este punto su respuesta fue clara: “creo que no es posible. No está tipificado”

No, no almenys que jo tingui accés, no? Hi ha un full epidemiològic però saps que passa de per què no hi ha informes? Doncs perquè en aquest país no hi ha informe ni del suïcidi, no es declara. Hi ha un informe claríssim de totes les malalties de declaració obligatòria: totes les malalties de transmissió o infecto-contagioses...és a dir hi ha una estructuració i uns protocols, d'aquestes malalties que t'he dit, i clar, com que això s'ha de declarar a un organisme, aquest fa les estadístiques i després surt als boletins. Amb els suïcidis no hi ha una obligatorietat de declarar que ha sigut un suïcidi. Quan un s'ha mort, s'ha mort. Bueno, hi ha fet algun tipus de boletín des del registre del jutjat...buscant aquell parte, com si fos un parte de guardia. Quan tu certifiques una mort que ha estat

per suïcidi tu poses: suïcidi. Pero hi ha molts metges que encara tenen el suïcidi com una mica tabú, les famílies tampoc no volen que s'ha mort per un suïcidi i doncs lo típic: aturada cardiorespiratoria i s'ha acabat. Per això et dic que no podem tenir unes estadístiques fidedignes. Sempre et diré que si trobes algun estudi sempre l'has de multiplicar per més, perquè moltes qüestions d'aquestes no surten. Queden en el secret de la consulta, queden en el secret de la relació metge-pacient, perquè a vegades no ho anotes ni a la història, no? Perquè a vegades consideres que la història pot passar a mans de gent que no te per què enterar-se de certes coses. Per això et dic que no crec que hi hagi una estadística fidedigna, fiable, d'això...

Entonces, pensé que quizá para acceder a los casos diagnosticados de autolesión debía recorrer al “trastorno” y como ella había hablado del trastorno límite le pregunté qué le parecía la idea de buscar desde ahí:

“No se que dir-te...es que també pots trobar-te autolesions en els TCA, però clar, jo al trastorn alimentari no em dedico, el porta un grup en concret, que nosaltres quan detectem un cas ja el derivem directament. Però és que clar, dins el TCA hi ha molt TLP...perquè la conducta autolesiva no seria pel trastorn alimentari, seria per un altra patologia comorbida. Si si, i ja el fet mateix de la patologia alimentària l'autolesió ja es una constant, no? Sobre el cos, i després autolesions en aquest grup de pacients també són molt freqüents. Trobar-te amb anorèxiques i que tenen totes elles senyals d'autolesions, no? Hauries de buscar sempre associat a un diagnòstic perquè l'autolesió és un símptoma més...”

Con la Dra. M nos vimos un par de veces más después de la entrevista. Hablar con ella me ayudó a pensar sobre muchas cosas: sobre la narración del caso y sobre los factores que pueden resultar desencadenantes de la acción y sobre su lectura en relación a la interpretación del fenómeno. Desde su perspectiva como psiquiatra, la acción estaba muy teñida de matices histéricos, de sadismo y de masoquismo.

De su lectura, me llamó mucho la atención la interpretación histérica de la autolesión y la relación que podía existir en relación a la obtención del placer mediante la lesión (lectura sádo-masoquista). Así fue como al cabo de una semana de la entrevista con la Dra. M me puse en contacto con M., una compañera psico-antropóloga del Institut Tarragonès d'Antropologia que fue quien me recomendó hablar con el Dr. J., un psicólogo psicoanalista lacaniano de Tarragona.

4.1.3 Centro de psicología lacaniana. El Dr. J.

La entrevista con el Dr. J tuvo lugar una tarde de diciembre de 2007 en la cafetería néctar, en el centro de Tarragona. El Dr. J tiene una consulta privada que atiende por las tardes. Por las mañanas ejerce de profesor en un Instituto de Educación Secundaria. Contacté con él por teléfono. M. habló primero con él y después fui yo quien lo llamé. En todo momento se mostró muy interesado en el proyecto. En la entrevista estuvimos los tres. M. llegó tarde y hablaba poco aunque también iba interviniendo. El registro de la entrevista tiene una calidad regular, con mucho ruido de fondo (conversaciones, máquina de café, de tabaco, tragaperras...).

El Dr. J tiene unos cincuenta años, pelo gris y ondulado. Mide metro setenta y cinco, de complexión fuerte. Lleva gafas. Viste pantalón tejano oscuro, camisa a rallas blancas y azules y chaqueta gastada de cuero marrón oscuro. Quedamos en la misma cafetería. M. llega un poco más tarde, él y yo ya nos habíamos presentado. No me costó mucho reconocerlo. Más o menos lo había imaginado así. Nos sentamos. Yo pedí un cacaolat y él un café. Fumaba tabaco rubio. Durante la entrevista se fumó algo más de media cajetilla. En la primera parte le expliqué el proyecto y le explicité la lectura que hacía del síntoma. Él hizo referencia a dos escenarios en los que podía aparecer la autolesión. Me habló de la autolesión -también incluía la anorexia como una forma de autoagresión- como inscripción simbólica (lectura neurótica) y la lesión en el sí de la vivencia del cuerpo como ente extraño (lectura psicótica), y que sería –él planteaba- de más complicado pronóstico.

Al inicio de la entrevista, el Dr. J. empieza por explicarme la distinción que desde su paradigma se establece en la forma de conceptualizar la enfermedad mental, marcando distancia con las lecturas APA-DSM-IV de construcción de la enfermedad mental:

Més que de trastorns, jo et parlaré des d'un altra perspectiva, i que te a veure justament amb la distinció que fa la psiquiatria clàssica entre neurosi, psicosi i perversió. Tots aquests tres grans quadres clínics no són res més que la posició que una persona pren en relació al seu cos i en relació als altres. Per això et dic que no és el mateix parlar de psicòtics, persones psicòtiques, que parlar de trastorns, vale? Evidentment això es una qüestió d'escoles, de forma d'entendre la psicopatologia...és veritat que dels anys 70-80 cap aquí hi ha una tendència

molt creixent a patologitzar determinades conductes. Tú obres el DSM-IV i allò és un vademécum, un llistat exhaustiu. I clar, això també té a veure amb una política determinada a nivell sanitari, serveix com per “estructurar” d’una determinada manera el ser humà, i que està allunyada de la comprensió integral, la comprensió psicoanalítica de l’ésser humà...

Le pregunté específicamente si había observado, en los últimos tiempos un aumento de la demanda de atención sobre autolesiones y si había percibido diferencias de género en relación a la prevalencia y a la causalidad:

Indirectament, indirectament si. Si que és cert, és veritat, que són més les dones les que venen a la consulta “expressant coses amb el cos” i jo crec que l’arrel està en que les dones tenen una relació amb el cos diferent que els homes...les dones están més en el cantó de “valorar l’amor de l’altre” i els homes están més en el cantó “d’obtenir algo de l’altre”. Llavors la posició que te la dona es més fràgil, més vertadera també, en quant a la possibilitat de veure’s arrastrada, està més pendent de ser estimada, de ser valorada, de ser tinguda en compte per l’altre, m’entens? Juguen aquest paper...que les pot col·locar també com a “objecte de l’altre” i aleshores el difícil equilibri entre homes i dones està certament en això...

La vinculación de este tipo de acción, que aquí el Dr. J. dice que puede tener múltiples presentaciones y formas –bien autolesión, anorexia ó cualquier otra forma que tenga que ver con expresar cosas con el cuerpo-, tiene su origen en la histeria.

La dona histèrica es això. La dona histèrica es la que rebutja ser objecte de desig de l’altre i en canvi vol ser objecte d’amor. Vol ser estimada independentment de ser desitjada... (*però desitjada en quin sentit?*)... desitjada en el sentit libidinal del cos. Sexual. De sexualitat. Per això hi ha més dones que cauen del cantó de l’anorexia...o determinades formes que són més femenines...(perquè... *l’anorexia també seria una forma d’histeria?*)... podria ser-ho, és el que t’estic dient. Perquè clar, dins de la psiquiatria es parla d’anorexia, però clar...que es l’anorexia? Si és una persona que no menja, es una persona que rebutja el menjar, però l’interessant és que si tu vas cas per cas per veure perquè aquella persona nega o rebutja el menjar, descobriràs que hi ha una relació particular amb el seu cos, amb l’altre, amb el menjar, amb la mare...

En relación a la anorexia, que es donde ha visto más casos de autolesiones, él da la siguiente interpretación al hecho de “no comer”:

Si t’ho prens pel cantó de la histèria, l’anorexia és el rebuig de la de la mare en la mesura que la mare confon l’objecte d’amor amb l’objecte de desig. Es a dir: la majoria d’anorèxiques que cauen del cantó de la histeria tenen una posició de

“no vull el que tu em dones” perquè tot el que tu em mostres no és una mostra del teu desig, eh? L’únic que fas es atiborrar-me, em cuides, estas a sobre meu, em dones de tot però lo que jo vull de tu no m’ho dones. Per més que m’alimentes i em cuides constantment, el que jo vull de tu, que és el teu desig, això no m’ho dones. És diferent l’anorèxia que cau del cantó de la psicosi, que es més heavy, perquè allavorens és la vivència d’un cos estrany. Saps? I l’interessant d’això es com es parla del cos, a través del no cos, no? Perquè a lo que arriba l’anorexia és al res, al resto. Hi ha psicosis anorèxiques que parlen de com donar-se un cos des del buit. Però evidentment això és impossible. Per això és tant greu l’anorexia quan és psicòtica, no? Perquè el psicòtic té la vivència d’haver-se quedat plantat. “A mi m’han abandonat, no?” Però no amb el sentit de que a mi m’han abandonat, sino amb el sentit de “a mi m’han deixat caure” M’aguantava amb quatre fils i un dia, puff. I vaig caure, choff. I allà des del terra, com es reorganitza el món? Perquè clar, per funcionar mínimament necessites alguns fils que t’aguantin que i que son “el sentit que tenen les coses” perquè tu formes part d’una família, perquè els teus pares volen de tu una cosa o un altra...i això amb pines s’aguanta però hi ha un moment que choff. I el psicòtic sempre parla d’algo d’això. Per això el cos del psicòtic sempre es algo estrany, no? Clar, les esquizofrènies tenen a veure amb això. Tenen a veure amb la manera de viure el cos de forma estranyada...”

Siguiendo con la histeria y su relación con las autolesiones explica que parten de la misma raíz:

L’autolesió podria ser interpretada com una crida d’atenció. Igual que la histèria. Lo que es important en la histèria es que somatitza símptomes del cos de l’altre. L’histèrica es això: una amiga ha tingut un disgust perquè el noi a qui estima li ha escrit una carta en la que li diu que la deixa. Un desamor. I li explica a l’amiga. L’amiga es capaç de viure el que viu pròpiament l’interessada...(però això en adolescents, no?) en adolescents i grans. La histèria no distingeix d’edats...i llavors es viure a través del cos de l’altre, en definitiva. La histèria es viure la vida de l’altre i experimentar a través de l’altre. La histèria sempre busca aliats. Busca gent a través dels quals viure les coses...la histèria està interessada en el desig, però no vol saber res de ser l’objecte del desig. L’únic que vol es despertar el desig escabullint-se del cos...

La interpretación que el Dr. J. le daba a la autolesión me pareció en algunos puntos interesante, sobre todo cuando hablaba del cuerpo como lugar de inscripción simbólica y cuando hacia referencia a los límites entre individuo y sociedad, sin embargo en ocasiones me resultaba complicado entender y seguir sus explicaciones.

En la entrevista le pregunté también sobre posibles interpretaciones de algunos de los símbolos -hadas y mariposas- que aparecen en las páginas web pro self-harm:

Es interessant això però pfff...no és el mateix una fada que una papallona. Allà on hi ha una papallona...bfff, que significa això? Es com fer el trànsit de l'infància a l'adolescència. En el cas que fos un tornar a néixer seria perillós. Per una persona neuròtica normal és veritat que l'adolescència és un trànsit i aventurar-se al que hi haurà. Per això l'adolescència és un moment d'impàs, no? Per això les conductes de risc, la vulnerabilitat. Per això et dic que no es el mateix viure-ho com un ritus de pas que com un tornar a néixer. Pel que fa al ritus de pas és com una motxilla, tu ets una persona i adquireixes un nou estatus. No és el mateix desdibuixar-se de l'ordre de la crisàlide, de canvi, de mutar, però això et dic que la papallona seria més del cantó psicòtic que neuròtic...

Otra de las cuestiones que me interesaba tratar con el Dr. J tenía que ver con la relación dolor-placer que podía generarse a través de la autolesión, aunque específicamente mis informantes no me habían hablado de placer, sí de “relax” y quería conocer cuál podía ser su interpretación:

Crec que hem de diferenciar...una cosa és el plaer, i el plaer és... “estar en plaer”, estar en un estat de plaer, estar en un estat d'equilibri, i bueno, per regla general les persones tendim al plaer però en la búsqueda del plaer, en la búsqueda d'aquest equilibri diem que hi ha per cadascú una certa tolerància al dolor, al desplaer. Cada un te uns marges de tolerància. Per això per lo que tu es plaer, per un altre pot ser dolor o desplaer directament. O...tu disfrutes menjant un bombó i l'altre diu: ecs! Quin fastig! A més a més en l'excitació l'objectiu es buscar el plaer, perquè la qüestió és: com després de l'excitació s'arriba al plaer. I es aquí on es barregen el dolor, el desplaer, el malestar, el sofriment amb el plaer. Però això depèn de cadascú, depèn de com cadascú tolera l'excitació, perquè l'excitació d'alguna manera és perdre l'oremus i el plaer es l'estratègia per recuperar l'harmonia. Hi ha qui ho porta, hi ha qui ho reprimeix, i n'hi ha que son empesos a formes autodestructives (...) L'excitació en si mateixa és autodestructiva, i si no ho és és perquè hi ha un coixí a través del qual es regula l'excitació. Si això no ho pots controlar es quan apareixen conductes autolesives de la persona que es fa pegar, que es fa maltractar, que fan rituals que són dolorosos...

Volviendo a la cuestión de cómo se “expresan o inscriben los malestares a través del cuerpo”, volví a preguntarle específicamente sobre la interpretación de la autolesión:

La base és la histèria. La histèria és això, és la vaga, la gandula, la que qüestiona l'ordre establert. Però en l'autolesió hi ha més coses a part de la histèria i que és el que t'has trobat en alguns dels casos que m'has explicat...avui la histèria es presenta com una vaga: baixes laborals, fibromialgia, depressions...davant de què? Davant d'una societat que et demana: has de produir, has de competir, la

histèrica diu: jo no. I l'Amo diu: no no, es que has de ser saludable, tenir bona presència, ser treballadora. I la histèria diu: Jo? Es una bala, sempre està qüestionant l'Amo. El discurs de l'Amo redueix tot això com a trastorns...però sobre tot això hi ha una lectura, que és la resposta histèrica al mateix discurs de l'Amo. No obstant com diu el mateix Lacan el problema es que el discurs de l'Amo s'ha traslladat al discurs universitari i ha contribuït a...banyar-li l'aigua a l'Amo. Estem en una roda en la que s'ha de buscar la manera de tractar les coses: ràpid, amb eficàcia i rentablement, i entre la rentabilitat hi ha els laboratoris farmacèutics al darrera. És a dir: molts dels projectes que es financen estan pagats per empreses farmacèutiques...i el que espera la histèrica es que l'Amo canviará, el que passa es que l'Amo es tant potent...Si la persona histèrica no asumeix la píndola, la histèrica qüestiona a l'Amo, i l'Amo li diu: prente aquesta píndola que t'anirà bé. La píndola vol que la histèrica canviï de discurs però només hi ha una forma a través de la qual la histèrica canvia de discurs. Si hi ha un signe d'amor la histèria canvia, sinó es queda amb l'Amo. La histèria només està pel desig, assumint la responsabilitat de la meva satisfacció buscaré eines propies i llavors ja no seré una histèrica, seré una dona de veritat...

Para el Dr. J si bien la histeria és una conducta associada a un modelo de feminidad concreto, los hombres reproducen el modelo de masculinidad a través de la potencia, a través del poder:

(Llavors si pel que dius la histèria és més de dones...que seria el propi en els homes?) L'obsessió, el poder. El tenir. L'home sempre tracta de demostrar que te potència. L'horroritza perdre la capacitat de poder, de potència sexual. A un home li pot preocupar molt l'impotència, a una dona gens. Hi ha coses diferents, no? Que no vol dir que a una dona no li pugui preocupar la frigidesa, no? Però no es un motiu de consulta massa freqüent. La frigidesa no preocupa gens perquè la dona es capaç d'estar en un acte sexual com un altre. En la relació de parella home/dona la dona ha de consentir ser l'objecte de l'altre, no? És una mica fer l'amor de forma digna, i fer l'amor en tots els sentits. Sobre això, hi ha una tendència a la brutalitat, per això la demanda de la dona de que se li presti atenció, que se l'escolti. Hi ha homes que no ho entenen això, que no saben escoltar. L'important és saber-se trobar. El que diu la psicoanàlisi sobre això es que els homes i les dones no es troben mai, vale? No es troben realment però es troben en la fantasia. Cadascú és una espècie d'exiliat i el fet de recuperar algo del propi exili te a veure en la manera com cadascú busca parella. La fantasia és el que va construint l'itinerari i per això és important saber quina es la pròpia fantasia. El seu propi ideal de lo que un es i el propi ideal de l'altre, que mai arribarà a existir...

Para el Dr. J., el “hecho de ser responsable” equivale al hecho de aceptar –en términos freudianos- “la castración”

Baix el meu punt de vista el fet de ser responsable equival d'alguna manera al fet d'acceptar la castració i és veritat que el món en el que vivim ens ven tot lo contrari: tu seràs feliç bevent coca-cola, tenint una tele de plasma...i la societat de consum fa creure que hi ha una satisfacció possible. Per això la gent busca arribar a aquesta satisfacció a través del consum. Freud, a "el malestar en la cultura" diu que no hi ha diferència entre la psicologia individual i la psicologia col·lectiva. Això és algo que la psicologia no entén... el col·lectiu està en cadascú i no hi ha diferència entre la psicologia individual i la col·lectiva. Això es algo que la psicologia no entén. Que la sociologia no entén! El col·lectiu està en cadascú i no es pot diferenciar, establir una franja: fins aquí es lo individual i aquí comença lo social. La psicologia això ho separa i per això diu: hi ha gent sana i hi ha gent malalta. Aquí estan els bons i aquí estan els dolents...

La entrevista fue una auténtica lección de psicoanálisis lacaniano pero me perdía en numerosas ocasiones. Me quedé con algunas ideas que pensé podían resultarme útiles para el análisis.

- 1) Su lectura del cuerpo como "lugar para la inscripción simbólica": como espacio en donde algo que no se puede expresar de otra manera se manifiesta a través del cuerpo.
- 2) El discurso medicalizador del Amo
- 3) Los límites del individuo y la sociedad, muy ligado a lo que llamaremos nosotros como narrativas de sufrimiento

4.1.4 Acceso al *Instituto de Salud Mental*

A principios de enero de 2008 y gracias a la ayuda de L., una profesora de la URV, me puse en contacto con el Dr. L., director del Instituto que gestiona buena parte de los dispositivos en salud mental del área de Tarragona. Era consciente que mi trabajo debía nutrirse en buena medida de los relatos y las experiencias de jóvenes en tratamiento y esto solo podía ser posible haciendo trabajo de campo en una unidad infanto-juvenil especializada.

La profesora L. fue quien me facilitó el teléfono del Director del Instituto. Lo llamé justo después de las vacaciones de Navidad. La impresión fue buena, positiva, y acordamos que le mandaría un correo electrónico solicitándole formalmente una entrevista.

Esta vez cuidé mucho las formas: redacté en papel con membrete una carta de presentación, hice una nueva versión del proyecto⁶⁶, redacté consentimientos informados para menores y familiares y mandé también el guión de las entrevista para los jóvenes.

Quedamos al cabo de una semana en uno de los pabellones del antiguo hospital. Pese a tener el Instituto tan próximo y ser un edificio tan emblemático nunca había ido a visitarlo. Estaba nerviosa. El recinto era una maravilla, una obra de arte. Precioso. Aparqué el coche cerca de la entrada principal del hospital. En la puerta de acceso una señora me preguntó dónde iba, le dije que había quedado con el Dr. L. Me dijo que esperase, lo llamó y entré. Me esperaba en la biblioteca. Mientras iba andando uno de los internos, de unos 45 años, me preguntó si le podía dar un cigarrillo. Tuve una sensación extraña. Me acordé del *stultifera navis* (2006) de Comelles. Le dije que no. Debí andar unos 250 metros hasta llegar a la biblioteca. Por los patios había internos y trabajadores paseando. Dentro de la biblioteca me esperaba el Director. El Dr.L. tendría 65 años, delgado, pelo y barba blanca. Llevaba traje, sin corbata y una copia del proyecto en la mano. Me hizo pasar a la sala de formación. Primero habló él, me relajé bastante. De entrada no hablamos sobre el proyecto, me describió los edificios que había ido viendo a izquierda y a derecha mientras subía con el coche. Me explicó también los distintos pabellones y las diferentes áreas que hay en el Instituto, lo cual me permitió situarme en los diferentes dispositivos que gestionan. El Dr. L. me comentó que en el Instituto hay 4 áreas. Está el área rehabilitadora, el área de hospitalización, el área de psicogeriatría y el área de comunitaria. Cada una de estas áreas tiene servicios y unidades especializadas. En el *área rehabilitadora* por ejemplo hay una parte sociosanitaria, otra residencial, están también los subagudos –que son los que llevan un promedio de seis meses de ingreso- y por último la alta dependencia psiquiátrica formada por “enfermos que pueden llegar a estar hospitalizados hasta dos años, prácticamente porque necesitan otro tipo de recuperación de la que normalmente se hace”. El *área de hospitalización* aguda está centralizada en la clínica psiquiátrica universitaria:

⁶⁶ Después del fracaso de la primera experiencia modifiqué, a propósito, las hipótesis y objetivos del proyecto inicial. Si bien en el primer proyecto hablaba de las autolesiones desde una doble perspectiva, desde una visión performativa del cuerpo y como lugar de inscripción simbólica del sufrimiento. En el segundo hablaba básicamente de sufrimiento corporalizado.

En hospitalización aguda hay 3 ó 4 núcleos, uno que es el de agudos, que son enfermos que hay tenido una crisis por lo que sea y están una media de 8-9 días y que después se van a su casa. Después está la unidad de crisis del adolescente (UCA) que son los mismos, la misma crisis pero que está relacionado con la edad, partiendo de que son menores de 18 años y que tienen otro tipo de necesidades. Es un servicio que está diferenciado. Y después está la unidad de patología dual. La patología dual la presentan aquellos enfermos que además de tener un trastorno psiquiátrico tienen una adicción a una droga. Estos enfermos requieren de una solicitud previa a su ingreso.

El área de psicogeriatría y por último el área de comunitaria.

Dentro del área de comunitaria están los CSM de adultos, los CSM infantojuveniles y los centros de día. Los hospitales de día a pesar de estar fuera del recinto hospitalario pertenecen al área de hospitalización. También hay otras unidades externas que dependen del Instituto como la unidad de trastornos alimentarios (UTA), y tenemos 4 camas destinadas a hospitalización de psiquiatría en el hospital R, donde los psiquiatras que allí trabajan pertenecen al instituto, y enfermería y el personal auxiliar al hospital R

Después de la presentación, me dijo que había estado mirando el proyecto y que le parecía muy interesante la lectura que le quería dar al síntoma. Me dijo que sobre todo era importante que no me centrara solo en un trastorno y que fuese viendo los marcos en donde el síntoma estaba presente. También me señaló algunas de las cosas que debía modificar en el proyecto⁶⁷ antes de mandarle la versión definitiva. Mientras estábamos revisándolo llamó a la Dra. G, responsable de la unidad de hospitalización infantojuvenil, y a la Dra. V. responsable de los CSMIJ del área de Tarragona, y les explicó el proyecto, poniendo especial énfasis en que se trataba de un proyecto de investigación cualitativa. Llamó también al Dr. F. responsable de la UCA, pero no pudimos localizarlo. Quedamos en vernos una vez aprobado el proyecto. Terminada la entrevista el Dr. L me enseñó la biblioteca del Instituto que estaba en aquel pabellón y me dijo que si quería podía ir allí a trabajar o coger libros en préstamo. Lo que necesitase. Al despedirnos, acordamos que le mandaría una nueva versión del proyecto.

⁶⁷ Tenía que añadir un apartado de justificación que hiciese énfasis en la necesidad de realizar trabajo de campo en las unidades infanto-juveniles del Instituto. Debía añadir también un documento en donde me comprometía a entregarles, en el caso que fuese aprobado el proyecto, una memoria, y se me aconsejó también que sería pertinente añadir un punto de “consideraciones éticas” que hiciese énfasis en la cuestión de la confidencialidad y voluntariedad de participación en la investigación. La memoria junto con una copia de un artículo derivado del trabajo de campo en la Unidad de Contención del Adolescente fue entregada en julio de 2009.

4.1.4 Unidad de hospitalización infanto-juvenil

Un mes después de que me aprobasen el proyecto, quedé con la Dra. G, responsable del Hospital de Día infanto-juvenil. La entrevista tuvo lugar en su despacho. Después de hablar con ella por teléfono acordamos que le traería carteles y hojas informativas del proyecto para las familias y los chicos/as.

Al terminar la entrevista me di cuenta de que a pesar de que el proyecto había sido aprobado por el comité, ellos no me iban a facilitar los informantes, sino que al ser una investigación externa debían ser los mismos jóvenes los que se interesaran por mi trabajo (de ahí los carteles y las hojas informativas). A partir de su consentimiento, ellos me los derivarían. La verdad es que aunque tenía luz verde por parte del Instituto, advertí que tenía que superar otras trabas relativas a la especificidad de cada dispositivo y la mayor o menor afinidad con los profesionales. O sea, que tenía que ganarme a pulso el derecho de estar ahí.

Desafortunadamente, los carteles no surtieron ningún efecto. Llamé dos veces por semana para hablar con la doctora y ver si tenían algún caso para mí a lo que siempre me respondió diciéndome que me tenía siempre en mente pero que no había ninguno. No sé si fue casualidad, pero que en cuatro meses (abril-agosto) no apareciese ninguna persona interesada me pareció muy raro.

A pesar de que no conseguí informantes, pude realizar una entrevista a la Dra. G que me sirvió para tener una idea de las funciones del dispositivo:

El hospital de día es una unidad que estaría a camino de lo que es la hospitalización completa en UCA y el tratamiento en CSMIJ. Nosotros nos centramos en adolescentes, o sea que la unidad atiende a chavales de entre 12 a 18 años. Siempre nos vienen derivados desde el CSMIJ o desde la UCA, o sea que han pasado ya previamente un filtro de servicio especializado. Y nosotros lo que hacemos es cubrir aquellas situaciones de crisis que no pueden ser contenidas a nivel ambulatorio pero que se cree que en una situación como la que es el hospital de día se podría contener la crisis sin tener que llegar a una hospitalización de 24 horas. O sea que hacemos de bisagra entre lo que sería hospitalización completa y lo que sería ambulatoria...

En cuanto a los programas terapéuticos que se realizan en el hospital de día, la Dra. G señaló que en primer lugar se realiza una valoración del joven y de su familia mediante,

normalmente, 4 entrevistas. En función de las características particulares de cada caso se plantean el hecho de entrar en uno de los tres programas de convivencia

En el programa básico es cuando el chaval viene aquí de lunes a viernes, la actividad con ellos es de 9 a 15h y con ellos se hace una intervención desde el ámbito individual, desde el ámbito familiar y desde el ámbito grupal. Vale? Que serían como las tres patas en hospital de día y además hay también una intervención escolar. Tenemos una maestra en hospital de día que no supe al colegio pero que es la persona que los mantiene en contacto con todo lo que sería más escolar y la que hace toda la coordinación con los centros de enseñanza. Este sería el programa básico, el programa princess... Luego hay un programa que sería el programa de unidad de crisis, que sería un programa más intensivo de lo que se da en CSMIJ pero solamente a nivel individual y familiar. No entran en el programa de convivencia. No entran en contacto con los iguales. Entonces vienen varias veces a la semana porque se realizan entrevistas aquí al chaval y a la familia, entonces se interviene con ellos dos. Estos serían chavales que o no están en condiciones para estar en convivencia, aunque a veces podría ser que el objetivo final sería pasarlos a la convivencia, lo que pasa que a veces nos encontramos que trabajando en la unidad de crisis se estabiliza la situación, son chavales que tienen dificultades para dar el paso de estar en convivencia, bien sea por las características del chaval o porque debido a una mejoría ya pasamos a una etapa que no haría falta todo lo demás, entonces vuelven otra vez a CSMIJ o puede ser que sea una situación que no puede ser contenida aquí y entonces tengamos que hacer un ingreso de 24 horas. Nosotros nos movemos un poco o para un lado o para el otro en función del chaval. Y luego, por otro lado, están los chavales que están en tratamiento en los CSMIJ pero que vienen una vez a la semana a un grupo de palabra aquí. Se valora el grupo de iguales para poder trabajar cuestiones de la vida diaria, problemas que puedan tener en el cole, problemas típicos de la adolescencia, y entonces ellos vienen aquí los miércoles por la tarde a un grupo de palabra de una hora de duración. Pero el tratamiento sigue dependiendo del CSMIJ, siguen teniendo su terapeuta en CSMIJ i siguen siendo visitados en el CSMIJ. La unidad de crisis i el programa de convivencia dependen exclusivamente de nosotros. El psiquiatra de referencia está dentro del hospital de día o el psicólogo referente y el tratamiento se hace dentro de aquí. Pero en el grupo externo la dependencia es del CSMIJ...

El perfil de los usuarios de hospital de día está formado por adolescentes de 12 a 18 años con patologías “múltiples y variadas”. La Dra. G destaca cuadros muy variables que tienen en común el absentismo escolar como uno de los primeros signos que hacen saltar la alarma. Dentro de los cuadros que se atienden en la unidad habló de pródromos de brote psicótico, cuadros afectivos, crisis de ansiedad que no se puede contener a nivel

ambulatorio, trastornos bipolares, además de otros trastornos que debutan con alteraciones de la conducta: desde la hiperactividad, los propios cuadros psicóticos que pueden iniciarse con trastornos de la conducta, los cuadros afectivos y los trastornos de la personalidad.

En cuanto a la distinción de género en la demanda de ingreso al hospital de día, le pregunté explícitamente si había percibido diferencias en los cuadros (formas de presentación y conductas más frecuentes) entre chicos y chicas. De hecho, había leído más de un estudio cuantitativo en el que se señalaba la relación varones-conductas de riesgo-drogas-velocidad-peleas-sexo, y pensaba que quizá las chicas demandarían más por cuestiones de tipo afectivo-depresivo-ansioso. Para la Dra. G esta distinción no estaba muy clara. Me dijo que el género en este punto (relacionado con los motivos de demanda) no resultaría determinante.

Yo no diría que lo afectivo se da más en mujeres y lo conductual en hombres, eh? No está tan claro. La verdad es que aquí hay un poco de todo. Porque aquí por ejemplo en chicas...trastornos de la personalidad...que ahora me vengan a la cabeza, tenemos muchos TP con alteración conductual, mas que con cuestiones de inhibición, no? Me han llegado muchos límites que es una suma de toda la parte afectiva, y toda la parte de alteración conductual. Yo no creo que los varones tiendan mas a lo conductual. Diría que son ambos, eh? Sí que es verdad que la variabilidad entre chicos y chicas va cambiando en hospital de día. Por ejemplo en este momento tenemos un grupo que es principalmente masculino. Luego hemos tenido grupos que son principalmente femeninos y de qué depende? Pues no hay una causa que nos determine porque en unos momentos tenemos más hombres que mujeres o al revés. De la misma manera que es variable el número de pacientes que tenemos...

En relación a los casos que atienden por autolesiones, la Dra. G. señala que va “a rachas”

A veces de repente tienes 5 pacientes y se te autolesionan los cinco, como que no tienes ninguno. El verano pasado sí que tuvimos unos cuantos trastornos de la personalidad con bastantes problemas de autolesiones pero ahora...de los que tenemos en convivencia con autolesiones...mira, la chica que acaba de entrar hoy. Que es una chica con un problema de alimentación de base, que estaba en un servicio de SJ y bueno, aquí podría entrar. Porque ahora en este momento no hay una cuestión de autolesiones pero en algún momento las ha habido... y los demás, con autoagresiones...bueno, un chaval que inició aquí en hospital de día por un trastorno alimentario, un chico, y que al final después de muchas vueltas quizá estemos en pródromos de una cuestión más psicótica pero en este no hay

autolesiones. Y de lo demás que tenemos ya sobre autolesiones tengo una chica que está en unidad de crisis que es una chica que yo he visto en 3 ocasiones que es colombiana y...en la que parece que hay detrás un cuadro disociativo. Y que llegó aquí tras haber realizado un gesto autolítico con rasguños y tal después de una crisis emocional dentro de la familia y tal. Y sí que es una paciente que tiene detrás...unos 4 gestos autolíticos también en Colombia con ingesta de fármacos y alguna cosa más. Parece un cuadro disociativo pero la hemos visto solo en 3 ocasiones, eh? Nos la enviaron para contención de la situación esta autolítica, luego cuando venía aquí era como si nunca hubiese estado, vale? Era increíble...

Del caso de la chica colombiana, me interesaba saber a qué se refería exactamente cuando decía “como si no hubiese estado” y le pedí que me aclarara el término:

Es una forma de hacer. Pues que te habla de la autolesión como si te estuviese hablando de ir al súper a hacer cuatro compras y lo ha minimizado totalmente. Lo que pasa es que es una chica que tiene un discurso un poco peculiar. Dice que perteneció a una secta allí en Colombia, que...en determinados momentos dice que es real, luego uno no termina nadie de saber si es real o no es real...es un discurso que tiene que ver con lo cultural, que puede estar ahí, bueno, es un discurso que ya pone encima de la mesa de alguna manera muy mansista también las autolesiones y con mucho interés también en que tú entres en ese discurso y no entres en otras cosas. Y estamos ahí, lo que pasa que es una paciente que hemos visto en muy pocas ocasiones, y sí que está viniendo a algunas entrevistas y que sí que había esta cuestión de autolesión previa...

El caso de la chica que me explicaba me pareció muy interesante, sin embargo a la Dra. le pareció que era todavía pronto, “el caso es bastante grave como para poder plantear tu intervención ahora”.

Lo que va a pasar con esta chica no lo sé. No sé si será un caso para terminar planteando un ingreso en 24h. A mí el caso me parece grave, me parece muy grave. Pero dado el funcionamiento de la familia me parece que no llegaremos a poder hospitalizarla. Y por eso ahora trataremos de hacer una valoración psicométrica para ver qué sale, seguimos haciendo la contención, de momento desde que ha llegado aquí no ha vuelto a hacer nada y entonces este miércoles que tenemos reunión con el CSMIJ de R que es de donde es esta paciente pues comentar un poco el caso y ver para donde tiramos. Si vuelve otra vez a tratamiento ambulatorio ahí ya se verá o como lo hacemos, no? Lo que pasa que en el caso de esta paciente yo esperaré un poco hasta que pudieras entrar tú, no? Yo te puedo tener en cuenta pero estoy pensando que...claro, si nosotros detectamos un caso le tendremos que explicar al chaval y a los padres quien eres tú y que es lo que vas a hacer...

La entrevista duró una hora y media y concretamos que yo iría llamando un par de veces a la semana para ver si tenían nuevos casos:

Cara a que nosotros podamos ayudarte... o sea. Yo por parte del servicio no veo dificultad en tenerte en la cabeza y que cuando vayamos teniendo pacientes, pues mira: este paciente podría ser subsidiario de...esta es una información que yo puedo pasar al equipo y que luego yo puedo pasar a mi jefe, el Dr. F y la otra cuestión es: claro, como nosotros desde servicio trasladamos esto a los pacientes. Que es una cosa que queda aparte del servicio, que queda totalmente fuera del recurso como recurso sanitario... por eso yo creo que es mejor que sean ellos los que pregunten. A ver qué pasa...

Otro de los elementos que me gustaría destacar de la entrevista con la Dra. G tiene que ver con la posición de autoridad desde la que me hablaba. Creo que me veía más como una intrusa que pretendía entrar en su reino de taifas que como una investigadora. Por esta razón estoy convencida que la investigación en el hospital de día no terminó de cuajar.

4.1.5 Unidad de Crisis/de Contención del Adolescente (UCA)

Previamente al acceso a la UCA y siguiendo el mismo procedimiento que en el hospital de día, tuve en mayo de 2008 una entrevista con la Dra. K, psiquiatra responsable de la unidad de crisis. No pude registrar la entrevista porque no funcionó la grabadora. A la entrevista le llevé una copia del proyecto, un par de carteles DIN-A3 con el mismo diseño con emoticones que había utilizado en el hospital de día, una copia del guión de la entrevista y de los consentimientos informados. Al ser una unidad cerrada y como tenía la autorización por parte del Comité de bioética, la Dra. K. no me puso ningún inconveniente en el acceso. La única sugerencia fue que para no interferir en las actividades que se realizaban por la mañana, fuese por la tarde. Me dijo que por las tardes era cuando los chicos y las chicas tenían más tiempo libre y que yo podía sentirme mejor. Y así fue. Las tardes eran tranquilas, pero me impidieron ver la actividad que se generaba en la unidad por las mañanas. Esta fue la principal limitación del trabajo de campo en la unidad de contención.

Normalmente llegaba al centro a las 16h y estaba hasta las 19h. La observación se realizó tres días a la semana durante los meses de junio, julio y agosto, normalmente los lunes, miércoles y viernes, a excepción de las dos últimas semanas de agosto que no fui. Cuando entraba en la unidad era el momento de la merienda, eso también estaba

pactado. Para entrar, debía ir primero a recepción, entrando por el edificio de hospitalización a mano izquierda. Me atendía un celadora/celador, a quien decía mi nombre y que iba a la UCA, ellos llamaban a la unidad, que estaba en la misma planta a mano izquierda, para que saliese la enfermera o el enfermero a buscarme. La unidad estaba cerrada. Lo primero que hacía al entrar era ir al control de enfermería. Allí dejaba mis cosas y si había tiempo hablaba con los enfermeros/as. Había enfermeros que me permitían mirar las historias clínicas y tomar notas, otros no. Si llegaba con el tiempo justo dejaba las cosas en el control (me insistieron en que no fuese con el bolso) e iba directamente al comedor. En el comedor (y en toda la unidad excepto en el control) había cristaleras. El comedor era muy luminoso y grande, de unos 45 m². Las mesas eran redondas, había siete. También había una mesa rectangular apoyada contra la pared (entrando a la derecha) en dónde dejaban secar y exponían las manualidades que hacían durante la mañana (pintura, figuras de barro, manualidades con papel de periódico encolado, etc.). Las paredes de toda la unidad eran blancas. En el comedor había turnos rotativos para poner y quitar la mesa. A Dragon Falcon⁶⁸, un chico de 17 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide y con el que coincidí mes y medio, le gustaba mucho poner la mesa y muy poco recogerla. Cada tarde trataba de convencer a las enfermeras/os y curadoras/es para que le dejaran hacerlo. El personal sólo accedía cuando le tocaba. Todos iban a una. Le pregunté sobre esto a una enfermera y me dijo que por las características de los chicos y de la unidad, el personal no podía dar mensajes contradictorios y los límites tenían que ser muy claros. Algo tan simple como ceder a poner siempre la mesa podía llegar a cuestionar la efectividad de todo el tratamiento.

La UCA es una unidad pequeña que atiende a jóvenes de 12 a 18 años en régimen de internamiento. Como unidad dispone de un patio en el que se pueden realizar actividades al aire libre (como jugar a básquet, pasear...). También hay una sala de estar con televisión, mesas redondas para leer o pintar y una mesa de pin-pon. Después está el control de enfermería con un monitor que permite ver las habitaciones y las distintas zonas de la unidad. El control está cerrado y tiene acceso a dos consultas. Las entrevistas las realicé en su mayoría en la consulta de la psiquiatra y en el comedor. Antes de entrar al comedor hay un espacio con una nevera, mesas y sillas que sirve de

⁶⁸ Me pidió que le llamase así

sala para el descanso de los profesionales. Todas las puertas, excepto las de las habitaciones, son con cristales y permiten ver lo que está pasando al otro lado.

Por la mañana los jóvenes se levantan a las ocho, se duchan, se visten y van a desayunar. Iris, enfermera especialista en salud mental y que hace cinco años que trabaja en la unidad, me explicó que la labor de enfermería a primera hora es la de supervisar las higienes.

Después de desayunar hacen el “bon día”. El “bon día” es una actividad que se realiza cada día y que está conducida por dos profesionales (terapeuta y co-terapeuta) en la que los jóvenes expresen su vivencia dentro de la unidad. Es un espacio y un momento que permite manifestar los conflictos (problemas con los compañeros o con los profesionales) u otro tipo de vivencias en el sí del grupo. Después del “bon día” se realizan actividades (de talleres, de psicomotricidad, etc.). Después la psicóloga y la psiquiatra hacen terapia de forma individual con cada uno de ellos. Durante la mañana también hay un espacio dedicado a la terapia familiar o con el tutor de referencia (en el caso de que los niños provengan de centros de acogida)

En cuanto a las actividades propiamente de enfermería en la unidad, Iris me explicaba que sobre todo ejercen una labor de soporte:

Infermeria som els qui els hi diem als nens: ara ves aquí, ara ves allà i com que es una unitat tancada que no poden sortir 24 hores sempre has d'estar controlant on están els nens i que están fent els nens, també per evitar que es facin mal"(...) "Treballem molt les habilitats socials. La infermeria treballa molt en tallers: taller de sexualitat, alimentació, higiene, saps? Sí, en tallers. Sobretot de prevenció de riscos. Perquè l'adolescent és una persona que sempre està al límit. Llavors tens que buscar molt la prevenció. Tant d'una recaiguda com que...una miqueta orientar. Necessiten orientació" (...) També fem supervisió les 24 hores. Medicació. Observació post ingesta. També supervises les visites, les trucades, Tot. Com va el nen, com es posiciona, quan ve la seva mare a veure'l...fas tot. Fas observació quan estan a sala de televisió, com mengen, si mengen, si no mengen, si es deixen el primer plat, per què, què fan amb l'aliment, si el separen, tu ets l'observadora, reculls les dades per treballar tant a nivell individual (que a vegades ho fem nosaltres) o, la psiquiatra, o la psicòloga perquè nosaltres, les infermeres i els curadors som les persones que mes estona passem amb ells. Normalment hi ha una enfermera o un o dos curadors. Llavors l'equip les 24 hores estem amb ells i som les persones referents per transmetre tota la

informació, i clar, si en aquell moment ha fet una conducta nosaltres som les que hem d'actuar, entens?...

En cuanto a las técnicas que se trabajan por parte del personal de enfermería, Iris me habló específicamente del *time out*:

Un exemple de tècnica de modificació de conducta que apliquem seria el *time out*, no? Tiempo fuera. Si donen un cop per exemple contra una cadira perquè s'han enfadat, doncs marxen cap a l'habitació en time out, i després el recuperem i llavors treballem el problema de perquè ho ha fet, perquè el que ha d'entendre el nen es que allò no està bé. Perquè clar, el problema amb aquests nens es que molts no tenen límits. No tenen horaris. Quan ingressen pues a lo millor han canviat l'hora de dormir, l'hora de menjar, dormen durant el dia, per la nit chategen, no mengen a les hores, i llavors la nostra tasca es organitzar una mica les necessitats bàsiques i els horaris. I quan organitzes una mica la base després poc a poc pots anar treballant lo psicològic. Perquè a vegades està tan desorganitzat tot, saps? Has d'anar organitzant com un nen petitet. Costa moltíssim que s'aixequin a les 8, que se'n vagin a dormir a l'hora que toca, saps? Que ells es tornin a organitzar el més simple, que són les menjades, el dormir, la higiene...que molts d'aquests no se duchan. Els adolescents de per si, sobre tot els nois quan ingressen i més encara quan es una psicosi, els psicòtics abandonen gairebé sempre els hàbits higiènics tant l'adult com el nen. Costa molt que entenguin les necessitats bàsiques: la higiene, les menjades, del rentat de mans, del rentat de dents, van abandonant lo bàsic. I quan es van estructurant lo més simple físic també veus com s'estableix una estructura horària i també psicològica. Bueno, poquet a poquet. Estan molt desestructurats a tots els nivells....

Iris apuntaba que la patologia más observada en la unidad son los trastornos de la conducta:

Actualment veiem sobre tot trastorns conductuals. Mira, si són 10 nens: 9 són conductuals i 1 és una malaltia greu (a veure, una malaltia greu seria una esquizofrenia, una psicosis, un primer brot psicòtic) moltes vegades un nen no ve amb el diagnòstic...ve amb una conducta aversiva, vale? Pot ser aversiva perquè dóna problemes en un centre de menors i no saben què està passant per què el nen pega, agredeix als tutors, als educadors, a tothom! I diuen: mira, no podem més, aquí algo passa i llavors ingressen en una unitat per sapiguer...o sigui, el ingrés en una unitat de psiquiatria infantil moltes vegades és per un diagnòstic i per saber que és realment el que està passant. Clar, normalment aquestes persones han tingut vides molt difícils i estan fora del seu nucli familiar i no ho porten bé, pero clar, a nivell d'educació en els centres d'acollida estan super saturats i fan el que poden. Hi ha un educador per no se quants, clar, fan el que poden. Les baralles aquests nens quan els treuen d'allà que és en aquell moment

el foc que tenen que no poden més i ens ho ingressen allà a nosaltres a vegades per claudicació de la red social, i bueno, a vegades dius: aquest tampoc és el seu lloc, no? Pero bueno. Això no vol dir que surti amb un diagnòstic, si que sortirà amb una etiqueta d'això que t'he dit: trastorn reactiu adaptatiu o...diferents tipus de diagnòstic que s'utilitzen en infantil però no amb una malaltia (...) Trastorns de conducta, tenim molts nens de trastorn de conducta que son molt agressius i actualment també moltes nenes que donen molts problemes al centre de acollida normalment o a una família. Quan comencen a pegar als pares es quan, oh! Salta l'alarma. Anda, i ara que ha passat? I normalment es als 12 anys. Perquè fins als 12 anys físicament no poden i llavors doncs primer se barallen i poden amb el crio pero després ja no poden i allí passa algo. Es trenca aquesta dinàmica que tenen ells que funciona entre "" perquè és molt disruptiva pero es funcional. I arriba un dia que es quan surten problemes socials...perquè algu es queixa, o perquè hi ha una demanda d'un profe o lo que sigui que es trenca a nivell funcional i a nivell social doncs es dona una senyal d'alarma. Pot ser l'escola, la família o un veí... i tant nens com nenes eh? tant els uns com els altres. Si, perquè hi ha molts nens immigrants i nenes immigrants. Nenes magrebines...que és lo cultural, no? Que no li deixen portar tot el que porten les altres nenes, s'escapen, s'escapen i consumeixen, consumeixen tòxics...fan tot el que no poden fer però encara més. Llavors la seva família encara menos ho enten, que son famílies que entre la cultura, entre que no saben que està passant o...entre que no es volen ficar el mocador i van ensenyant el tanga i pues arriba a casa i el pare li fot d'òsties i clar, la nena s'escapa, va a la policia, la fiquen en un centre d'acollida i es tot un cercle. Llavors clar venen, ai, es que me teneis mania porque soy magrebí, no? Sempre utilitzen l'excusa aquesta. I les nenes són també molt molt agressives. Molt. Pero més de pegar, saps?

En cuanto a las prácticas autolesivas, Iris marca una distinción a razón de género

Les nenes son més d'alimentació, que o vomiten o no volen menjar, o de pegar a les altres nenes i els nens. I els nens són...es barallen molt també però quan s'enfaden se donen cops de puny, cops de cap, saps? Les nenes per exemple en conducta autolesiva son més de fer-se mal d'una forma més linial, més...d'allò dels trastorns de personalitat límit. Algo que et puguin ensenyar, algo com a més bonic. I els nens son més de fractura: fractura de meta...saps lo que te vull dir? Com si també dins de la conducta autolesiva...hi ha també una conducta de gènere, saps? (riu) que dius...ho han après? Doncs jo crec que no. Els surt d'elles, i a una edat molt primària, no?...

La cuestión de la falta de límites de los jóvenes apareció reiteradas veces a lo largo de la entrevista.

La majoria d'aquests nens, molts d'aquests nens la meitat no tenen normes, ni límits, ni res de res, i allavorens aquests nens no saben i es deixen portar. I

abandonen tot. Perquè clar, el problema en infantil es la construcció de la personalitat, no? Estan en construcció de la seva personalitat, per això nosaltres a psiquiatria diferenciem el que es la personalitat del que es la malaltia. Es a dir, pot ser que entri amb un diagnòstic de trastorno hipercinético pero s'està estructurant la seva personalitat i no hi ha diagnòstics de trastorns de la personalitat a infantil, no s'utilitzen els diagnòstics de trastorn de la personalitat perquè no està la personalitat feta (...) I nosaltres diem que te rasgos. Aquest nen te rasgos pero no te malaltia, m'entens? Durant l'adolescència s'estructura la personalitat, i allavorens tu veus nens que dius...mira, aquest nen te rasgos de disocial, no? Aquest nen que sembla que de gran pot tenir una psicopatia, però de petit no pot tenir una psicopatia, m'entens? Pero li veus tots els rasgos, no? La mirada, la postura, l'agressivitat: jo mataria a aquest, jo mataria a l'altre, que maten animals...veus rasgos, no? Pero clar com que no tenen la personalitat formada doncs amb un nen sempre hi ha la porta oberta a la modificació, m'entens?...

A pesar de hablar de “rasgos”, no de diagnósticos ni de trastornos de la personalidad, apareció el debut de la psicosis en la infancia como algo que sorprende porque estan más habituados a ver trastornos que cursan con alteraciones de la conducta:

Tu a infantil pues si que tens malalts que tenen una psicosi a la infància, i es una malaltia que ja li veus el diagnòstic, el pronòstic, no? Pero al ser nens son més dúctils, perquè saps que cada vegada que faci una recaiguda dintre de la psicosi tens més possibilitats de quedar més defectuat, per tant com més aviat comencen amb la medicació més possibilitats tenen de quedar menys defectuats. Els esquizofrèncics després d'una recaiguda es queden molt deteriorats. Sempre que tenen una recaiguda es per abandono de la medicació psiquiàtrica, sempre. Gairebé sempre. Llavors amb infantil hem de tenir en compte en relació a no prendre la medicació: si es perquè no li han donat (per una negligència familiar), si és perquè ell no la vol prendre (que s'amaga la medicació)..pensa que nosaltres sempre tanquem les portes dels lavabos de mitja hora a una hora post ingesta, tant perquè hi ha molta conducta de trastorn alimentari, com perquè no vomitin la medicació I llavors a domicili tot això no existeix i no saps si vomita perquè no vol estar gros, perquè la medicació psiquiàtrica ara cada vegada evolucionen més però sempre hi ha com una obesitat, no? Tenen més gana....ingressen, llavors vomiten, i no sabem si és perquè no volen prendre la medicació o perquè no volen engreixar. I després també ens trobem que en l'esquizofrenia a l'infància tenen deliris molt bonics a vegades i doncs els agrada molt estar en aquell deliri perquè se senten algú per exemple. I quan li treus el deliri dius, ostres, mira: es que sóc petita, sóc lletja, i a mi no m'agrada ser així, a mi m'agrada ser una fada i viatjar per la nit i...saps? per la seva malaltia, no? Diu: ah! Es que jo...jo viatjo per la nit, jo me'n vaig, saps? Perquè jo tinc poders...i clar, si tu ets un heroi. I es el que et dic, has de saber molt bé que es el

que està passant perquè l'abandó del fàrmac pot afavorir que hi hagi una recaiguda. Perquè en aquest cas son per exemple els neurotransmissors, la dopa i tot això que està augmentat, i clar, si tu li ficas el fàrmac i després el deixa, doncs per això les recaigudes a vegades son una miqueta greus. Amb els adolescents no tant perquè son més maleables però amb els adults veus que costa més. A vegades proves un fàrmac, no va bé. Proves un altre, tampoc. A vegades es una combinació de fàrmacs...i les recaigudes en els adults son pitjors. Bastant pitjors...

La historia clínica, la “historia de vida” como le llama Iris, la realiza normalmente el psiquiatra y un coterapeuta. Los principales motivos que justifican la presencia de dos profesionales en la recogida de la historia son, en primer lugar, que cuando una persona está en situación de crisis no saben como va a reaccionar:

perquè a vegades ens han dit: si la meva vida m'importa poc la teva m'importa menos...Es que tens de tot, clar, perquè quan veus una peli i dius: mira, l'Hannibal Lecter, un psicópata, jaja. Si tens davant un psicópata te dic jo que t'agafa un cangueli impressionant, per la mirada, per la postura, per tot. Y també per curar-te les espatlles a nivell judicial, que no puguin dir “m'ha tocat, m'ha pegat, m'ha fet això...” ja se sap.

En relación a las “figuras de poder” y el papel del psiquiatra como entidad que lo representa, Iris destacó su importancia por dos motivos. En primer lugar porque muchos de estos jóvenes no tienen puntos de referencia, y en segundo lugar por el hecho que este reconocimiento (por parte de los jóvenes) puede ser utilizado como alianza terapéutica:

A infantil, el nen necessita figures de poder. Igual que el nen necessita una figura de poder: un pare, una mare...no? El nen necessita un referent. Un referent que tingui poder perquè ells veuen que el psiquiatra te poder. Per què? Perquè li dona l'alta. Només per això moltes vegades. Diu, jo estic aquí dins i tinc que sortir. Com tinc que sortir? Doncs perquè aquest senyor em donarà un paper de sortida. No existeix la clau. Hi ha una porta tancada i ells en el seu imaginari creen figures de poder i d'autoritat. I això serveix també com a aliança terapèutica, saps? Perquè ell si veu que tu saps d'ell, que saps la seva vida, que saps el que li ha passat...serveix de que tu amb una mirada li pots donar un límit. Els adolescents necessiten límits. I t'ho agraeixen perquè no els han tingut mai. Quan li dones un límit al principi el tolera molt malament, i més una persona que no tolera la frustració però després quan entren dintre de la dinàmica i tothom ho fa, amb una disciplina, sense utilitzar crits, sense utilitzar cops, sense res d'això, doncs el límit amb una postura o amb una mirada o amb un gest, com que no ho ha tingut mai al final diu: ai, com m'agradaria a mi tindre això fora, no? Perquè

ells tenen límits amb un óstia, no? Li donen un cop, l'empotran, o un crit i ells no saben el que està bé i el que està malament. No existeix el be i el mal, es que ells t'ho diuen: es que yo no tengo ni norte ni sur...es que no sé, es que no sé lo que tengo que hacer, saps? Me'n vaig al carrer per entre cometes que m'eduquin, per conèixer, necessiten coneixement, i si ningú li dona ells busquen. Busquen el coneixement de la vida: com es fa això, com es fa allò...i si ningú li dona perquè a casa estan sols o perquè sa mare es una malalta mental, que també tenim molts nens fruts de malalties politoxicomanes, mares que estan a la presó, o pares, pares alcoholics...de fet hem ingressat pares a unitats d'aguts de nens que han vingut primer ells. Primer han vingut els seus pares i després ells per la gravetat de la malaltia, no? Perquè clar, si ningú diu res, si la societat no diu res ni ningú dona una senyal d'alarma doncs van fent, no?..

Iris ha constatatado casos de autolesión en niños/as de 7-8 años:

quan venen a urgències te porten desde els 7-8 anys pero sempre quan són molt petitets són de pegar als pares, de mossegar, de mossegar els altres...llençar objectes...com a de una explosió de rabia. Nosaltres a urgències el que fem és mirar si les conductes autolesives son contra objectes, contra si mateixos o contra persones. Nosaltres el que hem de veure es si la ràbia la treuen contra els demés (això és important per saber com canalitzen la frustració, perquè el trastorn límit de la personalitat no tolera la frustració, no tolera el "no", i quan te un nivell molt alt de frustració mmm surt cap a fora com una conducta agresiva. Pot ser heteroagresiva contra objectes, heteroagresiva contra persones (que és quan peguen els pares o les persones que estimen) i autolesives o autoagressions, saps?. Heteroagressives contra objectes o persones o que es peguin ells (autolesions) o que es peguin, que es mosseguin...i llavors el que es fa es especificar una mica cap on va la rabia. Això per nosaltres es molt important, perquè si són persones agresives contra els demés, cal tenir-ho en compte en el moment de l'ingrés perquè solen ser molt agressius contra el personal, doncs com a protecció.

En las entrevistas tanto dentro como fuera de la unidad habia detectado casos de situaciones de abusos en la infancia. Le pregunté específicamente sobre situaciones de abusos y si ella pensaba, en base a su experiencia, que podia existir una correlación

Si si, tens raó, molta historia d'abusos acaba amb autolesió i veig també molta historia d'abusos amb politoxicomania a patologia dual. Molta. Que tenen totes, com és patologia dual tenen trastorn de la personalitat límit o inespecífic amb consum de tòxics. Molts. Bé molts, gairebé tots. Perquè jo tinc 22. Des 22 moltíssims són de trastorn de la personalitat límit...en relació a les històries d'abusos si que és cert que a vegades la persona no sap exactament que ha passat, però arriba un moment per edat que saps que algo ha passat. Que a lo

millor no és un abús sexual, sinó que és un abús com a més insinuat o com a més abús de tipus psicològic. Que m'han fet fer això, o m'han fet fer allò...saps? hi ha molts tipus d'abusos. A infantil, que també hi ha un codi hi ha diferents tipus d'abusos. No només existeix l'abus sexual. Allavors durant l'entrevista, o al llarg de l'ingrés la persona va reflexionant de dir: óstres, jo tinc algo aquí, no sé que és, i quan va pensant descriu l'episodi, va fent com una pel·lícula i et descriu com si tú estessis a dins de l'acte, no? I te pregunta...això que pot ser, no? I te descriu l'acció d'un pare o d'una mare. Pues yo quan venia del cole, pues tal i qual o yo quan me duchava...vull dir, pot ser que ella no sapigui pero sempre ho te guardat i surt, aflora en algun moment. A vegades no de la entrevista per si del cinquè ingrés...a vegades et diuen: mira, que he estat pensant en això i en allò i...si si, hi ha bastantes històries d'abusos. No només sexuals, sino abusos de...i sobretot molta negligència. Negligència tant física (que pot ser que no li donin de menjar), psicològica i negligència a nivell que un pare ausent fa molt de mal, fa molt de mal...

Iris señala que en la mayoría de casos que hay un diagnóstico o “presencia de rasgos” de trastorno límite hay similitudes en cuanto al perfil de los jóvenes:

A veure, tots tenen un perfil. Que no toleren la frustració, no toleren el no...acudeixen a la conducta autolesiva perquè no toleren la frustració, no toleren el no...molts d'ells tenen trastorns de la personalitat inespecífics però que amb els anys acaben amb trastorns de la personalitat límit. I dintre de la conducta autolesiva, la noia és més de tallarse, és més de trastorns de l'alimentació, però actualment veig molts trastorns de la personalitat (nois) que també acudeixen a l'alimentació i la conducta autolesiva és molt més de fractura, no? Quan se foten cops, són de cops de puny. Quan fan esport, és de 5000 abdominals, fins que se fan una contractura cervical, m'entens? Es allò de dir: ostres, sembla un vigorèxic, no? Es allò de dir: ostres què està passant...i les noies són més: tinc que perdre pes doncs vaig i vomito, i el noi és més. Dintre de tot hi ha una diferència pero bueno, hi ha rasgos que els veus i estan calcats. Sobretot el tema de la frustració. Ells volen “el aquí y el ahora. El aquí el ahora”. El ya. I si tenen d'esperar pues, pues no. I allavors molts d'ells acudeixen al tòxic com per evasió. Pues si és que no...com un kit-kat, no? Pues paro i torno a pensar d'aquí a una estona i, molts trastorns límits de la personalitat...bueno, en patologia dual són ingressos voluntaris i per tant se'n van quan volen, però claudiquen més les noies que els nois, marxen abans elles. No aguanten. I també moltes persones d'aquestes que no toleren el no, no toleren la frustració, etc, doncs clar, la situació actual, el que està passant actualment, doncs clar. Moltes d'elles són mares amb un nen en un centre d'acollida i t'expliquen: ah! Perquè el meu nen, el té la meva mare, o està en un centre d'acollida...però sense fer una implicació, sense fer un *inside*. No fan un *inside*, costa molt en el TPL més que en unes altres malalties, perquè el *inside* es que ells se donguin conte del que està passant

i que adquireixin part de responsabilitat. En tots aquests pacients treballes molt la responsabilitat, però de tonteries...pues si tenen un fàrmac, perquè es asmàtica, i té un fàrmac a red externa, es a dir a casa seva, i li dius: has de dir-li al teu home a la trucada que porti el fàrmac. Ai, se m'ha oblidat! Però no és el teu fàrmac? No és la teva malaltia? Vull dir que ni en això, vale? No adquireixen responsabilitats, desde les coses més trivials a les coses més importants...(...) Actualment en infantil no es diagnostica es diu, te "trets de personalitat límit" te trets de tal, pero tothom ho veiem, no? Ostres, serà un futur tal, serà un futur TPL, de fet ara que ja portem 5-6 anys amb ells veiem l'ingrés en adults i veiem en que han acabat, no? I si han acabat en un TPL. I actualment hi ha nens a subaguts, nens amb ingressos d'1-2 anys amb "alta dependencia psiquiatrica" que eren nens de la UCA i son TPL...

Específicamente sobre autolesiones corporales Iris ha visto muchos casos "n'he vist a admissions, n'he vist a urgències...a tot arreu n'he vist. He vist molts casos i es que de TLP en veus cada dia, cada dia. Es molt prevalent. Clar, després de tot això quan veus un brot psicòtic dius, uala, no? que si que es molt fort per la familia i tot això, no? però dius uala que pasada!" En relación a la interpretación de la acción autolesiva Iris señala:

Tots, que són molts, em diuen que és una forma de treure la rabia interna, que no saben que li passa ni saben perquè, però que necessiten fer-ho perquè no poden més. I t'ho expliquen molt bé. Es que jo no puc més. I tots coincideixen en dir que no saben el que els hi passa. Es que no t'ho puc explicar. És algo, és algo i ho tinc que treure, i és com una rabia interna, no? I de fet coincideixen tots, no? Es que de fet es molt clar. Com a una consigna. No sé que em passa, tampoc sé que vull jo amb això, ni la finalitat ni res però em faig mal. I quan se fan mal pues com un alliberament, no? Pero després t'ho ensenyen com una medalla. Que dius, Saps..? perquè de vegades al professional costa molt ser neutral, no donar cap resposta ni positiva ni negativa. Perquè si t'alarmes, potencies, i si minimitzes, també potencies, llavors en una conducta d'aquestes característiques es molt difícil saber que fer per tal que millori...on està el límit de l'alarma i no fer-li cas. Es difícil. Es la lluita del profesional.

En relación al abandono de este tipo de acciones a medida que uno se hace mayor, Iris dice que más que abandonarse se sustituyen:

Continuen continuen. D'un altra forma pero estan aquí, o les canvien per conductes de risc sexuals...pues ara me'n vaig amb qualsevol o les canvien per un tòxic, però no les deixen... si te fixes amb les noies amb TLP casi totes elles van amb el braç senyalat, aixó si que són més elles que ells, eh? I quan els hi plantejes que els hi pot quedar marca tant els hi fa, no els hi és aversiu. Diuen, pues vale. Els agrada i t'ho ensenyen com una victoria. Perquè jo a vegades els

he dit: fica't factor de protecció total perquè tal...i no, que va, volen la senyal. També es com una forma de...he passat tot això i no ho oblidaré en tota la meua vida. Es com a...es difícil d'entendre. És com una ferida de guerra i no ho vull oblidar, que a vegades també es contradictori perquè comencen de zero i volen oblidar tot, però veus que aquella ferida està més gran, o està més vermella...a infantil sempre es per rascado, amb les ungles, sempre lineal (i nens i nenas, eh?) i tenen tots els avantbraços...així com en els TCA és amb talls, doncs amb infantil es amb ungla i fan verticals i sempre es avantbraç i a vegades també que porten la costreta i se l'arranquen, amb el ritual aquest d'arrencar-se la costra...que dius...pero bueno, també treuen la frustració arrencant-se la costra...

Al final de la entrevista Iris considera que actualmente se está utilizando mucho la etiqueta de TLP y considera que

S'ha ficat molta cosa en aquest sac...per això jo crec que ara amb el DSM-V el que intenten es ficar molts petitets trastorns per intentar desglossar...pensa que en el DSM-V tot seran trastorns, llavors será molt difícil quedar fora, será molt difícil no tenir una malaltia. Perqué qualsevol conducta será...pot ser un diagnòstic. Més trastorns. Acabará tot en trastorns. Per exemple...trastorno de personalidad inespecífico. Ara tot es trastorno de personalidad inespecífico o trastorno adaptativo reactivo...al DSM-V suposo que saps que ja surt el trastorn autolesiu.

4.2 - Trabajo de campo en una unidad de contención del adolescente (enero-septiembre 2008)

A pesar de que los trámites para el acceso al campo se iniciaron en enero de 2008 no fue hasta el mes de junio que pude formalmente empezar el trabajo de campo en la unidad de contención. Mi idea era terminar el trabajo de campo a mediados de septiembre pero el comentario de una de las enfermeras de la unidad durante la primera semana de agosto hizo que me plantease terminar a finales del mes de agosto: "mira, que la Dra. K nos dijo que vendrías solo unos días, nosotros nos imaginábamos que una semana, y no te lo tomes a mal, que a nosotros no nos molestas, pero claro ¿cuando tienes previsto terminar? Es que si no tendremos que avisar que todavía sigues por aquí" El comentario me sentó un poco mal y me di cuenta de que quizá era hora de terminar. Más o menos ya había recogido los datos que necesitaba y a pesar de que no tenía muchos relatos con presencia de síntoma autolesivo consideré que dadas las circunstancias debía empezar a cerrar el campo.

En cuanto a la selección de los informantes, he de decir que no hice una selección de solamente aquellos que se autolesionaban, sino que entrevisté a todo aquel que quería y podía (por su estado) ser entrevistado. La justificación a esta decisión fue que si bien al principio les costó entender qué hacía una antropóloga (que creían que estudiaba huesos y catacumbas) en la unidad, al cabo de unos días les parecía divertido que les entrevistasen. Como apunte diré que ellos mismos hacían turnos para las entrevistas, aunque no siempre era posible seguir sus deseos, dado que era la enfermera quien decidía. Esto me sorprendió, y dada la buena predisposición de los jóvenes pensé que quizá sería positivo aprovecharlo. Algunos de ellos también pensaban (o por lo menos esto me dijo Dragon Falcon) que yo era quien dictaminaría si estaban preparados para el alta. Al principio no presté demasiada atención a su comentario pero luego, terminado el trabajo de campo, me di cuenta en la transcripción de las entrevistas que en la parte final de algunas aparecían comentarios como: “pero bueno, ahora ya estoy bien” “estoy mejorando” “me hice daño porque me quería matar, porque me sentía sola...ahora ya sé que no estoy sola y que mi familia me quiere mucho...” “estoy aprendiendo a calmarme, a controlarme”, etc. En cualquier caso tampoco sé del cierto cual era la percepción que los jóvenes tenían de mí, pero esta idea aparecía. Dicho esto en el siguiente punto trabajaremos con lo que llamaremos las narrativas de aflicción⁶⁹ de Roser, Lorena, Andrés y Mario.

4.2.1 Narrativas

4.2.1.1 La intersubjetividad como estrategia metodológica

En la introducción de un monográfico sobre *intersubjetividad* (2007), Marianne Vysma y Marian Tankin hablan de cómo la intersubjetividad, a pesar de no estar muy trabajada como herramienta analítica en investigación antropológica, está presente en cualquier momento de la investigación antropológica (desde el planteamiento del proyecto hasta la fase final de redacción) y tiene que ver con la posición que adopta el investigador con su objeto de estudio en los diferentes momentos del proceso de elaboración de la investigación. Siguiendo con la cuestión de la intersubjetividad y de acuerdo con Van der Geest (2009: 11) “the insight into subjectivity and intersubjectivity, as indispensable

⁶⁹ Definimos las narrativas de aflicción como los relatos que ponen de manifiesto la importancia de los factores sociales y culturales en la aparición/surgimiento de un padecimiento. El cuerpo, además de la narrativa, se utiliza también como vector que nos permite acceder a los mundos de experiencia (Good, 1994), a la dimensión vivencial-corporal-sentida de este padecimiento.

constituents of knowledge, is the soul of anthropological research...”. Es una cuestión que no podemos dejar de lado puesto que el campo no es aséptico ni nosotros resultamos asépticos tampoco al campo⁷⁰. Para nosotros la intersubjetividad nos ha resultado una herramienta muy útil precisamente porque nos ha permitido situar en todo momento la dimensión emocional de la investigadora en el campo.

Las narrativas de Andrés, Roser, Mario y Lorena, pacientes de la UCA, las encuadramos en lo que llamaremos “narrativas de aflicción”, y la riqueza de sus relatos radica en que nos permiten conectar microhistorias, mundos locales cargados, como veremos, de sufrimiento con procesos socioculturales y económico-políticos más amplios. Nuestra labor, aquí, es la decodificación de sus historias teniendo en cuenta las articulaciones de sus narrativas en su contexto. Nuestro procedimiento sería a la inversa del planteamiento de la psiquiatría clínica. Si bien como señala Good, (2003: 33) “la misión de la medicina clínica (...) es transformar los síntomas, decodificar las expresiones simbólicas del paciente en términos de sus referentes somáticos subyacentes” nuestro objetivo busca retornar la experiencia que el modelo de medicina clínica aísla en el individuo hacia el mundo social, y es que solamente desde ahí, solamente desde su contexto el síntoma puede ser interpretado y decodificado.

La riqueza del trabajo con las narrativas de nuestros chicos y chicas tiene que ver con el sufrimiento social del que hablan Arthur y Joan Kleinman (2000). Para los autores el sufrimiento social nos permite apreciar el modo como el universo social se mezcla con el self corporal demostrando que “la experiencia es innatamente social y que las experiencias de salud y patología son colectivas y culturales” (2000:17). En este punto las narrativas de nuestros informantes son sus relatos, sus experiencias tal y como ellos las han vivido. Somos conscientes que pueden ser parciales y que focalizan especialmente –sobre todo por el espacio en dónde son recogidas- en la vivencia de su sufrimiento.

⁷⁰ Hablamos específicamente aquí del uso de la intersubjetividad durante la observación participante y la recogida de datos, sin embargo reitero el hecho de que la intersubjetividad está presente en todas las fases del proceso de investigación.

4.2.1.2 Narrativas de aflicción

4.2.1.2.1 “Los *impulsos* de Andrés”

Diagnosticado de “trastorno del control de los impulsos”

Andrés tiene 12 años, nació en Sant Carles de la Rápita. A los 9 años se fue a vivir a Amposta con sus abuelos paternos. Hace un par de años que está en un centro de acogida, la madre tiene retirada la custodia y su padre vive en Italia con otra mujer. Tiene dos hermanos pequeños por parte de padre: “La meva mare viu a Tortosa però mun pare se va buscar moltes novies i se va buscar una novia a Roma i tinc un germanet...i ara te un altra novia que està embarassada de sis mesos ...i de la meva mare no tinc cap germanet. Els germanets que tinc son per part de pare. Per part de mare sóc fill únic...”

El motivo de ingreso al centro: “Al cole quan estava en ma mare anava a un cole de monges, i de petit me dien orellut i me tocaven les orelles i em feien de tot. Allavontes jo m’enfadava i pegava a les monges i de tot. Allavontes tenia 9 anys. Llavors me van despedir del cole i quan me van despedir me van deixar estar uns quants dies més i un dia me va vindre la policia al cole i me van dir: vols marxar en tuns iaies o et vols quedar en ta mare? I jo vaig dir en muns iaies, perquè si em quedava aquí en ma mare era: o en muns iaies o en un centre (*ara m’he perdut...*) pues que va vindre la policia i va dir-me si jo volia anar-me’n en ma mare o anar-me’n en muns iaies, jo vaig dir-li que en muns iaies perquè no era per anar-me’n en ma mare, era per anar-me’n en un centre. Allavontes jo vaig triar en muns iaies, perquè jo se que muns iaies m’estimen i...me compren algún caprichet i allavontes pues me’n vaig anar en muns iaies. Al principi deseaba estar en muns iaies però després trobava a faltar ma mare...”

El motivo de ingreso en la UCA: “Allí al centre me portava super malament. Es que quan m’enfado no me puc controlar, allavontes pues...no ho sé. Me sento una mica nerviós i tot, perquè...demà veuré a ma mare i tinc ganes perquè fa temps que no la veig, i jo pensaba que no la voria més, i quan surti d’aquí me n’aniré en muns iaies, i en muns iaies me sé relaxar. Me sé relaxar. I en ma mare també me sé relaxar però com que no aniré en ella, pues claro...això poquet a poquet...Jo en ma mare no m’he barallat mai ni ella s’ha barallat en mi, però m’avorria i, no sé, no sé...Ella me cuidava molt bé però jo l’espentejava...no sé, és com si no l’estimava. Allavontes me’n vaig anar en muns iaies i allavontes me feia pena perquè havia deixat a ma mare tot sola i un dia me va trucar plorant: “que ja ho has aconseguit, que no se qué”. I jo li deia “mama no penges, mama que ho sento, mama que tornaré en tu pronte”. I...no va ser així.” “Mun pare me truca i parlem bé...la relació la tenim bé. Pero en la mare no me dixer veure-la ni me dixer anar en ella. Si al menos me dixessin anar un fin de semana allí, allavontes mirar com va la cosa allí pos perfecte, pero si no me deixen com saben que jo no puc anar a casa de ma mare perquè me portaré malament o ella se portarà malament? Com ho saben? Encara no ho han provat. No ho entenc” “Jo aquí a la UCA m’avorreixo, se’n va anar una chiqueta i sense aquella chiqueta m’avorreixo molt. No chalo, no? Hi ha

una hora per a cada torn i no...no me mola estar aquí. En dos semanas marxaré. (...) Encara ara jo vull controlar-me però no puc. He de buscar una solució per a controlar-me (*perquè quan perds els nervis que passa?*) Que exploto i pego cops, i si hi ha algú que me chincha li pego un cop de puny i...no puc. I agafo cadires i les estampo i...(contra tu no, eh?) Jo no, als altres, jo vaig a per els altres..." (*que t'ha passat aquí al braç?*) "aquí? Una cremada i una rascada d'un gra. Es que quan jo tinc un gra m'arranco tota la pell, saps? (*i això?*) perquè me rasco, me rasco y quan m'ho noto ja estic. Tot arrancat."(...) "Jo ara mateix em trobo un poquet trist perquè tinc ganes de sortir d'aquí i tinc ganes d'anar-me'n en ma mare o si no en mun iaio, al centre no vull estar...(...) Pero també em fa pena marxar del centre, perquè allí està la meva tutora i tinc pena de no veure-la. Jo tinc pena perquè tots els que estimo se'n van..."

Los problemas en el centro de acogida venían dados porque: "A mi Ramón y els altres chiquets me chinen, me chinen, i allavontes quan ja no puc més exploto, i quan exploto ja no puc tornar a posar la bomba bé. Vull dir que quan me descontrolo jo no puc controlar-me. Me controlen poc a poc. I en estos poc a poc ja he fet una malesa que no tindria d'haver fet. I ara estem aquí buscant la manera de quan m'enfado controlar-me. Jo me controlo pintant, escoltant música o mirant dibujos i...aquí hem de buscar un altra forma. Perquè pintar no es pot pintar tot lo dia, mirar la tele tampoc es pot mirar la tele tot el dia i escoltar música no es pot escoltar tot el dia. Ara m'han dit que quan me sentigue nerviós o me chinen o me diguin algo que pegui la volta i que tiri endavant. Que ho eviti..." "Després també em passa que sóc tonto. Perquè mmm...per exemple me diuen: eic, fes això. I jo ho faig. Mmm per exemple, a vegades diuen coses i jo les dic en veu alta. Per exemple "gordo cagón" i jo dic cridant "gordo cagón" i a llavontes pues me les carregó jo. Allavontes ve el gordo que es diu Juan Carlos, me ve a pegar, m'espenteja i de tot i allavontes jo no puc soportar-ho, i allavontes li pego un cop de puny i el deixo estés a terra i ja la tinc liada..."

Recuerdos de infancia: "Quan era petit jo me'n recordo que anava a Calaceite, i allí vaig fer una novia, allavons jo era petit. Jo era petit i quan me vaig fer gran també hi anava. Hi anava un dia, dos, i allavontes i allavontes pues anava en muns iaies de part de mare. Allà tinc una cosina i aixòs...i....a Calaceite jugava molt, me divertia, i no estava pendent de enfadar-me, de agafar estos rucs. Diguessim que allí jugava. M'aixecava al dematí i jugava tot lo dia. Això a Calaceite. Tenia...màxim 9, màxim 9 anys. Estavem en una casa (...) A part del record de Calaceite tinc el record de muns iaies, tinc lo record de que me van regalar una moto. Quan vaig complir el primer any que estava allí me van regalar una moto. Una moto de bateria. I ja fa temps me van comprar un quad de gasolina. I també anava a nun puesto, a nun poble, a nun poble que...allí jugava i...feia de tot allí. Jugava en los gossos, jugava en...i mo n'anavem en una granja a cuidar tocinos. I...dormiem. Jo dormia allí de fabula, perfecte. Pero al final mos vam barallar en los amos d'aquella casa. Allavontes quan mos vam barallar ja no hem anat més (*en qui estaves a la granja?*) llavors jo estava en los iaies, jo anava en los iaies a tot arreu. A mi los iaies m'ensenyaven un munt, i encara m'estimen i...m'estimaran. I ells tenen un grup de motos que es diu toca toca la granota. No. Bueno, no sé. Algo de la granota.

I allí jo vaig aprendre a sentar-me en una moto de 3 rodes. Anavem en tot lo grup i un dia vam agafar un puesto, i en aquell puesto em vaig enfadar i me'n vaig anar a casa. Mun iaio se'n va tornar i ma iaia vigilant-me, bueno, cuidant-me. Allavontes.. Me vaig enfadar perquè volia dormir. I els avis me van agafar i me van portar a casa. I mun iaio va anar les motos perquè no se podia deixar la moto allí. Llavons tenia...mes o menos tenia. Màxim 9 anys, 8 ó 9...”

Jo altres records que tinc, a casa vaig excavar, allí en un puesto que hi ha terra i vaig trobar unes fustes antigues...domés de rascar se trencaven. S'havien d'agarrar poquet a poquet. També un dia me vaig trobar un altre dia una cosa antiga...de la segona guerra mundial. I ma iaia te una cosa antiga, molt antiga i jo li dic que ho porti a un antiquari i ella no, vol pintar-ho i ficar-ho d'adorno. Jo lo que d'aixòs ho vull portar però es que no se on t'esta. I les fustes les vull portar a veure quin valor tenen i...que més, un dia en una capsua vaig enterrar una cosa, com un anell en diamantets. El vaig enterrar baix terra i vaig fer un mapa i allavontes jugava a pirates, i allavontes fa temps lo vaig desenterrar, vaig obrir la capsua que estava tota humida i ho vaig trobar tot rovellat, i vaig dir, ja l'he cagat, perquè era de mun tiet. Es antic. I...que més. A mi m'agrada molt pintar i a casa meva tinc uns cuadros molt bonics. tinc uns quadros en un unicornio, en un pato...aquell pato de los huevos de oro. Pues tinc l'unicornio, el pato i la posta de sol. Es super bonic. Tinc un altre d'un cotxe tuning xulissim. I es antic lo cotxe. Posa el número i la E. Allavontes pos tinc lo primer cuadro i el mateix dia que me va picar una abella jo vaig fer un quadre abstracte, una cara abstracta, i que li picava al mig al mig una cara i...tenia mig un tros de cara diferent i mig un altre tros de cara. I...també tinc un cuadro de una barca. A mi me relaxe pintar. Anava a un que m'ensenyava a pintar. Tinc un d'un barco, del cotxe, l'unicornio, la posta de sol, la cara, i una llibreta en dibuixos en blanc i negre. I tinc una carpeta de quan jo era menut fins ara amb un mun de dibuixos que anava fent.

De mayor: “A mi m'agradaria treballar de lo que treballes tu, m'agrada ser arqueòleg. Arqueòleg m'agrada. No se de que treballes tu però arqueòleg m'agrada...”

4.2.1.2.2 “Mario, el macarrilla del barrio”

Diagnosticado de “trastorno disocial”

Mario tiene 16 años y nació en un barrio de Tarragona. A los cinco años sus padres se separan y se va a vivir con su madre. Su padre vivía en la Canonja, su madre en Torreforta. Con su padre se veían cada fin de semana “Con él me acuerdo que siempre íbamos a la piscina, a veces alquilaba alguna película y la veíamos en casa, siempre íbamos al bar juntos: a comer, a cenar juntos, íbamos a dar vueltas. Ahí tenía yo también un montón de amigos. Luego me acuerdo que los domingos íbamos a comprar ropa al mercao de Bonavista y luego ya por la tarde me dejaba en casa de mi madre: ahí tenía unos...12, 13 años”

Mario se crió con sus abuelos hasta los seis años. Actualmente vive con su madre, que trabaja de empleada doméstica (46 años), su padrastro con el que no se habla y que trabaja en la obra (41 años) y con su hermana de 6 años. Su padre murió hace 3 años.

En relación a los estudios: “Yo hice hasta cuarto de primaria y luego me pasaron a un curso de educación especial. Primero el curso este era en Tarragona y luego lo trasladaron a lo que es la laboral. El colegio bien, con mis compañeros me llevaba bastante bien, con los profesores también, aunque con algún me llevaba más bien que con otro pero por lo general bien. Alguna vez me han hecho enfadar, también he tenido peleas en el cole, algunos insultos pero...desde que terminé el colegio ya hace tiempo que no me peleo con nadie...”

En cuanto a hechos que le han condicionado señala: “A mí lo que si me ha marcado mucho es cuando salió un amigo mio de un centro de justicia, entonces este me influyó un poco mal, me inculcó y ahí es cuando ya empecé a robar motos y luego ya fue cuando a los 15 años me metieron en un centro de justicia, a los 15 años por robar coches y motos (*y...¿por qué robabas? ¿qué hacías con los coches y las motos?*) Nada, las motos me las quedaba y cuando no las desbalijaba y vendía las piezas y cuando los coches pues para ir dando vueltas y luego quemarlos. En una de estas me alcanzaron los mossos d’esquadra yendo pa Reus con el coche. Me alcanzaron los mossos y estuve detenido aquí en la comisaria de Reus 6 horas, luego vinieron a recogerme mis padres. Y como tenía miedo de que me pudiesen decir o hacer algo, pues me escapé (*pero, ¿por qué? ¿Tenías miedo de tus padres? ¿Te sabía mal?*) No, más que miedo, vergüenza, me avergonzaba de lo que había hecho aunque en el momento de hacerlo si no me cogían no me sentía nada avergonzao... pues eso, me fugué y estuve 4 días fuera de casa...y en esos cuatro días robé otra moto, y luego de los cuatro días ya me volví de la calle pa casa, al día siguiente tuve un juicio y volví a robar otra moto, y esa tarde me vio un vecino que le había robao la moto, y vino pa mi casa y entonces este vecino vino con la urbana a casa, la urbana me llevaron a Tarragona, de Tarragona ya me llevaron pa el hospital de Santa Tecla para que me hicieran una revisión médica y luego ya me llevaron pal calabozo. Estuve un noche en el calabozo, luego al día siguiente me hicieron un juicio rápido (*y la noche en el calabozo ¿qué?...?*) En blanco, estuve en blanco toda la noche. No lo recomiendo a nadie una noche en el calabozo. Estaba solo: tres paredes, una colchoneta en el suelo pa dormir y una reja. Luego ya me hicieron el juicio rápido y fui a parar al centro Els Tilers de Barcelona, y luego ya al cabo de una semana fui a parar al centre Les Alzines de Lleida y luego a los seis meses salí y volví pa mi casa, y de casa ya pa quí (*y en casa ...?*) En casa ya a lo último mal, porque tuve una fuerte discusión con mi padrastro y me tuve que marchar otros cuatro días. Con mi padrastro no me hablo, y con mi madre la relación es mala, pero lo que te he contao antes, que a veces discutimos bastante fuerte por el tema de la calle, dinero, son cosas que yo quiero y que ella no lo puede permitir. Ella se preocupa porque siempre estoy en la calle y no estoy con ella para nada. Esto es lo que me ha hecho arrepentirme, que paso más tiempo en la calle que con ella...Me arrepiento mucho de haberme portao mal con mi madre, sobre todo por el tema de las discusiones. Iba cabreao a la calle. Cuando

mi madre me cerraba la puerta y me decía “fuera” a la puerta de casa. Le decía “te voy a matar” “como te coja te mato”. Le pegaba fuerte, y ella se ponía a llorar. Mi hermana se metía por medio pero claro, ahora me siento mal por haber hecho todo eso delante de una niña de 6 añitos. Me arrepiento. Mi madre se intentaba defender también y me daba también...”

“En cuanto a la ropa a mí me gusta llevar tejanos ajustados y...me gusta llevar camisetas de tirantes, en blanco y en negro, los tejanos azules y bambas. A mí me gustaría parecerme a Jean Claude Van Dam. Está muy fuerte y sabe un montón de artes marciales. Me gusta mucho cómo pelea (...) No me cuesta hacer amigos, aquí estoy bien con todos menos con uno. Porque cuando llegué aquí dragon falcon le dijo una cosa de mí a otra persona y entonces fui y le metí un puñetazo en la boca. Le salió sangre de la nariz y le partí el diente. Bueno, le salía sangre por la nariz y sangre por la boca. Esto fue... el sábado de la otra semana, dijo algo que no me gustó. Le comenté algo íntimo, lo cascó, y pum, le di. (*y luego ¿qué hiciste? ¿Le pediste perdón?*) no le dije nada porque lo sigo odiando. Algunas veces me vacila y eso pero paso de él porque quiero salir cuanto antes de aquí. Con María, la enfermera, que a veces hablo, me dice que no me meta en líos, y yo lo hago para que no se me corte la salida”

Un día normal en casa de tu madre: “Me levanto a las 11, 12 de la mañana. Normalmente salgo de casa a las 22h y llego a las 9-9’30 de la mañana a casa. Toda la noche fuera. Yo no soy de dormir, duermo poco. Duermo por el día y salgo por la noche. Me levanto a las 12, duermo poco. Cuando me levanto pues me pongo un rato en el ordenador, si me apetece me pongo un rato a la play, y si no bajo a la calle. Bajo a la calle, si eso subo a casa a comer, como a las dos o así. (*¿Cocinas tú?*) No, la comida la deja preparada mi madre. Yo no sé cocinar. Entonces luego me echo un rato a dormir o voy al ordenador a escuchar un rato de música –la masía, máquina, flamenco- y luego ya si estoy en la calle subo, cojo, me ducho. Luego vuelvo a bajar, luego subo, ceno, y si eso ya me preparo, me arreglo para salir por la noche... (*y por la noche ¿a dónde vais?*) a robar por ahí normalmente o al puerto de Tarragona o si no a Pachá...”

En cuanto a los motivos de ingreso en la UCA señala: “pues...por el tema de que no paro nunca en casa, y aparte por violencia contra mi madre. Pero sobre todo porque no paraba nunca en casa: ni de noche ni de día (...) luego también por el dinero, porque estaba pidiendo dinero cada noche también y eso no podía ser, dinero pa mis gastos, pa pillar porros, cuando no coca, cosas de esas” (*estas bien aquí?*)”Pff...hombre, hay días que estoy un poco agobiao, me entristezco, me pongo a llorar...pero luego me vienen y entonces hablan conmigo y ya me empiezo a sentir bien...”

En cuanto a sus aspiraciones dice que cuando salga le gustaría empezar a estudiar un módulo de albañilería.

Las crisis de Lorena

Diagnósticada de Trastorno Adaptativo Reactivo

Lorena tiene 13 años. Llegó de Rusia a Catalunya hace 6 meses. Ha estado viviendo en Falset, Vinebre y la Torre de l'Espanyol. Desde hace dos meses está en un centro de acogida. Según me explica la enfermera su padrastro había abusado sexualmente de ella y viene al centro (UCA) tras un intento autolítico. Su madre tiene 41 años y su padrastro 29 ó 31, no lo sabe seguro.

Lorena tiene tres hermanos. El mayor tiene 21 años y luego tiene dos hermanastras de 8 y de 1 año.

Sobre los motivos de ingreso en la UCA dice: “me pensaba que no tenía a nadie y me empecé a querer matar. Mis compañeros del cole no me caían bien, entonces me enfadé. También porque pensaba que no tenía amigos, pensaba que no tenía familia, y me puse a escuchar música, y me puse una música muy triste. Entonces lloré, empecé a pensar en mi familia y en todo esto y sufrí una crisis, porque le había preguntado a una persona que cuando seguramente volvería a ir para casa, que cuando saldría de ahí y me dijo que después de dos años o no sé cuantos y me puse muy triste...”

En cuanto a los motivos por los que va al centro de acogida explica: “Vaig tenir problemes amb el meu padrastre, però bo. I llavors vaig decidir anar al centre per ajudar a el meu padrastre a que se ponga bien (...) porque él se emborrachaba y cuando se emborrachaba no se controlaba y...para que vaya al médico y todo esto pues la policía lo obligó, y pues ahora se trata y ya no bebe...”

Recuerdos de infancia: “¿De cuando era pequeñita quieres?...mmm me recuerdo cuando era pequeñita que mi padre y mi madre siempre se barallaban y mi madre me dijo que le quería cortar la cabeza y que por eso se separó de él. Y cuando era pequeña también me quemé con leche aquí en el pecho. Después mi madre se ajuntó con mi padrastro y después, mas o menos me fui a vivir con mis abuelos. Yo allí estaba muy bien. Me estimaban mucho mis abuelos... y allí estaba con mis hermanos, y después de pequeñita anava al campo, anava a buscar flores. Me gustaban mucho las flores. Me hacia coronas de flores y me las ponía en la cabeza...y me acuerdo que yo echaba mucho de menos a mi madre (*¿Por qué ella ya estaba aquí?*) sí, ya estaba aquí. Y yo me'n recuerdo que el diumenge anava al camp que havia muchas flores y de muchos colores, como roses pero sense pinchos, i me'n recuerdo que em posava amagada entre les flores i casi que no em veia ella, m'amagava (*reimos las dos*) i després...recuerdo que a mi madre la quería asesinar la madre de mi abuelo (*la madre de tu abuelo... ¿Por qué?*) pues no sé, tenía mucho odio contra ella. Suerte que ella estaba con un hombre ese día, porque si no la hubiese matado (*¿Esto en Rusia?*) sí...y quería matar també a un germà que tenia 15 el gran y al pequeño (*Y tu ¿cómo te has enterado de todo esto?*) porque mi abuela me lo ha explicat tot desde pequeña lo que li ha passat a mi madre (aha) també perquè se rompió las camas, també perquè su padre queria tirarla por el balcón del tercer piso (*i*

això? Perquè?) doncs no se, perquè s'emborrachaba sempre i li pegava també. Mi madre lo ha passat molt malament. Bueno cuando yo estaba també s'emborrachava pero yo cuando lo veía que estaba borracho lo que hacia era me iba al campo. Por la mañana me iba. Después me quedé con mi hermano mayor y mis abuelos y mi madre se ha juntado con mi padrastra. Entonces vendió la casa, una casita muy pequeñita que tenia para venir a España. Entonces trabajaba, trabajaba, trabajaba y ha hecho dinero y decidieron recoger a mi hermano pequeño primero. Yo me esperé unos años (dos años o tres) allí y luego vine. Me hice el pasaport y vine con mi madre. Y al principio bien, pero él no se podía controlar con la bebida pero por nada más. Pero ahora ya no bebe y espero que pronto pueda volver a casa (*entonces ahora con tu madre y con tu padrastra está tu hermano pequeño?*) sí (*porqué cuantos años tiene tu madre?*) 39 ó 41, no se. Y mi padrastra veinte algo. 29 creo...”

En relación a los puntos de inflexión en su vida señala: “Mira, pues...cuando mi padrastra me di cuenta que no se podía controlar yo pensé “no vamos bien, no vamos bien” entonces vi que no se podía controlar y acepté de ir al centro. Entonces desde ese momento ha cambiado mi vida. Para bien. Antes, cuando estaba viviendo en La Torre de l'Espanyol mal en casa, muy mal. Por eso decidí venir al centro, para que le obliguen a mi padrastra a ponerse bien. Ahora él está bien y solo espero poder volver a casa.... Yo ahora también estoy bien, antes me costaba expresar como me sentía, antes me sentía mal y no sabía lo que me pasaba y lo pagaba con toda la gente. Yo les decía que me dejasen tranquila, que no era mi culpa, que yo no estaba bien. Ahora estoy contenta, estoy feliz. Tinc de tot, no em falta de res. Yo sé que mi familia me quiere mucho y les he prometido no volver a hacer porque se enfadarían conmigo y no. Entonces también como estaba mal y yo no aceptaba que estaba mal. Tinc ganas d'anar a casa però aquí m'han ajudat molt tots. Els metges, les infermeres, tots m'han ajudat molt. Aquí les compañeres diuen que se senten ahogades. Dos meses no es fácil estar aquí, pero ellos se ahoguen muy rápido y se ponen nerviosos muy rápido y luego es cuando los lligan (*¿los lligan?*) si, los lligan cuando se ponen nerviosos, cuando se quieren hacer daño, para calmarlos...(*¿tu te has hecho daño a ti misma?*) sí, en el brazo y aquí en la pierna pero ya lo tengo curado... (*y...¿por qué?*) pues porque me quería matar, porque me sentía sola, pero ahora ya sé que no estoy sola, sé que mi familia me quiere mucho”

A pesar de que le pregunté en varias ocasiones sobre sus deseos de querer matarse, nunca le daba importancia y terminaba por decirme que “ahora estaba bien”, “que su familia la quiere” y “que no lo volverá a hacer”

Sobre sus aspiraciones, dice que le gustaría ser enfermera, aunque no sabe si lo va a llegar a ser nunca. También le gustaría ser cantante pero dice que no tiene la voz. Le gusta cantar en la ducha.

4.2.1.2.4 La autodestrucción de Roser

Diagnosticada de “Trastorno de la Personalidad Límite”

Roser tiene 16 años y vive en el pueblo de Santa Barbara (al sur de Catalunya) con su madre (48 años, trabaja en una pastelería) su hermana, su padre (49 años, es camionero) y su abuela. Roser hace dos semanas que está en la UCA. Esta es la segunda vez que ingresa. Previamente había estado en la UCA de Sant Boi ingresada 5 meses. Salió hace cinco semanas para volver a ingresar hace quince días.

Sobre el motivo de ingreso en la UCA: “doncs per problemes en la família, en los amics, en l’acohol també. Prenc molta medicació i quan bec alcohol em senta molt malament i la reacció que fa és molt violenta... Después también la meva parella, bueno, ex-parella, també m’influa malament. Robava diners a casa per a que ell es pogués comprar drogues i això. Ell i els seus amics, i no anava bé. No anava gens bé. M’importava més ell que la meva família...Li donava els diners al meu novio i pues ell i els amics se drogaven i tot això. Perquè la meva parella m’enganyava, me fotia el pèl. Es que me deia: pues si no tens diners no te vindré a buscar, me quedaré a casa, i res, jo com que estava enamorada d’ell jo com una loca buscant diners, buscant lo que fos perquè me vingués a buscar. I així he acabat...” “Allavontes quan vaig tornar de la UCA esta de Barcelona només fumaba porros de vegades i alcohol, sobretot alcohol. I bueno, lo dia que vaig ingressar va ser perquè estava molt descontrolada. I la gent m’ho notava però jo no ho volia notar. Jo estava contenta, jo estava bé, bueno, jo no estava bé però jo em pensava que estava bé. I bueno, vam escomençar a discutir. Ma iaia també es va ficar pel mig, a ma germana li vaig pegar i al final va tindre que vindre el metge. Me van punxar però no em va fer res. Estava molt nerviosa, cridava molt i me van fer les proves i va sortir molt d’alcohol. I ja va ser quan vaig vindre aquí...” “Jo me’n recordo que sortia de casa un divendres i no arribaba a casa fins el diumenge per la tarda, podia estar en varios tios en una nit. Anava molt colocada. Allavons muns pares es van començar a preocupar i a mi en certa manera em sabia greu i per això vaig escomençar a autolesionar-me, no m’agradava a mi tampoc el que feia (me ensenya los brazos. Tiene la muñeca y los antebrazos llenos de cortes y de quemaduras de cigarrillo. Tiene también inscrito “odio” en su antebrazo izquierdo. En la parte de atrás de su mano izquierda tiene una cara sonriente grabada y que se la ha marcado quemando la parte de arriba de un clipper...”)

(*I...normalment això ho fas sola, o estás amb gent...?*) “Normalment sola, però també m’ha passat que estant en els efectes de drogues, alcohol, llavors escomences a pensar en tot lo que te passa i dius: a veure a veure. I a lo millor em sentia tan malament estan al garito que estan en un sofà em sentia tan malament que escomençava a fer-me mal i els altres em miraven. (*et miraven i...que feien?*) em miraven i se’n reien. Dien “mira-la esta” està tota drogada. Igual a mi em feia molt de mal però l’altra gent se’n reia. Se’n reien “mira-la esta, està drogada, va borracha i mira lo que fa” i en realitat tu per dins saps que no està bé lo que estas fent i que no vols seguir fent-ho però ho fas. Després

quan arribava a casa em sentia malament entrava a l'habitació i escomençava a pegar patades, a pegarme cops contra la paret (...) al garito feia coses com que, no se, per exemple em sentava a terra i sense que ningú em digués res em posava a plorar. Es com que los teus sentiments que no els pots treure mai pues los crides allí. Los crides. Igual si per exemple hi ha al teu costat una persona a la que odies i no li has dit mai, pues quan vas drogada pots anar i dir-li tranquilament...”

Hace un par de años que Roser dejó de ir al Instituto: “A segon de la ESO m’ho vaig deixar. Fa un any o dos, es que vaig començar a estudiar, allavons vaig començar a anar amb gent que no tenia que anar i...bueno, vaig escomençar a fumar, drogues, alcohol i vaig deixar d’estudiar...L’any passat vaig deixar d’estudiar. Vaig parlar amb el director i li vaig dir que no aniria. El vaig enganyar, li vaig dir que havia trobat faena quan en realitat no era veritat (*I ta mare es pensava que anaves al cole?*) No, ella ja ho sabia. Ella em va dir: jo no et diré res perque se que faràs el que voldràs. Allavons vaig estar internada a Tortosa i allí tampoc, i al final me vaig cansar i vaig dir: lo seu seria acabar el curs però jo no vull quedar-me a dormir allà perquè no em portava bé. Vaig estar interna, en un cole de capellans. Quan vaig entrar estava molt bé, i vaig fer amigues i m’anava tot molt bé, després, com ja t’he dit abans, és que no sé mantenir-me, a la que dormia en mi li feia la vida impossible, en casi tots los chiquets tenia problemes, no problemes sino que m’insultaven, em deien coses, i jo al final li vaig dir a ma mare: mira, jo si vols aniré hasta que s’acabe el curs, aunque no faré res, m’es igual estar a Tortosa que estar a Santa Barbara sense fotre res. Perquè allà al seminari moltes vegades sortia de l’internat, deia que anava al metge i me n’anava pa Tortosa. Allà tenia uns amics, bueno coneguts, ruïns però coneguts. Pegant voltes pegant voltes els vaig conèixer. Eren gitanos (*I... com els vas conèixer?*) allà a prop del seminari está l’estació de tren. Jo m’assentava per allí a veure els trens que passaven i la gent. I de tant estar per allí, pues al final me van vindre: que tu qui erets? D’on erets? Així que quan estava a Tortosa anava en esta gent, i després quan estava a casa anava amb els altres (silencio) (*Bé, llavors quin va ser el detonant per buscar una solució?*) lo de consumir i tot això dius? si, consumir, drogar-me. Vaig estar a punt de chutarme a la vena. Vaig estar a punt però vaig dir que no. Fumaba caballo. Molt ruïn, però molt. Per allà per Tortosa se mou molt tot això. També m’agradava la cocaïna. Anava molt malament. Que ara me n’estic adonant que no m’ha servit de res. Ni anar en esta gent, ni fer el que feia ni...de l’únic que m’ha servit es que ells estan allí fent el que fan i jo estic aquí, mirant de canviar. Sobre el tema de drogues, normalment buscàvem gent que tingués cotxe per anar cap a València que la droga era més bona. Ho deiem així. I anavem a Castelló... a la discoteca ja de per si et donaven entrades i com que anavem ja tots malament, pues quan entravem a les discoteques et deien: vols això? Pues anàvem. No n’hi havia mai prou. A la meva ex-parella la vaig conèixer així, i encara que vam estar tres anys. I va ser una tonteria, li demanava a n’ell chocolate perquè ne passave i en la tonteria me va començar a agradar i ja me vaig enganxar. Ell tenia 18 anys i jo 14 quan vam escomençar a sortir...”

Recuerdos de infancia: “Jo l’únic record que tinc de quan era menuda ere que...mun pare i jo erem inseparables. Mun pare era tot. Jo me’n recordo que ell estava tota la setmana fora i quan arribava, estigués a la dutxa, estigués sopant, estigués on estigués, jo baixava pa baix per abraçar-lo, que encara no havia aparcat lo cotxe ja anava a abraçar-lo. Anàvem a caçar, quan anava al bar a prendre algo jo també anava en ell però quan vaig escomençar a anar jo malament em vaig inventar, no se per quin motiu va ser, em vaig inventar una cosa que, bueno, (abusos) i va estar en judici. I hasta que no vaig dir jo la veritat va estar a punt d’anar a la presó i...ja el vaig perdre. Allí el vaig perdre. Sempre cridava, arribava igual a les 4 del matí, ja quan anava mal la relació i el vaig perdre. Era lo mes important per mi. De menuda bé, estudiava molt, era molt bona chiqueta. Tenia les meves amigues, pero ja...vaig perdre tot el que tenia. A partir de sisè va ser. Quan vaig començar sisè, No se per què. Igual porque vaig escomençar a anar en gent més gran, i com que ells feien coses que jo no havia fet mai pues jo les volia provar i de provar estes coses m’està passant tot el que m’està passant ara. Jo ja desde molt menuda ja vaig escomençar a fumar porros i...coses així. Als 11 ó 12 (*i a casa teva no se n’adonaven?*) Home, me notaven molt agressiva. Molt que...no m’havien vist mai. Em van començar a notar olor de tabaco. Em van trobar paper de fumar a la motxilla de l’escola. I des de llavontes que ja vaig escomençar a anar al psicòleg. Me donaven pastilles i per poder beure i tot això no me les prenia. I vaig escomençar a no poder dormir, no dormia i segueixo tenint problemes per a dormir. Jo de menuda era molt bona chiqueta, en ma germana me portava molt bé, cosa que ara casi no mos parlem. En mun germà mos hem portat sempre bé i ara está molt enfadat, no vol parlar-me de moment. M’ha dit que fins que no vegi que sóc una persona normal i bé que no me parlarà. I bueno, no sé. A ma germana sempre li he tingut cels, perquè es més gran que jo. Pero estos cels he passat a vegades odiar-la, a vegades l’estimo molt i a vegades, es que no sé. M’agradaria no tornar-la a veure-la. No sé com explicar-te.(*has tornat a parlar amb ella?*) No, es que just abans d’entrar aquí li vaig robar molts diners que ella estava ahorrant perquè vol venir a estudiar aquí a Tarragona. I necessitava diners i li robava, també li vaig robar diners a ma mare. Van tenir que ficar una clau a l’habitació per a que no entrés i no sé, anava molt malament. I no sé, m’ha dit ma mare que ha parlat en ella. M’han dit des d’aquí que me deixaran trucar-la i estic esperant per trucar-la...”

Los amigos: “jo fa molt que no tinc amics, i quan sé que tinc un amic tinc el problema de que jo crec que...para tenir un amic a vegades esta persona vull que sigui com jo, o jo intento ser com ella, i aquí se desvia tot i acabo perdent-la. I a part lo caràcter, que sóc molt nerviosa, sóc molt impulsiva...”

Un dia en la UCA: “aquí dins? Pa mi, no se com explicar-te. N’hi ha vegades que només penso i penso, en mi, en los meus problemes, de vegades que no m’importa res, que l’únic que m’importa es sortir d’aquí i olvidar-me d’este puesto. Pero bueno, tampoc esta tan mal. M’aixeco a les 8, ens dutxem, jo dormo en dos mes. A les 9 esmorzem i després depen depen si está la terapeuta fem una activitat o pintem, juguem a pin-pon...”

Un dia normal en casa: “Pues igual me n’anava a dormir a les 3 o les 4 del matí, aunque estigués a casa me n’anava a dormir molt tard. (*I que feies?*) pues fumant a l’habitació. Quan se m’acababa el paquet de tabaco me n’anava, fos l’hora que fos, me n’anava en comprava un atre i tornava a l’habitació. I fumar, fumar, mirar la tele, molestar a muns pares en la música i per molt que vinguessin a llevar-me la música la tornava a posar. I no podia dormir ni res. I a casa es l’únic que feia, sola a l’habitació. No estava en la familia ni res. Sola. Quan estava a casa era el que feia però al final me passava el dia fora (*amb gent o...*) Depen, hi havia dies que sortia per sortir i sabia on aniria, i hi havia dies que sortia sense saber res. Fer maleses. Drogues, alcohol...encara que fos un dilluns un dimarts o un dimecres (*anaves a algun puesto?*) Si, aquí ni diuen local, n’altres li deiem garito. Mo n’anavem al garito i allí fumant sempre porros i altres coses, que ara ja no ho faig. Abans era a diari. (ara ja no fumes doncs?) No, aquí no podem, pero el tabaco el tinc aquí (se señala la cabeza). Mataria per un cigarro....

La relació en muns pares molt malament, mun pare no estava en tota la setmana i en ma mare molt mal. Cosa que me deia encara que fos bona jo molt mal, fatal. No sé, per exemple, me deia “Com estás?” I jo li deia “veste’n a la merda” aunque me digues un piropo. “que guapa que estas avui” jo agafava i li deia “si si” i a continuació li deia algo ruïn i tancava la porta, pegava una portada i me n’anava a l’habitació. I ma mare ja allavontes ja no sabia lo que fer. Vaig arribar al punt que un fin de semana vaig acabar amb molt d’alcohol al damunt que vaig acabar a l’hospital i a l’altre fin de semana no en vaig tindre prou i au, un altra vegada a l’hospital. I aquell dia ja va ser quan vaig dir: necessito ajuda. Me’n vaig donar compte i vaig dir: necessito ajuda. I allavontes va ser quan vaig estar ingressada a Sant Boi però no m’ha servit. Quan he sortit, cinc setmanes més i ja he tornat pa qui (però que va passar? vas tornar amb aquells amics?) Si, vaig anar amb esta gent i intentava no drogar-me, fumar sí, fumar sí que fumava però intentava no drogar-me. I vaig tornar amb l’acohol. Si vaig anar a Sant Boi perquè anava amb molt d’alcohol damunt i quan vaig sortir tots els problemes que he seguit tenint tenen a veure amb que anava amb molt d’alcohol damunt....”

“A mi mai m’ha agradat tenir normes, mai. A vegades m’ha dit ma mare: para la taula i ho he fet, però em sentia com a obligada a fer-ho. Igual tenia un munt de coses per damunt del llit i em deia: guarda-ho, i jo no ho guardava perquè no tenia ganes de fer-ho. No sé. Em sentia obligada. La meva habitació ma mare normalment me l’arregla. Jo la desmonto i ma mare me l’arregla i jo sempre pinto per la paret, no se...pego fotos. I l’altre dia quan va venir ma mare a veure’m me va dir: T’he comprat un suro d’estos. M’ha dit allí pintes, fiques fotos i tot lo que sigue (*I que pintaves?*) Tonteries, graffitis, no sé. Noms de les amigues, amics. Jo tinc alguns amics però els tinc fora del poble, este era també el problema. Sortia el divendres, i a vegades no em veia en cor de trucar i dir-li a ma mare: desperta’t i vine’m a buscar aquí a n’este poble. I allavontes ja me quedava tot lo fin de semana (Llavors ta mare no sabia on erets...) bé, jo ho feia per no molestar-la...”

“Sobre la situació a casa, mun pare sempre està fora, está fora tota la setmana. Arriba dissabte i el diumenge se’n va. Ma mare, pues, se’n va a les 3 a treballar, i quan se’n va escomenço a fer coses. O me’n vaig o porto els amics a casa. Ma iaia no s’entera de res. Tanco la porta, com que ella está una mica sorda, no s’entera. Ella es queda al menjador mirant la tele i jo pujo gent a l’habitació i estem allí fent lo tonto. En la música i tot. Tanco la porta del pis...”

“A casa jo m’he sentit discriminada, sí, en la familia, perquè sempre m’han comparat en ma germana: que si tan germana fa això, que si tan germana fa allò i tu fas això. Això no ho han fet mai ni tan germà ni tan germana i tu ho estas fent. A vegades penso: si tant los estimeu aneu-vos en amb ells i deixeu-me a mi tranquil·la. Pero bueno, sé que es preocupen per mi, perquè si no no es preocuparien tant per mi ni per quan vaig estar tant de temps a Sant Boi o ara aquí. Si no els importés no es preocuparien per mi.

En cuanto a sus aspiraciones dice que le gustaria estudiar un ciclo formativo de estética (*Per què estètica?*) Doncs no se, sempre he tingut la curiositat esta de saber maquillar a la gent, m’agrada molt...”

4.2.2 ¿Las conductas disruptivas como “problemas de salud” o como “problemas sociales?”. Las narrativas como puertas de acceso a los mundos de experiencia de los jóvenes.

Los “problemas de conducta” de Lorena, Mario, Andrés y Roser tienen en común que són interpretados por el modelo clínico como “trastornos”. Unos trastornos que para ser corregidos/reconducidos precisaran del aislamiento del joven en el espacio de la institución. En la institución se intentará restaurar a través de diferentes estrategias la conducta disruptiva ⁷¹ transformándola en una que resulte funcional para el sistema y así, después, devolverlos re-educados a sus correspondientes *local moral worlds*⁷². Nuestro análisis en este punto trata de poner de manifiesto la diferente interpretación que puede darse si consideramos las acciones “disruptivas” de nuestros informantes como problemas de salud, es decir sí le damos una interpretación individual a este tipo de acciones, o si los consideramos como problemas sociales, es decir, tratándo de dar

⁷¹ El término conducta disruptiva es frecuentemente utilizado para hacer referencia a las “alteraciones de la conducta que incurren en acciones moralmente inadecuadas y hábitos no aceptados socialmente que suponen constantes enfrentamientos a la figura/figuras que representan la autoridad” (Beltrán Llera, 1995)

⁷² Con el término mundos locales nos referimos a lo que Kleinman (1992) denomina “local moral worlds”. Para Kleinman los mundos locales son espacios culturales en donde hay símbolos compartidos, conflictos. Sin embargo los mundos locales no estan compartimentados, sino que son sistemas abiertos, porosos, penetrados también por lo global.

una lectura de contexto incorporado (a través de lo que Kleinman denomina *proceso sociosomático*) que se expresa como un padecimiento.

Con la primera interpretación sucede lo siguiente. Al recaer la acción sobre el individuo se culpabiliza, se etiqueta al sujeto como responsable de sus acciones (es una drogadicta, es un macarra, está xalado, etc.). Normalmente, la acción disruptiva se considera un síntoma que puede aparecer referido en varios trastornos. Por tanto es frecuente también que, si a la primera no va bien, se vaya saltando de diagnóstico en diagnóstico y de tratamiento en tratamiento. Si todo va según lo optimamente previsto, se tratará de modificar la acción disruptiva del joven a través de estrategias de modificación de conducta (tratando de reprogramarlo) y mediante, casi siempre, fármacos, devolverlo a su mundo moral local. Si bien esto sucedería idealmente, en muchos casos la mayoría de los jóvenes van saltando de etiqueta en etiqueta, sustituyen la lesión por los tóxicos o por otro tipo de actividades de “riesgo” -sexo, alcohol, robos, peleas, etc- entrando de esta forma en una dinámica cronificadora y psiquiatrizadora de la acción disruptiva primera.

A grandes rasgos, percibimos que un problema que tiene su origen en el contexto se desplaza al individuo y una vez irrumpe el problema en el individuo, se busca una solución (centrada también en el individuo) que no siempre resulta exitosa.

En el caso de la conducta disruptiva como un problema social, nuestra propuesta se centra en interpretar los trastornos de la conducta como, en primer lugar, una realidad culturalmente construida, no como algo dado. Esta idea si observamos las sucesivas ediciones del DSM desde principios de los '50 hasta la actualidad lo podemos facilmente verificar. Es decir, que los “trastornos” aparecen sobre todo a partir del DSM-IV como “agrupaciones segun características clínicas compartidas” (DSM-IV, 2002:60)

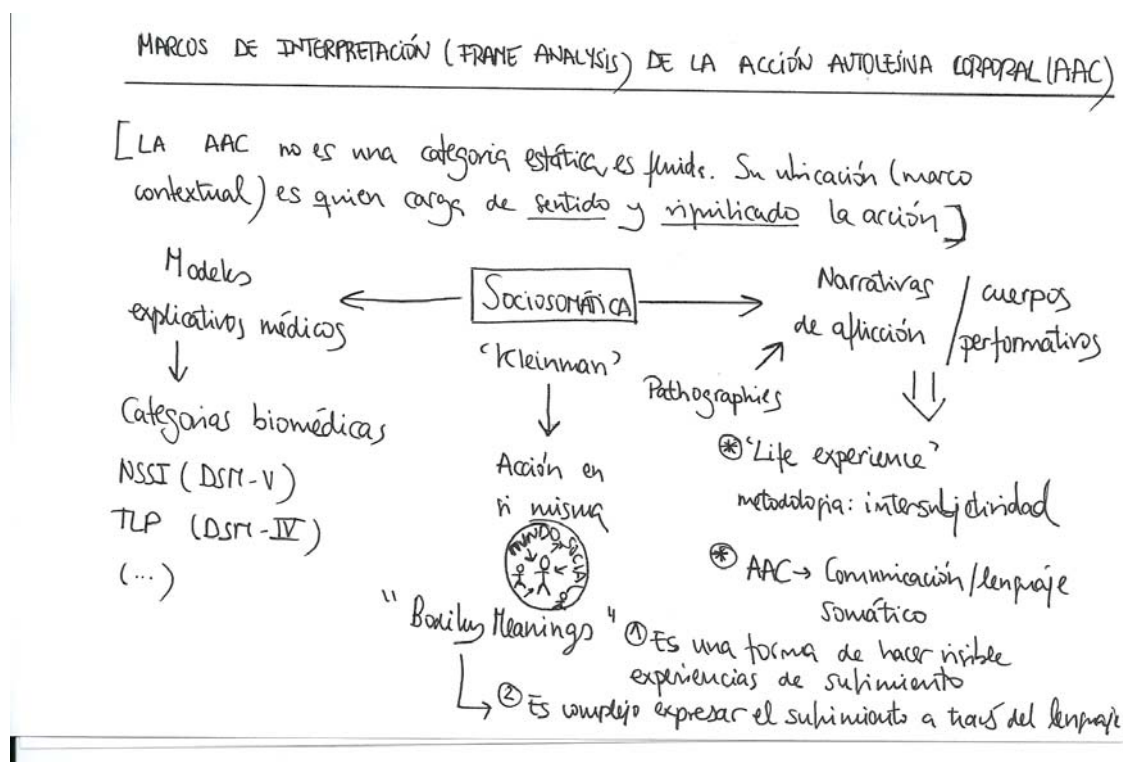
En respuesta a esto, nuestra propuesta como ya hemos dicho se centra en explicitar la complejidad de los condicionantes que existen detrás de estas acciones, puesto que más allá del individuo con un comportamiento poco convencional hay un contexto que es el motor generador de la acción. Nuestra propuesta se centra también en recuperar las voces, muchas veces enmascaradas, silenciadas y transformadas por las etiquetas diagnósticas de estos jóvenes y confrontarlas con los distintos modelos explicativos,

tanto clínicos como los que tienen que ver con los mundos de experiencia de nuestros jóvenes. Nuestra propuesta en este ámbito busca poner sobre la mesa a través de la confrontación de discursos (Good, 2006: 225) que “el mundo científico, el mundo clínico no es más que uno de los muchos mundos o subuniversos que habitamos, mundos que incluyen los de la experiencia religiosa, de los sueños y de las fantasías, de la música y del arte, y la realidad de “sentido común”, que es fundamental en gran parte de nuestra vida...”

En relación a los casos con los que hemos trabajado, la violencia expresada a través del propio cuerpo o hacia los otros (cuerpos) convierte al cuerpo en un escenario privilegiado para reflexionar acerca de por qué es el cuerpo el lugar donde se expresa el malestar.

Los cortes y el consumo de alcohol hasta llegar al coma de Roser, o el deseo de matarse de Lorena (más de tipo autolesivo) o los golpes contra las paredes de Mario y el “sempre contra els altres” de Andrés están poniendo sobre la mesa no sólo acciones disruptivas, sino microuniversos de significado que emergen de experiencias de sufrimiento cuyo origen se sitúa en el mundo social. De ahí la importancia de las narrativas en contraposición a la transformación (propuesta desde el sector Psy) de estos malestares en trastornos (véase esquema 6, específicamente en relación a la acción autolesiva corporal)

Retomando la cuestión del sufrimiento social que se expresa con el cuerpo, vemos que durante las lesiones el dolor muchas veces no está presente, sino que más bien deviene el mecanismo para canalizar la rabia, para verbalizar una emoción que no puede ser expresada de otro modo, para reconectar con su cuerpo o para expresar una forma diferencial de sentir con el cuerpo.



Esquema 6

4.3. Dilemas éticos en el trabajo de campo

Paralelamente al inicio de la investigación en la UCA empezaron a surgirme dudas acerca de cómo podía estar segura de no estar causando ningún perjuicio a mis informantes. Creo que de alguna forma incorporé mediante un inconsciente proceso sociosomático (Kleinman) el discurso investigadora- peligro-riesgo y esto me generó muchas dudas sobre todo durante las entrevistas y en mi relación con los chicos y las chicas.

Antes de acceder al campo se me había dejado claro que no debía preguntar explícitamente sobre autolesiones, de hecho ni en el consentimiento informado ni cuando explicaba a mis informantes mi trabajo, hablé de ello. Me arriesgaba a que durante las entrevistas no surgiera el tema. Por regla general no tuve demasiados problemas para conectar con los chicos. Solamente en un caso, con un chico de 17 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide tuve un punto de desencuentro interesante.

Ethel, que así se llamaba, ansiaba ser entrevistado. Desde que había visto el cartel colgado en la sala de estar y en el que animaba a los jóvenes a participar, tenía ganas de hablar conmigo. De hecho las tardes en el centro eran una auténtica persecución. A

veces le decía, no hoy no, igual mañana...de hecho siempre traté que Ethel –y el personal- no se dieran cuenta pero me daba miedo estar a solas con él. Un día ya no pude escaquearme más. Me asaltó por el pasillo y me preguntó si podíamos hablar. No podía decir que no, sabía que ya había terminado y me disponía a ir al control de enfermería para recoger mis cosas e irme.

Aquella tarde Ethel me había estado observando y esperando el momento. Quería hablarme de muchas cosas y también sobre el cartel. Me dijo que no podía esperar más. No accedió a que nuestra conversación fuese registrada y charlamos sentados en unos asientos en el pasillo. No me atreví a estar con él a solas en el despacho donde normalmente realizaba las entrevistas. Su mirada era lo que más me inquietaba, me daba miedo. Ethel era moreno, tenía el pelo cortito, era delgado, menudo y su rostro tenía un punto blanco-amarillento. Recuerdo su mirada, me miraba siempre directamente a los ojos y eso me incomodaba. Parpadeaba poco, tenía las pestañas negras y largas. Tenía el andar rápido, pasos muy cortitos. Hablaba muy despacio, supongo que por efecto de la medicación. A veces no lo entendía. Me dijo que lamentaba haber arrancado el cartel hacía unos días, que lo sentía mucho pero que no entendía cómo había decidido ir ahí a trabajar sobre “emociones” cuando lo que precisamente se evitaba era que pudiesen “sentir” a través de la medicación. Me dejó perpleja. De alguna manera estaba en lo cierto. El Ethel que tenía ante mí no tenía nada que ver con el Ethel que hacía unas semanas había ingresado en el centro. Por aquel entonces yo estaba en la unidad y pude ver a través de uno de los monitores a Ethel en plena crisis: sus gritos, su rabia, sus golpes, estaba totalmente fuera de sí. Fueron necesarios tres celadores y la enfermera para contenerlo. Quizá por eso siempre procuré evitarlo. Me daba miedo, aunque en ese momento sentí pena y rabia de mi misma.

Estuvimos charlando cerca de media hora, algunas veces se iba a otros mundos en sus divagaciones, después volvía. Se levantaba, luego se sentaba. Andaba rodeándome mientras yo seguía sentada. A veces se quedaba quieto y me miraba fijamente. Me estuvo hablando sobre la teoría de los 1/0, no entendía nada. En relación al ámbito de “las emociones” que “tanto te interesa” me dijo si conocía algo del cristal o de la droga del amor, y que quizá por ahí podía empezar. Le dije que no y él me confesó que deseaba “volver” –a la vida real supuse, salir fuera, o volver a sentir, volver a “emocionarse”. Nuestra conversación terminó cuando, por suerte para mí, nos avisaron

que era la hora de ir a realizar actividades en la sala de juegos. Suspiré. La charla terminó ahí y ya no volvimos a hablar más.

El encuentro con Ethel me sirvió para reflexionar acerca de aspectos de tipo ético en mi investigación. Efectivamente había pasado por varios comités de bioética, me sentía respaldada por consentimientos informados pero, ¿cómo podía garantizar que no les estaba ocasionando un daño, ni que fuese involuntario? La verdad es que en la práctica embebí tanto este discurso que no ha sido hasta después que me he dado cuenta de que esta idea estaba totalmente mediatizada por mi trayectoria/ calvario de acceso en las instituciones. Indagar sobre aspectos éticos en cualquier investigación es crucial, sin embargo hemos de tener en cuenta que por el tipo de herramientas características del método etnográfico es inevitable que muchas veces entremos en cuestiones/reflexiones de tipo ético que nos sitúan en posiciones ambivalentes en relación a nuestros sujetos de estudio.

Chapter 4

PRO-SELF-HARM VIRTUAL COMMUNITIES

“I never thought I would find this on the Internet. It was like: fuck! I'm not alone!”

Nadia, aged 16

“No somos perfectas pero tampoco suicidas. Self-injury: un estilo de vida”

self-injuries, aged 15

CHAPTER 4 PRO-SELF-HARM VIRTUAL COMMUNITIES

1. - Ethnography in cyberspace. Concepts, object of study and construction of the field.

As bricoleurs online researchers are continually inventing or piecing together new research tools, fitting old methods to new problems (Mann and Stewart, 2000:5)

Undoubtedly the spread of internet and its progressive normalization in our everyday lives has implied a transformation in how we configure social interactions and construct our daily lives opening new frames of reference and new spaces for relationships that were unconceivable and unimaginable ten years before.

Despite the spreading and the naturalness as we assumed their use, it's necessary to take into consideration how the net represents not only a new space for social scientists but also an opportunity to rethink about the possibilities of the ethnographic methods to this new setting.

As an anthropologist trainee, when a few years ago I started studying Anthropology I always believe that good ethnographies must begin with an initiatory journey –like a rite of passage- to a far away and exotic place. I remember sitting in my desk reading the classics: Malinowsky and *The Argonauts of the Western Pacific* [1922: 1986], also from Malinowski I read *the sexual life of savages* [1929: 1971], and also when I knew about the existence of Malinowsky's diary: *A diary in the strict sense of the term* [1967: 1989]–published by his widow- I couldn't avoid the temptation of reading it, Margaret Mead between the Samoans: *coming of age in Samoa* [1928: 1985], and *sex and temperament in three primitive societies* [1930:1984], Evans Pritchard [1937:1997], Clifford Geertz in Indonesia: *Peddlers and Princess* (1963) and Morocco: *Islam Observed* [1971:1994] amongst others classics.

Little by little and as I progressed with my university studies, I realised the gradual adjustments of subjects of study that our discipline had to do -I think more by necessity (the progressive process of colonisation remove our traditional subjects of study) than by our own decision- and from the *others-exotics*, we moved to the *others-excluded* from our societies, in an attempt to locate the other different “marginal or liminal” subjects *in the corners* (William White, 1943) in our own environment. From the Andamans, Hopis and Winnebagos we moved to Jack rollers, hoboes, homeless,

migrants, drug addicts, sectarians, prostitutes, etc. The “others” in our own context by whom anthropologists have always had certain empathy.

This change of direction in terms of the subjects studied in due course led the discipline to an interesting questioning of some dualities that had seemed firmly established since the Chicago School, which in this context meant the country/city and rural/urban dualities. Today, these units are extremely questionable without an analytical and interpretative framework that covers them as a whole.

In that context, when six years ago I finished my degree, I started to collaborate⁷³ in a project about eating disorders in the Department of Anthropology at my University. Even though in the beginning I started the fieldwork in institutions caring for boys and girls diagnosed with eating disorders in the child and adolescent psychiatric units as we progressed with the research we realized that cyberspace was a meeting place for many of our informants. A place where they exchanged *tips*, created forums in favour of self-starvation: raced to lose weight, shared photos and images of *thinspiration*, offered tricks to fight off hunger and vomit without being discovered, etc. Somehow we opened up a completely new field of analysis which was never expected at first. In different webs and forums in favour of self-starvation we found reference made to Ana and Mia as the personalization of anorexia and bulimia. These were and still are a point of reference today. Self-starvation was spoken about as a process that would allow them to “become princesses” and follow “the path to perfection”. As an anthropology aspirant, the fact that the *others* could be found in a space without having to leave my home created a certain unease. Could a good ethnography be carried out in cyberspace? Could the information be checked and validated? Was this *Anthropology at home* in the strictest sense of the word? What were the boundaries and what limits should I set for myself in cyberspace?

⁷³ Between 2004 and 2005 I participated in a research project on eating disorders “Género, dieting y salud: un estudio transcultural de la incidencia de los TCA entre las mujeres” with an interdisciplinary team composed of medical anthropologists from the faculty of the Department of Anthropology at University Rovira i Virgili (Tarragona). This project was commissioned by the Women’s Institute (Spanish Ministry of Labour and Social Affairs). This initial project led to others: 2005-2006 “Una anàlisi transcultural dels trastorns alimentaris a Catalunya: pràctiques alimentàries, imatge corporal i representacions socials de gènere entre els joves” financed by Secretariat for Young People, the Ministry of Social Action and Citizenship of the Government of Catalonia, and from 2006 to 2009, “salud, conveniencia y placer: la alimentación contemporánea desde y más allá de las recomendaciones nutricionales” financed by the Ministry of Education and Science.

At the end of 2005 and coinciding with the stage of the research we were finishing, the Spanish media raised the alarm about the “Ana & Mia” phenomenon. *Lurkers*, people with false identities, started to infiltrate the forums, blogs and chats claiming to be anorexic or bulimic in order to make contacts within the community. They could then follow these groups’ threads, and attack and censor the problem of web pages that were fundamentally pro-Ana (pro-anorexia) and pro-Mia (pro-bulimia).

From this moment on a lot of these web pages began to be persecuted in what became a true witch hunt and resulted in many of them being censored or closed down. At the same time as all this was occurring alternative web pages were created by the *Protégeles* association and the Ombudsman for Children in the Community of Madrid⁷⁴ using the same symbology as the pro-Ana and pro-Mia webs (butterflies, angels, princesses, etc.) and with the slogan “because you’re more than just an image” began to offer online support.

The persecution and closure of pro-Ana and pro-Mia pages continues to be a reality today under the application of the Child Protection Law in Spain, although the level of public condemnation is much less than during 2005 and 2006.

At a methodological level when I decided to monitor some of the pro-Ana and pro-Mia online communities the first problem I encountered was the question of access to the field. For three months I made floating observations behind the scenes in three forums and during this time I never dared enter or participate, or even know how to go about it. However, I knew for certain that “snooping researchers” were not well looked upon by the community and if they discovered one then they were immediately removed from the forum. During the monitoring I had the opportunity to be an experiential witness to the closure of one of these forums and also observe everything that is entailed in starting another domain. On the matter of my concern about access, phrases like “*This is a space ONLY FOR ANAS & MIAS, and if you are here to judge, well, you can leave now*” or “*This will be our new meeting place. I had to make a new page because of all the idiots bothering us*” reaffirmed my idea that I needed to enter with a certain degree of ingenuity and be accepted, or be immediately expelled.

⁷⁴ www.anaymia.com (still active as of 05/2011)

The monitoring of these three forums during the research period continued in this way: monitoring and putting forward information from the forums. I never got to participate and those girls never knew that the material they had published on the internet had been used in the research. At an ethical level this put me in a somewhat complicated situation and somehow made me reassess my role. In the future I couldn't afford to continue monitoring from the trenches; I had to get more involved, even though this could mean "contaminating" the field, making myself visible and the risk of being banned⁷⁵.

This is an extremely important part of this research, and in fact is one of the elements I tried to resolve with more or less success during the process of developing my thesis. In fact I consider it imperative to make reference to the strategies, methods and reflections that have been extremely useful in the development of this work. What I am going to present here is broadly speaking the synthesis of four years of work and the reflections that emerged from the notes of my diary, and as a consequence of my immersion in certain pro self-injury and pro self-harm virtual communities.

As the level of construction of cyberspace as an anthropological object of study, the Internet can be seen in two ways: *as a culture in itself* or as a *cultural artefact* (Hine, 2004: 19).

Roughly this chapter has several specific objectives. First, and from an epistemological point of view, I am going to place the specificity of the fieldwork within the framework of these groups, based on a consideration of the classic anthropological concepts that I use to delimit the communities that I have worked with. I use this first conceptual delimitation as the starting point for discussing methodological adjustments and the challenges in terms of adaptation of ethnographic techniques involved in working with virtual reality, and with these communities in particular. The narratives, discourses and experiences gathered by means of contributions to blogs, forums, videos and more directly, by e-mail are considered in overall terms in the chapter on *virtual embodied narratives*. This chapter also discusses the ethical dilemmas raised and dealing with some of the images, texts and videos shown on the Internet.

⁷⁵ Situation when the manager or moderator blocks the entry of a user or computer.

For Christine Hine (2004), the Internet can be seen in two ways: *as a culture in itself* or as a *cultural artefact* (Hine, 2004: 19). When considered as a *culture*, Hine suggests that there is a need for studies that reflexively cover the Internet as an ethnographic object *per se*, and when considered as a *cultural artefact* - a term that Hine takes from Woolgar (1996) – she examines the possibility of the Internet as another form of interaction and communication within the heterogeneity of social intersections.

Broadly speaking, Hine suggests is that virtual ethnography is possible in two ways:

- 1) By taking the virtual space as the analysis unit: when the subject studied is located exclusively on the Internet and in the type of relations established in a virtual environment. This is anthropology of cyberculture, of cybersociety.
- 2) As another space in which it is possible to carry out fieldwork within a previously defined analysis unit. On this basis, the Internet would be just another observation unit.

In conceptual terms, Hine talks about *virtual ethnography* to refer to the ethnography carried out *on*, *in* and *through* cyberspace. According to Hine, virtual ethnography should strictly speaking include the following areas (2004:58)

1) *The role of the journey and that of interaction*

Our presence in the field as well as a profound commitment to the everyday life of the people inhabiting or passing through this field gives rise to ethnographic knowledge itself. For Hine, a long-term presence is essential for “reducing alienation” –Geertz, 1993:6-

2) *Text, technology and reflexivity*

Internet is a space for social interaction based above all on written text. From this perspective, ethnographic use of the Internet involves a process of reading and writing, and the work of the ethnographer consists of developing an understanding of the underlying meanings of the texts and the interactions that take place in this context.

3) *The constitution of the ethnographic subject*

Traditionally linked to the idea of fieldwork. According to Hine, one of the characteristics of virtual ethnography is that it breaks with the notion of space in communities and focuses on cultural processes.

As mentioned above, part of our analysis considers the potentialities of using the ethnographic method on the Internet as well as the part of interrelations and analysis of narratives projected in blogs, forums and videos.

In our analysis, each of the sites or fields in which we work is a specific observation unit, from which the behavioural regularities and patterns that regulate them emerge. The definition of a field in the Bourdieuan sense –as a deterritorialised space of play - is extremely useful and applicable as a concept to the various observation units. On this point, although in abstract terms it may be useful to equate the *field* with the *observation unit*, the particularity here is that our field is not qualified by observation units that define it, but is instead constructed based on common interests. Here, the field is constructed by the researcher who is the person who defines and selects the groups/communities that will be the basis for the work that is going to take place.

On each site, starting with my first contribution, I always made my identity clear (in this respect, due to the enormous number of inquisitive individuals that access them, I saw how the registers try to be increasingly selective and thorough, and even provide the option of registering as a researcher).

In this context, I generally identified myself as a nurse – true, and much more immediately comprehensible than ‘anthropologist’ – doing qualitative research on the experiences of young women who self-injure. The young people I contacted were willing to share their stories with an outsider they thought of as someone prepared to listen with an open mind. Some of them had had prior negative experiences with psychologists doing questionnaire-based studies, and tended to reject such contacts out of hand.

2. - Pro self-harm virtual communities

2.1 Virtual communities

As a concept, the term *community* has two origins in social sciences: from *Gemeinschaft*, in the meaning used by the German sociologist Ferdinand Tönnies in the late nineteenth century (1887) and defined as “the type of association in which natural will predominates” (1957:33) (and which is defined in contrast to the *Gesellschaft* - society). For Tönnies, a community has a structure with a unity that is not the result of an accumulation or combination of factors, but rather an entity which because it arises spontaneously, has all the features of an organic whole. On the other hand from the English *community* and understood as a group of interacting people living in a common location.

To this day many anthropologists have provided different tinges from what a community is and rivers of ink have been spent⁷⁶. Pio Navarro Alcalá-Zamora (1984:84) found 24 definitions of community, and identifies 70 different connotations of the term. McIver and Page (cited in Roca, 2004: 218) define a community as “a group whose members live together, so that they all participate in the basic conditions of a life in common. It does not need to be self-sufficient, or be of any given size, but does require a geographical location, the feeling of community and the opportunity to live a life within it”

In the enlightening chapter of the book mentioned above, Jordi Roca says that although communities have traditionally been one of the defining features that anthropologists study, it would be wise to remember that if we are performing ethnography on a small observation unit and we neglect the existence of more general observation units, it would be easy to produce studies of local interest with little or no overall explanatory capacity.

Despite continuing to use the terms *community* in anthropology, the idea of *community* as a specific territorial observation unit therefore does not make a great deal of sense today without an analytical framework which shows the connections between the local

⁷⁶ George Hillery *A research Odyssey: developing and testing a community theory*. Rutgers: New Brunswick, 1982 raises an interesting question on how the consideration of the term "community" has developed.

and global levels. Indeed, this global mindset is what has led the discipline to question the traditional models of insular approach to the community, and shifted its anthropological focus towards new and much closer spaces/places for observation. According to Marcus (1995), this new ethnography involves a subject for study that cannot be ethnographically explained if the work is done in only one place, meaning that it is necessary to consider a multi-sited ethnography, which must of necessity take place in various spaces.

Having said that, one of the most interesting theoretical proposals in the social sciences in recent years involves paying particular attention to the study of the space-time dynamics in contemporary social life. These dimensions have become particularly important as new ways of understanding space-time articulations have arisen as a consequence of the economic and technological transformations that have taken place since the 1980s. They include new analytical categories such spaces of flow or non-places (which are deemed areas of transit such as airports, trains, parks, shopping centres, etc.) and have been studied by authors including Marc Augé, Manuel Castells, Zygmunt Bauman and Manuel Delgado.

This all happened at the same time (the early 1980s) as the emergence of studies in urban anthropology which expressed some degree of unease, and sought a methodological renewal which would enable the dynamic processes of city life to be studied. In this respect, the mobility of social relations and the intensity of relations in transit led to a rethinking of cities in terms of fluidity, as suggested by Hannerz in 1986, in his book *Exploring the city*. In the early 1980s, Colette Pétonnet also suggested an interesting way of observing the city based on *movement*. This consisted not of focusing the attention on a specific object, but instead of allowing it to drift so that there were no filters until some points of reference and convergence appeared, in which the researcher or researchers could find certain rules. Manuel Delgado (1999) subsequently returned to this idea in the late 1990s to study slipperiness, what is diluted in the complex relations that are located – according to Delgado: “In an impenetrable network of fluids which merge and liquefy, or which split and divide. A space for dispersions and intermittences (1999:49) in which individuals and groups spent most of the time moving from one place to another.

According to the thesis of Manuel Castells, which said that "space is the expression of society" (2001: 488) we are aware that these social changes to which anthropology has had to adapt in methodological terms have led to the emergence of new types of communication that generate new dynamics in social interaction.

As a concept, the term *virtual community* was suggested by Howard Rheingold in 1993. He retrieved the concept *community* and introduced new elements that are referring to the transgression of physical spaces and grouping according to interests, in a way that the term evolved until arrived to new social dynamics, not restricted to specific geographical areas. For Rheingold, a virtual community would be defined as: "*Social aggregations that emerge from the net when enough people carry on those public discussions long enough, with sufficient human feeling, to form webs of personal relationships in cyberspace*" (Rheingold, 1996: 20). Rheingold uses a biological analogy to describe online communities, likening virtual communities to the model of a petri dish said that an ecosystem of sub-cultures and spontaneous groups can be compared with cultures of microorganisms growing in a laboratory, and where each one is like an unplanned social experiment, but is happening nevertheless. In Rheingold's metaphor, cyberspace would become a type of social Petri dish, the net as the agar medium, and the virtual communities would be the colonies of microorganisms that grow in the Petri dishes.

While there is sufficient consensus when it comes to recognising Rheingold's role as the pater familias we see his definition being questioned considerably some years later: Silvia Wilbur (1997) for example considered his definition unclear, because categories like "enough people", "enough time" and "enough human sentiment" are difficult to determine. José Silvio, in 1999 speaks about the three basic elements that are essential to be able to talk in terms of a virtual community: interaction, common interests and time interactivity. According to Castells (2001: 140) it was perhaps Rheingold's experience in the WELL, a virtual community that emerged in the mid-1980s in the San Francisco Bay Area, which was the ideal appeared to fit this model. However, with the massive spread of the Internet across society as a whole, its effects on sociability have become less spectacular. According to Castells, even the WELL community underwent a considerable transformation within a short time.

Despite being critical of Rheingold, Castells (2001) feels that the term *virtual community* has one virtue, which is that it draws attention to the emergence of a new means for sociability. Castells' proposal in chapter 4 regarding *the Internet galaxy* is particularly interesting, especially when he considers the need for a radical change in the understanding of these types of interaction towards the reconfiguration-redefinition of community, reducing the importance of the cultural-local component and emphasising the support that it provides for individuals and families. Castells suggests that a useful provisional definition would be the one proposed by Barry Wellman (2001), in his article "Physical Place and Cyberplace" published in the special issue of *International Journal of Urban and Regional Research*, which defines communities (virtual or otherwise) as: "Networks of interpersonal ties that provide sociability, support, information, a sense of belonging and social identity" (2001: 228).

Wellman's definition highlights the issue of group identity as a factor contributing to the consolidation of the community, but also reveals another culturally relevant issue which leaving the concept of community to one side, is linked to the projection of identities on the Internet. Indeed, a substantial amount has been written on the game of masks and simulations that virtuality can foster.



Cartoons about the simulation of identities on the internet

Sherry Turkle, a pioneer in the study of the construction of identity on the Internet, says that on the Internet "the notion of what is real is revealed" (1995: 267), given that people who live parallel lives on the screen are in any event limited by the desires, suffering and mortality of their physical selves. Other authors, such as Eleanor Wynn and James E. Katz (1997) say that the performance-related view of identity that influences all areas of our life dates back further than the arrival of the Internet. For

these authors, the idea of anonymity on the Internet is nothing more than an illusion, as tracking statements and references made on the Internet in the off-line world is not impossible. Wynn and Katz believe that the question of the role of identities on the Internet is more an academic concern than a reality, as it does not reflect the everyday use that most people say they make of cyberspace. Likewise, Nancy Baym (in Castells, 2001: 139) in her study of the behaviour in online communities carried out based on her ethnographic study of r.a.t.s. (a newsgroup discussing soap operas) says that "the reality seems to be that many, probably most social uses of CMC create online selves consistent with their offline identities" (Baym, 1998 in Castells, 2001: 139).

On this basis, it is clear that mask games are an interesting social experience that the Internet enables us to consider theoretically, but which are not a significant proportion of social interaction on the Internet, especially as far the work in our communities is concerned. In fact, even though it is not part of the series of explicit rules of the communities we worked with, adopting an identity that is not one's own is considered a lack of courtesy and ethics, in breach of the unspoken code of loyalty.

However, although deceit about identity would be highly reprehensible by the other members of the communities, we are faced with the paradox that it is precisely the anonymity that the Internet provides that enables young people to show their "what-must-not-be-seen" in the real world (due to the stigma associated with this type of action) in cyberspace. As in the story of Robin Hood, internet has become a virtual Sherwood Forest where those defined as "deviants" can find refuge.

3.2 Pro-self-harm (PSH) virtual communities⁷⁷

I never thought I would find this on the Internet. It was like: fuck! I'm not alone!

Nadia, aged 16

We define pro self-harm communities as social movements created by young people – mainly female - who use the same virtual environment to share the significance that they confer on bodily self-harm short of committing suicide, creating types of

⁷⁷ Throughout this study, we will generically use the term *pro-self-harm* because it is the most widely used, even in the Spanish language websites. Other ways of referring to the same phenomena are pro-self-injury, pro-cutting, autolesión, etc.

sociability, solidarity and affectionate environments that foster a feeling of group membership.

Each of these communities is located on a website, and the various sites are the observation units that have enabled us to organise the information gathered.

“Girls, this blog is for and by you. If you self-harm ... you're not alone. If you feel lost, or anxious, I know how that feels. I'm Lapislazuli: an (apparently) normal girl ... but I keep my secrets, like all of you...”

The testimony gathered implicitly and explicitly reinforces the idea that virtuality – because of the anonymity that it provides - is the only setting in which they can share their thoughts, secrets, experiences and actions, due to the fact that they are considered deviant and stigmatised offline. According to McKenna & Green (2002): “The internet may have particular relevance for adolescents who feel marginalized, because it provides a low-risk venue for finding others who share their perceived or real differences and exchanging information that is difficult to convey in person or when using one’s real identity.”

“My name is Valentina but call me Demon, I'm 17 years old and for the past four years, I've been fighting against my addiction: I cut myself, I burn myself, I injure myself. I have always been a happy girl who has everything, but I need to hurt myself to get rid of all my thoughts and feelings that I keep in my head. I don't want to promote this as a way of life. I created this blog so that people like me can let off steam ...”
(Demon, 17 years old. Blog.)

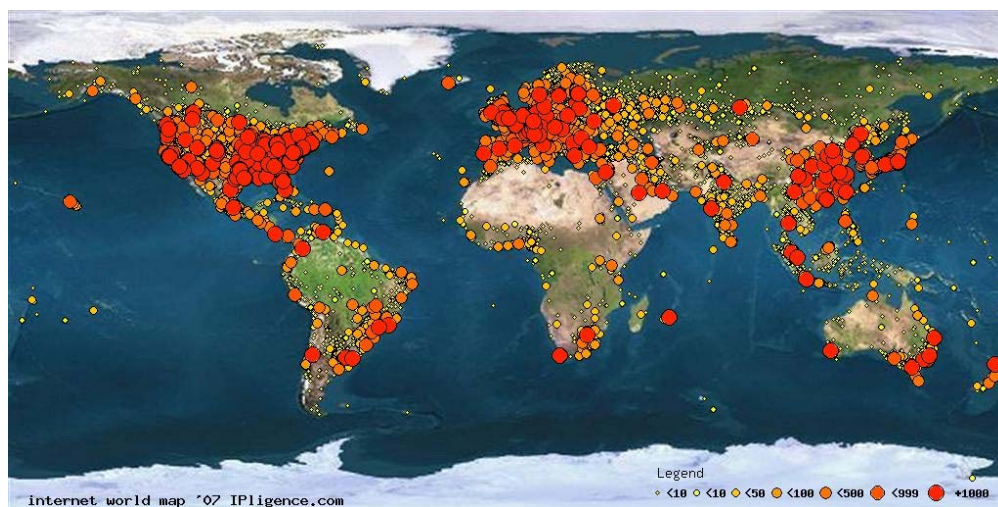
“This is a community about self-harm in Spanish. Anyone who considers themselves self-harming can join. In other words, if you react to problems by cutting yourself, banging your head against the wall, burning yourself, whipping yourself or causing yourself pain of any type, welcome...” (Nadine, 20 years old. Livejournal).

Their identification with “princesses” appears as a symbol in almost all the websites we have monitored. They call themselves “prins”, or fans of Ana and Mia. “A princess is someone who has anorexia or bulimia or who self-harms (...). We identify ourselves by bracelets, we all wear bracelets on our left wrist and the colour depends on the disorder we have: purple, bulimia; red, anorexia; orange, self-injury” (Daphne, 16 years old).

Applying the term *cyberculture* proposed by Elisanda Ardévol (2002) to the virtual communities we worked with was useful. However, we decided to continue using the term “virtual community” because etymologically, the term covers a very important aspect of our research which is linked to the shift from the practice stigmatised offline to its representation in the virtual space.

Although the spread of the Internet and the model of the global village has been described as *the end of geography* (Bauman, 2001), *the death of distance* (Cairncross, 1997), and *the end of the tyranny of geography* (Gillespie and Robins, 1989), we believe that the massive use of the Internet by no means entails the division of the spatial dimension. Furthermore, as argued by Castells (2001), the Internet has its own geography: a geography based on the idea of flows and networks, and subject to a space which enables - or prevents - access. The issue of unequal access to the Internet is a bias to be taken into account in this research, and is related with unequal territorial access to the Internet.

In order to represent this, the map below, produced by the company *IPligence*, which specialises in geolocation by IP, represents the global distribution of the Internet. There are three clearly dense areas: the United States, where 55% of the IPs are located, Europe with 22.5%, and Asia with 14%. There is a considerable difference compared to regions such as South America (3.5%) and Africa (1.5%).



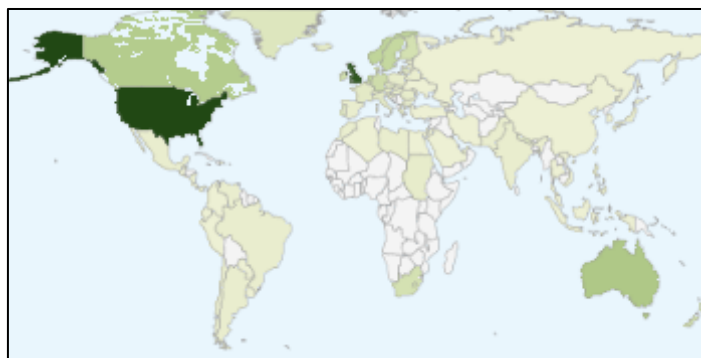
Map 1. Source <http://www.ipligence.com/worldmap/worldmap2.jpg>, 2007.

I found the map below on *youtube*, and it is part of a series of six videos uploaded by *Patsysad*. In all her videos, *Patsysad* uses the descriptive term *self-harm*: self-harm 1, self-harm 2, self-harm 3 etc. *Self-harm* by *Patsysad* had been viewed 1,645 times on 16 June 2010. *youtube* shows the people who have viewed the video by country on a map, coloured coded from light green to dark green - where the video has been viewed the most - and establishes a ranking, with women aged between 13 and 34 years old being most interested in its content.



Map 2. Source: <http://www.youtube.com/watch?v=iIVK13wzDhA&feature=related>

After searching for the tag *self-harm* in English, I found the following video, uploaded by *frozeninside* (<http://www.youtube.com/watch?v=sirxrxjrgQk&feature=related>). This video has been viewed 12,152 times (16 June 2010). The audience analysis shows the same as above: that it is women aged between 13 and 25 years old who view its content most.



Map 3. Source: <http://www.youtube.com/watch?v=sirxrxjrgQk&feature=related>

Delimiting these communities conceptually basis is not an easy task. As mentioned above, we used to consider them social movements, but now we feel that it is necessary to justify why we decided to use this term and not others such as *epistemic communities*, *virtual mutual help groups* or *virtual social networks* built based on a shared interest.

This is a crucially important factor, which helped us to confirm that the nature of these communities as social movements is linked to the evolution of types of sociability suggested by Barry Wellman⁷⁸ (2001) in his report for the *Pew Internet & American Life Project*. According to this report, a third level of movement in sociability models has been attained among those who are “virtually connected”: – from the traditional model in which primary relations predominated (those focused on the family and the idea of the community as a whole) - to the model of secondary relations (more closely linked to membership of associations), to what Wellman describes as tertiary or self-centred networks - or networked individualism - and which are related to the definition proposed by Wellman of a virtual community defined as an interest group.

On the issue of networks constructed around the self, Janis Whitlock (2006) suggests that “Computer access and use among adolescents have grown exponentially over the past decade and (...) once connected, adolescents engage in a wide variety of activities and (...) “Some studies suggest that Internet use may facilitate social interaction by making it easier for individuals to connect with others they know as well as with strangers...”

The blogs, forums and self-produced videos with which we worked have created their own network: i.e. there are links and interrelations between them, which despite being chosen at random can be followed by means of the contributions and comments that provide mutual feedback for each other. There are new configurations emerging from these spaces, which are the backdrop for the idea of the virtual communities with which we work. According to the arguments of some of the classic movement theorists such as Érik Neveu, thinking of this type of collective action as a social movement is almost heresy. For Neveu, it is necessary to make a distinction between a social movement and combined individual conducts that have no intention of being coordinated (like a traffic jam of cars or queues of people at sales), and cultural dissemination processes (fashion, lifestyles, etc). Neveu considers that in order to be able to talk in terms of social events, these actions should be: 1) joint and deliberate and 2) strike action should it have some grounds of protest, or be in defence of a cause or material interest.

⁷⁸ Downloadable at: http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2006/PIP_Internet_ties.pdf.pdf

In our opinion, associating the idea of a social movement with political activism and collective demands contradicts the idea of individualism and the creation of networks focused on the self as proposed by Wellmann.

However, we are aware that not all virtual communities are social movements *per se*. Indeed, not all actions involving a given number of individuals should be considered a social movement. In other words, we should not use the term excessively, to the point where we consider any action which involves a given number of individuals to be a social movement. In this respect, I agree with Alberto Melucci's idea that all collective action with a specific objective can be considered a social movement. This definition seems interesting, not as restrictive as Neveu's, and fits in very well with the argument proposed by Josepa Cucó (2004:171) (in her urban anthropology guidebook-manual and according to which "If social movements may be seen as an expression of the contradictions and unease that Modernity brings, the crisis of the latter leads to an interpretation of social movements as encapsulating society's inherent contradictions, highlighting the economic, political, social and moral limitations of a culture guided by the idea of progress...". This idea is closely related to our initial idea of virtuality as the only scenario which enables the representation this type of practice.

Another possibility is to consider these communities as virtual social networks, or in other words groups of people that share interests, interact and have a number of similarities⁷⁹. With regard to their differentiation, we believe that it is precisely the unifying force of the group and the fact that it only exists in the virtual world that gives it an added value apart from the definition of "social network," which is linked not only to the relations that are established between its members, but also (and much more importantly) to the intensity of the relationship that is generated.

"Listen, sweetie! You're never going to be alone here, because you know that I will always be with you, you know that!! So don't ever say that you have nobody again, because I am with you through thick and thin, okay? And I told you, however much you want to, don't cut yourself, we want to be beautiful, not cut-up princesses... Count to a hundred before you cut yourself and calm down. I luv u my luuuuuuv" (Lips, age unknown)

⁷⁹ When we think of virtual social networks, the first thing that comes to mind are the various *social network services*, the resources that host social networking services, such as *facebook*, *tuenti*, *myspace*, *twitter*, *orkut*, among others.

“Hello all my princesses!! I've started a blog to keep in touch with all of you and to explain my feelings. It will be like a public diary (...)” (Dreams, 17 years old)

As for the considering these communities as virtual mutual help groups (MHG), the most similar concept to these groups would be a forum, providing that this forum is restricted to people who share their concern about the subject (we found it difficult to find anything that reinforced the idea of self-harm as a way of life in the forums), with it being impossible for professionals or the curious to gain access, and this cannot always be guaranteed. In the secondary forums we have worked with, we found that many were established by professionals (generally psychologists) – an example would be the *asefo community*⁸⁰ (self-harm / self-injury forum) or *universotlp*, which try and recreate therapeutic groups in the virtual space and other more symmetrical groups, such as *autolesión* and *foroenfemenino*, in which the moderator is a member of the community.

Based on the thesis proposed by Canals (2002) on mutual help groups⁸¹, we believe that the point of convergence between MHG and some of these forums would be that in both the MHG and in our communities, the discourses – the narratives - generate the explanatory models which are used to try and confer meaning on the action.

“For some people, cutting yourself is crazy, for others it's a relief. For me, it's a lifestyle (...) I talk about my lifestyle on this blog, where people who do the same as I do can go through it and find protection among similar people. Please, I'm not promoting self-harming. If you're younger than 13 years old, please close this page and ask your friends and family for help” (Caramelo, 17 years old. Blog: March 2008)

“Here I'm talking about my lifestyle, my depressions, self-harm, it is a page that is pro-ana, pro-mia and self-harm, although I am not trying to encourage other people to do the same thing as me, only to support those who are already going through all this.” Princessmoon, 17 years old).

⁸⁰ <http://www.selfinjuryforo.com>

⁸¹ Canals (2002) believes that it is important to distinguish between the different types of MHG which deal with different problems and objectives and are different in terms of their composition. For Canals, the most common classification in Spain makes a distinction between three types of generic situation: 1) groups of people affected by chronic or long term diseases, 2) groups of people with addictions, 3) groups of people with situations that are difficult to assimilate, and depending on who its members are: 1) MHG for affected people, 2) MHG for relatives of affected people, 3) mixed MHG for affected people and families, and 4) MHG for professionals.

Pro-Self-Harm MHG-Forums Comparative table

MHG - mutual help groups	PSH virtual forums
Face to face	They do not cross the virtual barrier (at least it was impossible during our fieldwork)
They are volunteers, spontaneous	They are volunteers, spontaneous and anonymous
Among peers, without professionals (Canals says that MHGs for professionals are practically non-existent in Spain and when they do exist, they are difficult to formalise as such)	Theoretically between equals, although virtuality can inherently contain distorting factors such as <i>lurkers</i> or <i>trolls</i> .
A group of people/relatives who share a health, addiction, or emotional problem in the same environment	A group of people who share an emotional problem on the same site
Forms of association situated between domestic self-care and institutionalised health facilities	Forms of association that meet the need to recount
Type of horizontal and symmetrical reciprocity	Due to issues inherent in virtuality, reciprocity is not always guaranteed.
The story of a shared problem confers identity on the group and enables it to autonomously redefine the situation they have experienced. Oral history.	The story of a shared problem confers identity on the group and enables it to autonomously redefine the situation they have experienced. Written history.
Fosters the emergence of explanatory models that emerge from narratives by patients or relatives	Fosters the emergence of explanatory models that emerge from the bodies shown or the narratives of the participants

From my point of view, the interesting point about these new social movements is their nature, as they are based on behaviour that is stigmatised offline. This generates collective forms of mobilisation online, that seeks to recreate a parallel alternative world with an entire system of symbols, representing imaginary worlds that coexist with images of cuts and injured bodies.

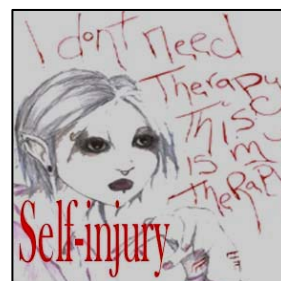
3. - Ethnography in pro-self-harm (PSH) virtual communities

The particular issue that cyberspace raises in a study of this type of communities involves two questions: first, claiming the potential of the ethnographic method in work with groups that only exist in a non-spatial, non-physical dimension, not subject to a space/time dimension, and in which the relations established are due to interaction therein. In this scenario, we can see that the infrastructure that makes it possible for these communities to emerge is a type of *technoscape*, equivalent to: the “building blocks (...) of the imagined and multiple worlds consisting of the historically situated imaginations of individuals and groups scattered across the whole world...” (Appadurai, 2001: 69) but on a virtual scale, and also due to the particularity of their exclusively virtual nature, this type of initiatives act *as scapegoats* so that we can question three aspects of central importance in our work. First, how this type of behaviour, stigmatised offline, seeks spaces for representation in a place which despite being public, does not

breach the rules of preservation of privacy. Second, it needs us to reflect on the meanings that lie behind these actions in a context of prioritisation, overestimation and care of everything related to the body, which is a core issue in our work. Third, and related to the above, they lead us to reflect on why in a scenario as disembodied as the Internet, images of cuts, burns, self-injuries, and inscriptions like *pain*, *anger*, *loneliness*, *numb*, *pathetic*, *sad*, *alone*, *etc.* are freely displayed and distributed in cyberspace.

As for the motivations behind the actions, we found two trends or readings of the question of self-harm:

1) Self-harm as a way of life: With slogans like: “I don’t need therapy, this is my therapy”, “my sickness and my cure” or “it’s my drug”



“Cutting has become, over the years, such a part of my life. I really don’t think about it that much (...) It simply feels good. If I’m not hurting anyone but myself, why are people making such a big deal out of it?” (Fran, 20 años)

“When I see my blood running I feel good, though I have to say that the scars are the best part. I love looking at myself in the mirror and see the fresh marks. It makes me feel different, special, I need to do it. When I cut my arms, I feel like the happiest girl in the world” (Darkrose, ¿?)



“For me, cutting was such a “self-prescribed treatment” releasing tensión, ending a painful state of feeling dead or unreal, and expelling the feelings of badness. It’s like vomiting. You feel sick and spit out the badness” (Gerald, 25 años)

2) As embodied language of pain. Based on the perception of self-harm as a deviant behaviour, self-harm would be a “demonstration of internal chaos. The place where the self meets the world”, as Malkut says.



“The hypnosis you feel when the blade cuts into the flesh and leaves your eyes fixed on the trail of blood that forms are ways of fighting against the depression that makes you feel an enormous emptiness inside. The

pain takes you away, the blood hypnotises you and awakens you" (Daphne, 18 years old)

"I hear the words, I feel the pain, nothing ever seems to change...Until I cut and regain control out of sadness, despair or rage. All I know is things have to change. I cut, it hurts, and I see the blood but still the thoughts all rage inside for all the things I have to hide. I can't disappoint, can't live a lie I cut, I cry, I wonder why. What made me do this? Why is it so good?" (Anon, male. 17 years old)

"I need to feel pain every moment to feel all right. I need it as much as I breathing, and if I don't have any mark on me I feel insecure... Am I a coward? I have sometimes thought that those of us who suffer from self-harm are in reality not so much cowards as we would have ourselves believe. At other times I feel so weak and vulnerable against the world that I just want to end it all"



"I used to scratch myself on my arms with keys and I felt pain that was internal but that I didn't know how to communicate. Physical pain was a substitute for emotional pain. It used to relieve me. I should have screamed but I simply felt that I didn't deserve to be listened to." (Carolyn Smith, *cutting it out*).

For those who see self-harm as something negative, these communities are an escape valve where they can express how they feel.

Twenty-year-old Gisel, in her blog *atrophied mind* (23/11/09) defines self-harm as follows:

"Self-injury, self-harming, and countless other names is what somebody does when they try to hurt themselves without attempting suicide. This involves, burning themselves, marking themselves, cutting themselves in various parts of the body, pulling their hair, breaking a bone, hitting things, etc. Self-harming also includes ANA or MIA, as it hurts the individual and even others, often accidentally.

Living this lifestyle is difficult, it is not something that somebody plans from one day to the next, there are feelings that take you over, it is generally your body's confusion about expressing itself or releasing very strong feelings like anger, sadness, confusion itself, anxiety... what you must be clear about is that the size of the wound is not the size of the problem"

Bloodie, the self-harm forum's administrator, gives advice and suggests alternatives to self-harm (like dancing, breaking things, screaming, counting to a hundred, etc.) and in cases that do not want to give it up, strategies so that it is not noticed:

“My self-harming girls and boys, if you are confused, if you have a problem or a knot in your throat, there are various ways of getting it out of your system:

If you want to start giving up self-injury right now:

-Shout: with all your strength

-Do things that require adrenalin: go to amusement arcades, run, jump, play hockey, play football or rugby

-Break things: try breaking ice against the wall, buy cheap glasses and break them in the street

-Dance: look for ways in which your body gets so tired you can't do any more.

-Numbers: count to a hundred and if it doesn't work, count again.

If you want to carry on self-harming:

-Cut yourself: pick up whatever you can and give yourself small cuts, make them deeper if you need to. Small wounds are easy to cover up and to find an excuse for.

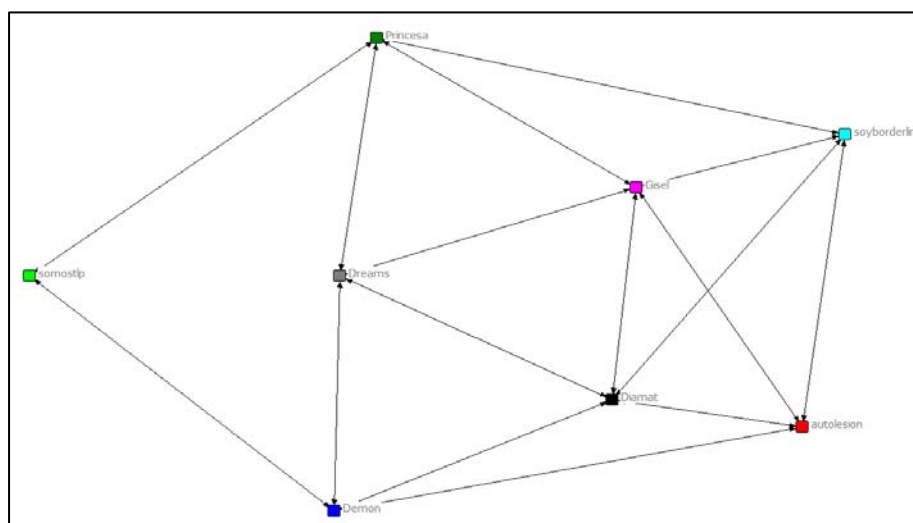
-Burn yourself: If you smoke, burn yourself with a cigarette, you can say that you are a bit clumsy and it fell on you

-Hit things: hit the wall, you can justify any injury if you do some sport.

As a piece of advice, I would say that when you do these things, try and do them on different parts of the body that are not very visible, and make them small so that no one asks you about them. Always act as if you were clumsy, falling over, or you do sport and things like that"

We formally considered each site as a virtual community *per se*. We are aware that each site has frontiers that are very difficult to define because of their porous nature and the reticulated way in which each member participates. We would have been very pleased to have been able to present a macro diagram of the interrelations between all the videos, forums and blogs which we worked with. However, we have not done so because it was extremely difficult, especially for the videos. We have done so for the blogs and forums, even though we know their representation has been simplified to some extent, as each of the sites should have been located within its network and the final visual result would be much more complex. However, this diagram is useful in that it gives some idea of the objectified interrelations by monitoring the Nicks in the

comments and the blogroll of the blogs and in the comments and monitoring of the contributions in the various threads in the forums.



Graphical representation with UCINET (Netdraw) of the relationship between blogs and forums with which we worked

Each of the fields – sites - has its own distinctive features, and although our aim is to highlight them, we will work transversely with the latent discourses, with the narratives that talk about suffering, feelings of emptiness, sadness and how these repressed emotions are channelled through body.

“When I cut myself it was relief, it was a relief... fantastic, an indescribable relief. It released me: I needed to feel alive and I only managed it by self-destructing. Although after I did it and seeing myself all cut up it was worse ... then I promised myself, no no... I won't do it again, until anxiety took control of me and I did it again...” (Angel, 18 years old)

“When emotions overwhelm you, when pain, loneliness, emptiness, sadness ... surround you, there is just one idea etched in your mind: stop feeling above all else. Hurting yourself is not the saddest or most sinister thing. The really tough thing is wanting to stop feeling ...” (Demon, 17 years old)

We will also immerse ourselves in their symbolic universe, and attempt to analyse the power of these self-lacerated bodies that are displayed on the Internet, because of the meanings of the action in itself, and because it is the only place where it is possible to display them. In this respect, it is paradoxical that it is the Internet, a medium that is apparently disembodied, which succeeds in bringing together this whole range of discourses and bodily experiences, which are trying to find a space for their representation.

“My name is Demon, and with this forum I'm only trying to create a place where we can all talk and express ourselves freely; especially because lately this seems to have become a witch-hunt. We are not sick, we don't have a disorder; we are only people. Come on, everyone!!

“This is where I've cut myself in less than a week.... I do it when I feel sad, frustrated, lonely ...when I feel how little life is worth and how little I am worth (...) I need to relieve my internal and emotional pain with an external and physical pain. When I feel this pain I forget about all my problems. There, at that point I feel no internal pain in my heart or in my soul. I only feel how the blade gradually cuts my skin ... and there, at that point I forget about everyone else ”
(princesita de anaymia)

Despite the lack of success of face to face meetings between participants in real life, the members of self-injury communities are recognizable to each other in real space through the use of distinctive symbolic markers which can be bought very cheaply: necklaces, bracelets, key chains, and finger bands in orange (identifies a person currently self-injuring), or orange and white (identifies a person who has self-injured in the past). Mutual recognition, however, seldom if ever progresses to social contact.



In blogs, You Tube videos, and internet forums, images of fairies, butterflies, teddy bears (always mutilated, missing an eye or an arm) or sad-eyed princesses identify the participant as someone who self-harms. The use of these images and elements of material culture with shared meanings shows that while self-injury is a response to individual distress for which the internet serves as a platform for expression, it also has a social and intersubjective dimension. The virtual community is, at least to some extent, a real community. Paradoxically, it is in the disembodied space of the internet where this community finds expression.

In the communities with which we worked, images of fairies, butterflies, princesses, (sad) dancers and teddy bears and dolls (almost all of which were broken) were part of

the shared symbolic imagination. When I asked her in an interview about the meanings of the images and the use of these symbols Marilyn said:

“I don't know if I'll be able to explain it very well ... It's as if I needed to create my own world, to create a tailor-made world. A world of nymphs, elves, butterflies, princesses ... but look at their expression, look at how they're crying. They're sad. It's a sad fantasy world. It is a wish to relive the times when I felt secure, when I felt like a girl ...”



Images taken from pro-self-harm blogs: <http://princesita0408.blogspot.com>, <http://dollyprincess.blogdiario.com>, <http://xragdoll.blog.friendster.com>, www.networkedblogs.com/blog/ciclicacomolalluvia.

2.1 Delimiting de field: observation units

Discussion forum

A *discussion forum* as a virtual space where a determined number of online users enter to learn, produce and exchange knowledge, collaborate and provide different points of view about a specific topic. Regarding their organizational structure they are monitored by a moderator/manager who is responsible for supervising the forum and making it more dynamic. The usual entry process is: 1) registration, although there are open discussion forums, 2) authorization by the moderator, 3) access to the threads that interest you most.

Forum	Administrator	Registered users	Moderator's signature	Year created
Somostlp	Angelet	37: 27♀/10♂	“Nothing is as heavy as a heart when it's tired”	2008
Autolesion	Bloodie	150:¿?	“We are princesses in our perfect fairytale world”	2008
soyborderline	Demona	200: ¿?	“Fragile madness”	2007

On the question of using the forum as an instrument for gathering information, we must point out that we worked with secondary forums, forums that already existed and did not open any new ones for the purpose of this research.

I always had to register in the forums which I worked with. In fact, registration was compulsory if I wanted access to the content of the forum. Registration gave me access to the threads that interested me most and enabled me to make contributions, open new threads and make comments. In this respect, I believe that it is important to stress that before I joined in with the debates, my role was a passive one, limited to observing, positioning myself as an observer (a lurker) in order to understand the rules and dynamics – both explicit and implicit - in the different forums. This also applied to the blogs.

Blog

A *blog* is a website where one person –or a group - writes regularly about what they want. In the beginning, in Spanish, the term *bitácora* was used and is taken from the on-board log books that were used to record what happened during each day of a ship's journey. About its translation, and even though I must admit its use had a romantic touch, nowadays the term *bitácora* is used very little and weblog and blog⁸² became more popular.

Although at first blogs were seen as spaces for epistolary writing and considered a short-lived ephemeral trend, time has proven otherwise and the number of blogs continues to grow at an incredible rate. Blogs have been refined and have created very user-friendly environments and platforms, along with the technical possibilities being greatly improved and the numbers following blogs keeps on growing. To cite but one example, according to figures published by *Technorati* (a blog search engine) there is a blog created every seven seconds in the world, although it must also be noted that only 50% of them remain active after five months.

⁸² The term *weblog* was coined by the American writer John Barger in 1997, describing it as a space to annotate the net, "logging the web". The short form was first used by Peter Merholz who jokingly broke the word weblog into *we blog* on the sidebar of his blog in May 1999. Shortly after its use was adopted as both a noun and a verb, with the term to blog meaning to edit or post to ones own weblog.

To define a blog we must consider it as just another setting where it is possible to carry out ethnography, and above all to take its intention and content as an analytical category is complicated, if not to say of little interest. This is mainly because nowadays each blogger uses their blog and gives it specific features depending on the needs and objectives that it seeks to develop. What we are going to try and defend here is the possibility of rethinking the question of blogs starting with an analysis of their rhetoric and the networks they create. In fact the idea of including blogs in the study of pro self-harm virtual communities lies precisely in seeking to objectify the type of networks that are established around a blog and reflect upon the needs that are conducive to the so-called “blog phenomenon” that together with the “YouTube boom” responds to one of the greatest needs and communication manifestations planned by anonymous people that we have ever witnessed.

The importance of blogs in studying self-injury communities also lies in the process of discovering the implicit networks that act as a link between the seemingly unconnected blogs we selected, and to examine the elements of cohesion at work that strengthens this feeling of belonging to a group. Reviewing followers and *comments* from the five blogs that were part of this research, it must be said that even though the selection process was carried out at random we did find to our satisfaction certain links that allowed us rethink the idea of blogs as immerse microhistories within a network of related stories, each mutually providing feedback and not as distinct entities. This contributed towards strengthening our initial hypothesis about blogs as a network.

We established a series of basic criteria in selecting our observation units and decided to work on five blogs and three forums, even though the number of blogs and forums I followed is more than what I have presented here. In deciding the blogs to work with I took the following into account: 1) the language, it should be written in Spanish, 2) the date the blog was started (I felt the blog needed to have been created at least two years previous, however I also included a new blogger in the study), 3) the blogs had to be updated regularly, at least a few times each month, 4) they should tell a story and 5) the comments had to be open. All the blogs I worked with had physical self-harm as a common thread and the search for these blogs was carried out in two ways: one could be called *passive*, using Google alerts, as I received information about new webs, blogs

and material that arrived to my email on a daily basis. The other was *active* using Technorati and this allowed me to actively search using key words in blogs and posts.

It was not an easy task to implement this selection process given that there are so many blogs with very interesting self-harm stories. The observation units were chosen at random but always considering the items I had previously developed as I wanted it to be representative of age and gender, although they were all between 17 and 25 years old. I also wanted to find different reasons and motivations for self-harm and this was sometimes perceived as an emotional reaction to intense pain, or a lifestyle choice and in the majority of cases it was associated with a diagnostic category (Borderline personality disorder or Eating disorders).

Àmbar Violeta is an example of what I defined as an ***ephemeral blogger***. Her blog is an example of an abandoned rough draft of digital text drifting through the net and I must admit when I found it I felt an immense feeling of joy on having located this small treasure. A draft of an abandoned and neglected blog, but that still had some life in it... as I read through it my excitement was similar to having found an old ship's log at the bottom of the sea, or failing that I would compare it to the excitement of finding my older sister's private diary as a child. It was just too much temptation.

I don't know the reason why Àmbar Violeta abandoned her blog and unless she makes a surprise return to the world of blogging we will never know. She left nothing behind, not even an email or a contact address. The truth of the matter is that she had secrets and she found refuge and a place to explain her secrets on the virtual space. The strange thing about her blog is that although it was created in 2007 and only updated for less than a week, it still continues to receive messages from followers today as if time had stood still.

Youtube videos

Youtube is a website that hosts videos where users can upload, share and comment on videos. The self-produced visual content on youtube that we worked with is amateur videos providing first-person accounts of stories and experiences of self harm. We used videos produced in Spanish and English. The tags we used to search for videos were:

“autolesiones”, “autolesión”, “self-injury”, “self-harm” and “bodily self-harm” and the 50 videos we downloaded are a selection of the very large quantity we viewed.

	15/09/09	17/10/09	15/11/09	20/01/10	02/03/10	11/04/10	12/05/10	02/06/10
Autolesiones	82	85	91	89	90	106	85	86
Autolesion	121	117	124	118	129	131	95	99
Self-injury	1940	1830	2010	2070	2300	2450	3000	3110
Self-harm	2690	2710	2800	2830	3100	3350	4000	4030
bodily self-harm	57	55	56	60	72	91	97	103
automutilacion	32	32	35	35	38	36	40	41

By category/tag of the videos on youtube between September 2009 and June 2010, the tag “self-harm” has the most entries.

3.2 Methodological adjustments to the fieldwork

The particular feature of the virtual communities that we work with is their exclusively online nature. Outside virtual space there are no pro-self-injury or pro-self-harm groups; there are only individuals who self-harm.

Using the metaphor of Alice in Wonderland, it’s as if these spaces I’m referring to only exist on the other side of the mirror, on the other side of the glass, in a parallel world of decentralized networks. This is difficult to imagine when one sits in front of their computer, but as we know they are there, in a dimension that transcends the physical, that exceeds the space/time dimension to move to a fixed point in the structure of the networks. A point which is never the same and is constantly redefining and adjusting itself and providing communicative feedback through different inputs (threads, posts, comments and entries) of its followers and registered users. This is a poem for any social scientist.

What I wish to present at this point is especially important as it has to do with the work behind the scenes, with the ingredients and the essences that combine and facilitate, and also bias, the results obtained.

The fieldwork with these and other units of virtual observation (blogs, forums and YouTube videos) began rigorously in 2008, even though I had already made some ethnographic advances in cyberspace, it wasn’t until this year that I really began to

focus and compile systematically information. I finished it in 2010, not by choice but more because of timing, and from the moment I began the fieldwork expedition in pro self-injury communities and even now to this day my identity both online and offline has been matured and shaped.

One of the points I would like to set out here is related to the tension that arose me when some of my colleagues made me think about the possibility of contrasting, or not, the material I obtained on the Internet. I will examine this point, and the difficulties I encountered to establish physical contact (face to face meetings) with my informants. I will also examine the potential the net offers us to rethink about classical concepts such as *field*, *community*, *observation*, *participation*, *participant observation*, *fieldwork*, *the identity of the researcher* and *the treatment of information*. My second point concerns another issue that arose and is related to whether my attitude must be critical, passive or one of condemnation once the fieldwork finished.

About the ethnographic methods on those communities, I have always maintained a pragmatic perspective, by which I never tried to force the situation, nor have I forced my informants to the methods or methods to informants. It has all been a natural process which is in the essence of the rapport I established with my interlocutors.

The appropriation of the classical anthropology concept of the *field* referring to our observation units has served to narrow down the different *sites* – virtual spaces- that we have ethnographically studied. Special feature of online ethnography is that we cannot think of the field as something connected to a physical or geographic space, but rather perceive it as a space where action and interaction takes place and people with similar interests are brought together. Not even face-to-face interaction, which is of key importance in anthropology, is guaranteed.

On this point the main difficulty we face is related to the possibility of validating the information obtained, although I proposed to have some offline meetings with my informants I was unable to set it up. This issue can be a limit of our fieldwork, nevertheless if we consider why these encounters or *kedadas* have not proven fruitful, we realise that secrecy and stigma related to self-harm plays an important role. An interesting reflection to make at this point is how the internet is regarded as a space that does not infringe on the private space even when projecting images, thoughts and

feeling that form part of this domain; we can only assume this is due to the anonymity the internet allows.

About the considerations of public and private spaces of action, Carlos Castilla del Pino (1996) did an interesting analysis on the theory of privacy, intimacy and the environment of representation. According to Castilla del Pino intimacy is a reserved space that acts irrespective of all constraint (1996:24). As Castilla del Pino said: “the Omnivoyeur God whose eyes comb the most hidden parts of our soul to surprise the “true intention” of our actions, pursuing the control of the different inner selves (...) trying to induce the subject towards the suppression of the intimate space (...) and thereby the codes that govern private life (...) that can be strong and effectively controlled...”(1996:25). However, on that issue we must also take into consideration that more than private, public and intimate actions, the most important things are the spaces, as settings based on what is considerate appropriate or not to each situation. This staging agreement is coded by the social structure (Castilla del Pino, 1996:21) that determines what kind of action is appropriate for each scenario. Del Pino analysis allows us to show how certain abnormal practises which are relegated to intimate spaces in real life and found in the cyberspace an appropriate scenario to be showed.

Dreams, aged 17 years old, says the following about the issue of privacy and how to prevent cuts from being seen:

“As we cutters know, this is very private behaviour, it's not for showing off in public, it is something very personal.

A few tips for hiding the wounds:

-Cut or harm yourself where you can hide the wounds, such as at the top of your legs or your upper arms: where they're covered by a long sleeved sweater, at the wrists or on your feet. You can also use your chest.

-Wear long trousers.

-Long-sleeved jerseys.

-Big bracelets or wristbands.

-Do sport for an excuse to wear a bandage .

-Always laugh and appear happy. Nobody will suspect that you feel bad.

- Cover wounds with skin coloured patches.

-Buy foundation in your skin tone to cover up scars.”

Participant observation as a methodological strategy implies high levels of personal intervention in daily lives of subjects of study, much higher than other ways that come close to social reality (Joan Prat, 2007: 94). As a researcher I submerged to these communities in the same way as my informants: through a computer and internet connection. I was doing floating observation— as a *lurker*⁸³— during three months, and these three months gave me the opportunity to become more familiar with group activities and the set of implicit —also explicit— rules that regulate groups— known as *netiquette*⁸⁴.

Following BH Junker roles of fieldworking (cited in Hammersley & Atkinson (1991:93) [1960:36] it could be said that during the time I carried out online fieldwork I have gone through nearly all the social roles and stages that a researcher can experience, short of arriving to the level of full participation. On this last point I am not going to deny that during some of my sleepless nights and after having read some papers on building a net identity in cyberspace (Contreras, P., 2004) that I didn't think about creating a net identity that would allow me to interfere in the groups as just *one more*, but I must say, I never had the courage to follow it through. As I have already said the observation was a very slow process where monitoring with little or limited participation plays an extremely important part in the first stage.

Although all scientific research seeks to establish a set of methodological procedures to ensure the data gathered and its interpretation to social life (Hammersley & Atkinson, 1994: 40). In my case I was faced with the ever-present sword of Damocles and the possibility of contrasting the information I obtained from this medium. How could I

⁸³ *Lurker* (unidentified observer) is the name given to registered or anonymous users who have a receptive and passive online presence. It must be made clear that a lurker is very different to a *leecher*. A leecher is even more frowned upon and is the name used to define those users who try to benefit from others' resources or effort (for example in thematic or specialized forums) but not offering anything in return. In P2P networks they are extremely frowned upon as they break with the philosophy of giving and receiving.

⁸⁴ *Netiquette* is a word derived from the French word *etiquette* (meaning politeness) and *net* (internet) and is used to define a set of rules and norms to regulate user behaviour. Some of the basic norms include: don't write in uppercase letters – it's seen as shouting—, read the FAQs before registering, ignore *Trolls* (returning to generic internet terms again, a troll is defined as a person who writes rude and offensive message to disrupt a conversation and anger the contributors. In some forums and blogs we can find the phrase and icon “don't feed the troll”. To give you an example, we found the following comment in Carol's blog: “*Idiots...witches with no idea of the value of life...buff hopefully you all bleed to death...and then you will understand how much you were worth...stop crying for attention ...This is why nobody wants you, you stupid cows...*”

check that my informants were who they said they were, and that the information they published was true? I must admit that once again the classical ethnographies provided me with the answer. Rereading Malinowski's work on the *Argonauts* I realised that observation was the key here. The observation needed to be very detailed and rigorously recorded in the field diary. Without ever underestimating the importance of the story, one must be aware that reading between the lines is more important than reading what is written. One must be able to become immersed in the often implicit meanings, the actions they carried out and also to know how to spot the elements of contradiction that appear during the monitoring.

As I said we worked with blogs, discussion forums and self-produced audiovisual pieces, and the amount of material is overwhelming. In the beginning I created a Gmail account and signed up for "Google alerts" in order to have updated access to the new blogs and forums. I used two search terms, *self-harm* and *self-injury*, and even today I still receive at least two messages everyday with updates and news.

3.3 Treatment of the research

One of the main problems I faced at a methodological level was my uncertainty about closing the field. I always felt it would be good to conduct another interview, add another profile, carry out more observations, and include another blog or extend the monitoring of the forums. It seemed that I never reached the theoretical saturation point suggested by Glaser and Strauss (1967), there were always loose ends to tie up, I always need more time, more observation, more field. It was a feeling of absolute nonconformity and uncertainty, no matter how much analysis and recording I had done, I always needed more. However the moment arrived when I questioned myself about finishing, I knew that if I didn't get over this sensation my work could be prolonged *ad eternum* and I would never finish the thesis. It was difficult finding the right moment to stop, mainly because of the good relationship I had established with most of my informants, and also due to the fact that I felt very emotionally and personally involved. In fact, these relationships started to take up much of my time, I spent hours online monitoring forums, blogs, watching videos on YouTube and listening to music from *Evanescence*, *tiritas de alhambre*, *superchick*, *My chemical romance* and *May* all of which had a big impact on me and I spent time understanding their lyrics, which meant even more time online monitoring threads, posts and comments. The immersion was

complete and even though I tried to maintain the point of alienation point required to write something reflective within the context of my observations, I began to feel very absorbed and at times it was very difficult to distance myself. On this point I must add that although I felt this way, for them I was never just one more and they always understood what my role was.

At first I thought about creating a blog to record my notes and field diary, I felt this virtual resource would allow me to edit my observations and reflections following a temporary order and incorporate them into the records. Initially this seemed to be a good idea as my informants had access to the information I posted, but I feared that the public use of this data from my private notes would bias the material I published, precisely because I knew it would be read by third parties. I then decided to continue with the traditional format of a field diary notebook, although I also created a blog, - <http://cuerpoypadecimiento.blogspot.com>- where I shared some thoughts and ideas, and posted some articles, book reviews and video clips. The idea behind the blog was to post things that didn't really fit into my field diary, thinking that later, and from a distance it would be easier for me to take them up again. When recording my notes in the field diary I tried to be consistent and write about each *site* at least once a week, I adhered to the time frame but not the structure as the field log diary is full of ideas, some developed, others not, maps, plans, fragments of transcripts, etc. We must of course take into account that all these recordings play an extremely important role in my personal view about the course of events and the relationships observed.

Regarding the issue of treating the information compiled from both the blogs and forums it is obvious that we needed to work with textual documents. I adhered to using a chronological criteria type for the records from the blogs and forums and although in the beginning I used word documents for each blog and forum, copying and pasting the records and updating the comments, I then discovered *Google docs* in the course of my research and it helped me greatly as it meant I always had the documents available online and could edit and include updates from anyplace with an internet connection. The fact that it is also possible to add comments to the text helped me in starting to build analytical categories and work on them within the text itself. To create these categories I used the concepts of "*experience near*": nerves, cuts, fear, pain, anger,

sadness, anxiety, rage, madness, way of life and “*experience distant*” (Geertz, 1994: 74): Self-injury, self-harm, symptom, disorder and addiction.

In relation to the data analysis it must be pointed out that as I was carrying out observations, gathering information and expounding articles at length, I progressively started to focus on the central theme of this research and to monitor the material I believed could enrich my field work. It is on this basis that I appeal to the understanding of the analysis as more of a process than a result, given that the actual design, problem formulation, decisions, focus points, etc that I used during the fieldwork were far from random and somehow conditioned the observation and therefore the results derived from it.

4.4 “My scars tell a story”: virtual embodied narratives

The specific nature of the narratives we worked with in this chapter is connected to the particular nature of the space in which they are generated and the various narrative forms (text, image or audio) with which they are projected in cyberspace.



Although I initially thought that I wanted to perform a differential analysis between online and offline narratives, when I started to formally construct the chapters, I was tempted to leave the production space to one side and analyse the discourses – regardless of whether they were oral, textual, audiovisual or iconographic - and to construct a generic chapter on narratives. I considered this question for several days: on the one hand, the joint narratives enabled me to relate the complexity we found that when defining the online/off-line spheres of our life from the construction of the text itself, and it was possible to transfer this to the accounts. However, on the other hand, I was also aware of the Internet's potential for generating discourse and for the projection of anonymous individuals who use it to expand and publicly display part of their privacy. In addition, the richness of the virtual narratives with which I was working also was due to their form: working with oral

accounts was not the same as with written text, or with images, or with self-produced audiovisuals or drawings. Different media were used to tell their stories⁸⁵.



The opportunities that being able to work with these narratives opened up to us were incredible. This was basically because regardless of their purpose: either 1) *cathartic* (especially in the blogs and videos on youtube which are published in a private online diary format and in drawings-collages relating to a specific experience of suffering, or 2) written in order to *share* (more explicitly in the forums and also in some blogs), the power of these narratives lies in the fact that as well as providing us with an explanation for the symptom from within, they gave us access to experiences of suffering based on text or a story or an image or self-produced audiovisuals constructed – more or less - aseptically (due to the configuration of the virtual space, in which the distinction between public/private/intimate is difficult to ascertain), in which the body was the key item feature used to show this suffering.

⁸⁵ Examples of collage and drawings published at: <http://self-injury.net/creativity/artwork?> (date consulted: 20/07/2010) . These artistic productions are uploaded to the creative space. Artists: amymay31 and Owlivia. The text in the third drawing says: “The only thing that keeps me here is the tiny, little nagging fear, the guilt and then there is the shame of perhaps causing other people pain. Is it possible that I am worth so much for my self-destructive presence to be missed so much? And what will happen when those that value me open their eyes and really see that the mask I wear is all a lie and all that I have is a desire to die. I don’t think they will love me (...) they will turn their backs and walk away and leave me alone so that I may be free of fear and guilt and shame and end forever all this pain...” Owlivia.



3.4.1 The skin battlefield

"Some of us have our scars on the inside, others on the outside. They show that we're alive ... painfully alive" Lilith

The Polish anthropologists Zbyszko Melosik and Tomasz Szkudlarek (cited in Bauman, 2004:68), in their 1998 study of the construction of identities in the postmodern world, pointed out that living in a world of apparently endless choice (or at least more options than one person can choose among) gives us the pleasant but illusory sensation of being free to transform ourselves into whoever we want in a world full of possibilities. This deceptively pleasant sensation, however – the idea of becoming whoever we would like to be — leaves us with a bitter aftertaste because it entails a permanent state of indecision and dissatisfaction. This is why people feel unhappy despite being able to choose among many possibilities.

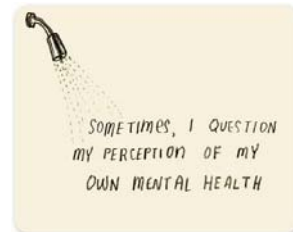
Gilles Lipovetsky (1990a) calls our attention to the hedonistic narcissism inherent in what he calls the “personalization” of identity in a society that has entered a “second phase” of consumerism characterized by widespread apathy toward anything not connected to the satisfaction of individual desires. Lipovetsky evokes the trivialization of the social world through a sports metaphor, that of “gliding”, as in windsurfing and skateboarding, in which the individual skims the surface of things, indifferent to their import. The social is reduced to the psychological, and self-absorbed individuals feel at ease only in the company of others like themselves. Paradoxically, in Lipovetsky’s society of narcissistic hedonists, individual consumption practices have the effect of uniformizing bodies. As Àngel Martínez (2003:8) has observed, consumption in late capitalism generates regularities concealed behind apparent diversity, and the body, as one of the most highly commodified objects in the global marketplace, is no exception.

At the same time, postmodernity is subject to multiple readings, and the body, to cite Martínez (2003), is not a “uniform token of the culture of modernity” but also a narrative tool for the expression of identity that has lost its meaning as the source of sin and has become the ultimate customizable accessory.

We have an example of the body as a commodified object in clinical discourse between plastic surgeons and their patients⁵. During their first office visit, many women patients tell the doctor that they want Elsa Pataky’s bottom or Angelina Jolie lips. This is not an exclusively feminine-gendered phenomenon; there are men who request Julian Mc Mahon’s almond-shaped eyes or George Clooney’s behind. This is not limited, however, to the cosmetic surgery industry. It is difficult to escape normative body imagery even in social spaces where the physical body is absent: chat rooms and virtual discussion forums. Sooner or later, references to the body appear even in these contexts. I am convinced, although I do not have ethnographic data to support this, that when people talk about their bodies online they make an effort to remain within preestablished normative canons.

I will return later to the question of representations of the body in virtual spaces in the context of an analysis of virtual communities that promote self-injury and self-harm. I would like first to focus on how advances in cosmetic surgery have made constant remodelling of the body possible. Our permanent dissatisfaction with our bodies is also fuelled by the advertising industry, which requires an increasing dynamic of consumerism (Featherstone, 1991). Spain leads the member states of the European Union in the number of plastic surgeries performed, and it is fourth in the world, preceded by the United States, Mexico and Argentina⁸⁶. According to data published in the journal *Diario Médico*⁶ in March 2008, in Spain approximately 50.000 breast implants were performed in 2007, most for nonmedical reasons. The same article reports that 80% of the patients who undergo plastic surgery are women.

⁸⁶ We also assume that this is increased by the so-called “scalpel tourism ” which makes the Spanish private health sector one of the main and most highly rated destinations in terms of the quality/price relationship by the English, Swedish, Finns and Germans.



Even cosmetic surgery attempts to reproduce normative bodies. Problems arise for health professionals when people request surgery that redefines their appearance in ways that subvert the normative and hegemonic patterning of bodies. I am thinking here of people whose sexual identity is at odds with their physical appearance, or people who are unable to identify with their own bodies unless they are in some way mutilated, as by amputation of a limb. Psychiatry defines this as a pathology, body integrity identity disorder (BIID). It is plastic surgeons, however, who often find themselves on the front lines of the ethical dilemma this poses. Who decides what is and what is not an ethically acceptable surgical modification of a normal body? While plastic surgeons feel unable to question on ethical grounds non-medically necessary breast augmentations, liposuction, and other procedures that bring bodies into line with broadly accepted canons of beauty, they draw the line at unnecessary limb amputations. Social consensus on definitions of the normal and the pathological in the realm of the body find a parallel in the social construction of sanity and insanity. In my view, as soon as the body becomes modifiable, it ceases to be a subject – the repository of personal definitions that make it unique – and becomes an object in a strategic space where identities are re-defined and re-formulated. Transexuality and body integrity identity disorder are examples of this objectification of the subject.

Readings of the body through narcissist imperatives (Lipovetsky, 1990b) promote and glorify the self-construction of bodies valued insofar as they can be commodified, insofar as they acquire their identity through particular uses and the use of particular products. The constant search for identity under these circumstances produces forms of malaise that translate into an increase in the number of psychiatric diagnoses, which in turn are reported in the press as signs of a looming epidemic of mental illness:

“Depression on the rise in Spain: the eight causes of a 21st century epidemic”; “Mental health disorders affect 20 percent of children; Sant Joan de Déu Hospital warns of a rise in psychiatric illnesses”; or “In Catalonia 14 percent of women and 7 percent of men suffer from mental health problems.” The feelings of vague distress, inner emptiness, and the absurdity of life that such headlines reflect are linked to the endless search for and reaffirmation of the self, and oblige us to reconsider the cultural construction of emotions.



The relation between body and identity, and the idea of the body as an amplifier for the self, makes the anthropological paradigm of embodiment (Thomas Csordas, 1990) an especially useful way to analyze the meanings of self-harm practices in young people. The paradigm of embodiment allows us to approach the injured body analytically as an object field. From this perspective it is possible to read injured bodies as embodied metaphors for the permeability of body boundaries (the image of blood seeping from razor cuts, for example, suggests the porous nature of identity) and also as practices that are transmit a message of social suffering from uncontrollable emotions that are literally inscribed into the skin of the young people whose stories are quoted below.

Although the injured body can be read as a symbol, as a text that reflects the individual's disenchantment with society, in some narratives it is possible to read self-injury as a disruptive practice, as a form of resistance to normative patterns of beauty. To give an example, **Dark Rose** wrote in a published post at the end of 2007:

When I see my blood running I feel good, though I have to say that the scars are the best part. I love looking at myself in the mirror and see the fresh marks. It makes me feel different, special, I need to do it.

When I cut my arms, I feel like the happiest girl in the world, but this feeling is only in my memory, because I don't cut myself in places where others can see it. I feel so stupid but this is really what I feel. I'm as beautiful and special as my scars...

Dark Rose's need to feel “different” and “special” points to the process of construction of identities through the body both as symbol and as agent. The lacerations and the

blood seeping from them allow us to perceive these bodies in both a metaphorical and a carnal way as open systems. Self-injury and the resulting scars express repressed, blocked or silenced emotions. In the life stories I collected from the young people I interviewed, talk about repressed emotions was framed in their own experience-near categories as 1) inner emptiness, 2) loneliness, 3) anxiety, and 4) pain that reconnects one to life.

Maica is a 17-year- old girl I located on the internet four years ago, and although I tried to establish contact with her, she never answered my e-mail messages. I was, however, able to track her postings in different forums in which she told her story using the same pseudonym. I quote from one of her postings, published on *elconfesionario.com* in March 2006, in which she draws a connection between her feeling of inner emptiness, which she transfers to her body in the form of scars, and the pain that reconnects her to life:

When I injure myself I feel... hypnotised. When I feel that razor cutting my flesh my mind goes blank as the trickle of blood forms. For me it is a way to struggle against the emptiness inside me: the pain takes me out of myself, the blood hypnotizes me and wakes me up...

Reading Maica's story, I am reminded of Schopenhauer (1969: 312), who wrote in the 19th century that "Life swings like a pendulum to and fro between pain and boredom, and these two are in fact its ultimate constituents. ...But the constant striving, which constitutes the inner nature of every phenomenon of the will, obtains at the higher grades of objectification, its first and most universal foundation from the fact that the will here appears as a living body with the iron command to nourish it. What gives force to this command is just that this body is nothing but the objectified will-to-live itself." It is interesting that the weariness, grief and despair that lead Maica to flee from the world, like Schopenhauer, does not inspire any of them to seek an escape through suicide. In fact, their positions have common elements and the main differences between them have to do with specific methods of escape or reconnection to the world. For Schopenhauer (1969: 178), artistic contemplation and ethics are strategies of escape, while Maica and others use bodily self-harm as the method that allows them to reconnect to a world from which they feel alienated.

Noelia is a 17-year-old girl who frequently writes in a *ya.com* self-injury forum. In a post at the end of October 2007 entitled “Confused thoughts,” Noelia wrote:

For almost two years now my life has been lost in time. I want to cut myself today, perhaps because I don’t want to think about how to take my life back. But I don’t want to go back to the cutting routine either, because I don’t want to leave my love. I wish I could evaporate and disappear, I wish I could fly; I wish I could stop cutting...

Noelia’s desire to evaporate and disappear through cutting returns us to the idea of the body as object, and to an interpretation of self-injury as a metaphor for open bodies as extensions of shifting identities. Connections between identity construction, repression and linkages between emotions and the body surfaced repeatedly in my interviews. “Loneliness”, “pain” and “emptiness” recurred both as discursive themes, and also as inscriptions on the body.

In their article on the “mindful body,” Scheper-Hughes and Lock (1987) analyse the relation between emotions, bodies and suffering through the analysis of *the three bodies*. Emotions, they argue, affect the way we perceive and live with our bodies in the individual sphere: “Emotions affect the way in which the body, illness and pain are experienced and are projected in images of the well or poorly functioning social body or body politic...” (1987:28).

In the social dimension of the body, the matter of the *disembodied self* or the *selfless body* that appears as a consequence of the modern obsession with and fetishism of consumption (Scheper-Hughes and Lock, 1987), allows me to introduce another shade of meaning related to bodily self-harm as actions that allow my interlocutors to “wake up” and “reconnect” to world in situations that threaten to numb or paralyze the self. Statements such as “The blood connects you and wakes you up” or “The cuts remind me that I’m alive” speak to the embodied alienation of these young people.

“When I feel emotionally overwhelmed. When pain, loneliness, emptiness and sadness surround me, there is just one idea etched in my mind: stop feeling. Stop feeling above all else. Hurting yourself is not the saddest or most sinister thing. The really tough thing is wanting to stop feeling because that involves wishing for death in some way...”

But why should self-harm be the preferred strategy for reconnecting with the world? Terence Turner's (1980) use of the term "social skin" gives me a point of departure from which to develop the notion of In Turner's view, our body surface represents a frontier between society and the individual, and it is precisely on the skin that the social drama is played out. (Turner, 1980:83). Turner also pointed out that our clothes and other bodily adornments are a language through which our cultural identities are expressed. Extending Turner's argument, I want to suggest that the social drama that emerges from bleeding self-lacerations leads us to rethink the body as something that we already intuitively perceive: not as a series of closed categories, but as open and fluid, in perpetual dialogue with the outside (the social world) and the inside (the individual), and to read self-injury as a strategy that allows individuals to reconnect with their alienated bodies.



The work of Zygmunt Bauman (2000) and Richard Sennett (2000) offer analytic possibilities regarding the social construction of emotions, specifically loneliness and the remaking of individual identities in the context of late capitalism. As a consequence of the prevailing models of self-made man/self-made woman as people free from social ties and out of touch with their own feelings, new insecurities, fears, and anxieties are emerging, expressed through the body. Zygmunt Bauman (2004) analyzes the counselling boom and the emergence of the self-help industry as a market response to the management of distress.

In DSM IV⁷ the diagnoses that mention self-injury as a symptom or criterion for diagnosis are: borderline personality disorder, stereotypic movement disorder (associated with autism and mental retardation), and factitious (faked) disorders in which an attempt to simulate physical illness is present. Forms of self-mutilation (amputations, castrations, etc.) may also appear in psychotic or delusional patients. Self-injury is considered a symptom, although some American psychiatrists such as Favazza and Rosenthal (1993) have proposed the recognition of *repetitive self-harm syndrome* as a diagnosis. In her study of women who self-injure, Dusty Miller (1994) suggested the use of *trauma re-enactment syndrome* as a diagnostic category.

In interviews with psychiatrists and psychologists during my fieldwork in mental health institutions, I found that the most common explanations for self-harm were: 1) the desire to attract attention from others, 2) an addictive behaviour as a consequence of the release of endorphins it stimulates, 3) a response to blocked emotions usually caused by sexual, physical and psychological abuse in childhood. However reductive they are, these forms of explanation retain a powerful grip on our collective imaginary because they are both popular and biomedical/psychiatric. The contribution of an ethnographic approach to the study of bodily self-harm in young people is that it decenters these models. A social-support-stress-disease paradigm⁸ allows us to see bodily self-harm not simply as a psychological or physiological phenomenon, but as a complex process in which social, cultural and biological elements interact with psychology. The application of a multi-causal paradigm not limited to either biology or psychological deviance could provide us with new ways of understanding self-harm and its meanings.

As mentioned above, the particular nature of the narratives we worked with in our virtual research is that as well as being oral, they are not limited to written texts. The narrative corpus is constructed not only as autobiographical text, but also as audiovisuals (autobiographies created using images and music: e.g. youtube, livevideo, photobucket, etc. with music⁸⁷) and bodies (images of corporal inscriptions shown on the Internet: flickr, photobucket, in blogs, forums, etc).

For Neth, her self-harm is her “war wounds”: *they remind me of where I was and where I am now; the journey I have travelled, the steps taken and that gives me strength when I'm tempted to take a step back...*

As mentioned above, despite suggestions on numerous occasions, it was never possible to establish face to face meetings with our virtual information providers. While this could be interpreted as determining the reliability of the information that we obtained, we felt that one of the opportunities that anonymity gave us was connected with the idea that a priori, the stories were built on suffering experienced, with no intermediaries, without – one can initially assume - the medicalising discourses that consider bodily self-harm as a symptom in diagnostic terms (according to DSM-IV) or as a syndrome or diagnostic category in itself (Favazza and Rosenthal, 1993; Miller, 1994).

⁸⁷ Appendix 4

Despite our prior assumptions, we found appropriation of medical discourses and explanatory models, syncretising, interlinking, and embodying features of the medicalising discourse on this type of behaviour in their narratives, especially among our diagnosed information providers. One example of this was **Marilyn**. In an interview with Marilyn by e-mail she told me: "...I have been suffering from BPD for at least 26 years, I began to self-harm sporadically when I was 14, although for the last four years this self-harm has been permanent and brutal...". In another of the e-mails, Marta explained her interpretation as follows:

"Dear Lina: There are very many factors that influence self-harming behaviour, and it is most often associated with personality disorders or psychological problems. I think the problem is not self-harm in itself, but what is hidden behind it; what I mean is: self-harm is like a fever, it's an indication that something isn't working very well in the psyche of the self-harming individual. And in most cases there is a close relationship between self-harm and low self-esteem. It's also true that there is a big problem: self-harm becoming chronic, because when you self-harm, your body releases endorphins (which are opiates that the body itself generates) which are what makes self-harm, despite being painful, give a paradoxical pleasure to the person doing it; so that the more you self-harm, the greater the dependence on self-harm that you self-generate ..."

(Marilyn, 40 years old, interview by e-mail).

What Marilyn's story clearly shows is how the model of addiction affects both the course and the prognosis of her illness.

In my fieldwork experience, I have encountered evidence of the nocebo effect (Cannon, 1942) produced by labelling, in this case a diagnostic label that promotes worsening and a tendency for diseases in general and bodily self-harm in particular to become chronic. To a much greater extent than was true in Spain even a few years ago, patients want to be informed about their symptoms, diagnosis and prognosis, but this positive development, together with rising and even inflated expectations regarding treatment that can lead to a kind of dependency relation, may generate self-fulfilling prophecies that amplify the impact of the diagnosis on the lives of young people and leave them more vulnerable than ever.

Marilyn's story provides a clear and paradigmatic example of the nocebo effect. I met Marilyn in a psychological forum in 2007, and since then we have been in touch by e-mail. Marilyn is 40 years old; she is a professor of business administration in a Spanish

university, although she has been on sick leave for a year with a diagnosis of depression. She is currently studying psychology at the National University for Distance Education (UNED) and is also the webmaster of a self-injury webpage (www.somostlp.net). She has been injuring herself since she was 14 years old. Below are some excerpts from her second posting in the online forum that are representative of the nocebo effect of labelling:

“Weeks ago I wrote my first post in this forum, entitled: “I’m new here and I need help”. In the post I said that I was diagnosed with chronic personality disorder, and explained my current state, a state that I described as quite critical (especially because of the problems with my parents) that returned me to the origins of my illness, with the reappearance of anxiety and panic attacks, agoraphobia, neurosis, insomnia and self-injury (...) The problem now is that I not only can’t control the injuries, but also that I’m injuring myself more often, 2 or 3 days a week, and worse: all of them are razor slashes, and if I started with small multiple cuts in my calves, now I am making deep, serious slashes in my thighs, forearms and abdomen. Yesterday, for example, I cut the inside of my left calf so deeply that part of the muscle was exposed and I had to go to the emergency room for stitches. Luckily I knew the psychiatrist on duty and talked with her (...) I read in a psychology book that the body secretes endorphins when you cut yourself. Does this mean that I’m addicted to self-harm and I’ll never be able to give it up? (...)”

Marilyn’s story, and others like it, demands an analytic approach that takes account of the multidimensionality and the causal multiplicity (Cannon, 1942) of bodily self-harm. We can only gain access to the cultural and symbolic meanings behind self-injury, through an interpretive approach that takes seriously the point of view and the explanatory models of those who engage in it. Seen in this way, self-harm can be understood as a practice through which the body speaks through its skin, through the cuts and inscriptions incised into it, and is transformed from an anonymous body into a text with its own discursive power. According to Jean and John Comaroff (1992), whose analysis of Tshidi Zionism in South Africa suggests that subaltern corporal practices embody a message of protest and resistance that must be decoded and interpreted.

Cutting as a disruptive practice (usually superficial cuts mainly on the arms, belly and legs) and engraving words on the skin (for example, *I hate you*, *this one is for you*, or *loneliness*) reveal the body as a field from which it is possible to communicate and to express desires that emerge from buried emotions.

“I don't know – says Santika - when the wounds in my arms, legs, my soul, started. What I do remember is the sensation of the flesh opening up, as if it was plastic wrapping for the pain. I remember thinking: shifting the pain from soul to the flesh: let matter suffer so that the spirit can rest (...)”

As the action is done in the body, my proposal also follows the idea that the body is an amplifier for the self (Giddens) and the considerations of the three bodies from Scheper-Huges and Lock (individual: understood in the phenomenological sense of the lived experienced of the body. Social: referring to the representational uses of the body and understanding the body in sickness as a symbol of social disharmony. And politic: referring to the regulation, control and reproduction of the bodies like fordierst body mass production) Help me to understand the injured bodies as carnal metaphors of social suffering from which is possible to read in terms of Csordas as an object field (related with the idea that the repressed emotions appeared carved on the skin) or as a subject field, as a way of agency, as a way of transgression and divergence in front of hegemonic modes of body productions. All this discussion leads us once again to the "narratives of illness" (Kleinman, 1998) as the instrument which phenomenologically brings us closer to the meanings and experiences behind self-harm as well as being an attempt to confer meaning on these girls' experience of suffering.

Many therapists recognise *the desire to attract the attention of others* by means of self-harm. According to **Demone**, this is one of the most mistaken ideas, and the one that people who self-harm fear most. For Demone, if they simply wanted to attract attention, they would not do something as extreme as hurting themselves. They would not hide their injuries, they would not wear long sleeves in summer, and would enjoy swimming in a swimming pool or on the beach. They would not look for excuses for their scars or change the subject, and would not hide when cutting themselves. If the self-harming person attracts attention, it is not deliberately, but rather accidentally. This cry for attention does not aim to be the centre of attention. It is an unconscious call for help, and it should be remembered that for self-harming individuals, what they carry inside them is more painful than their wounds. For **Marta**, self-harm is also not a *desire for extortion*. Those who self-harm are not trying to manipulate the people around them. It is not a method of extortion in the sense that it is not done to take anything from anyone else, such as attention, company, etc. For **Diana**, "Each injury is a cry for help, raising

the alarm that something is not working, perhaps they don't want anybody to find out, but in the long term those around us will find out". Self-harm is something very personal for our our information providers. It is the externalisation of pain that cannot be expressed. According to 15-year-old **Selene**, "I am a case of self-harm not because I want to attract attention, but to handle my emotions. I'm in therapy and the truth is that a lot of people at school, including the psychologist, think that I can do that for attention or to play at being an emo, but that's not true."

For Diana, self-harm is an externalisation of internal pain when it cannot be expressed. On the question of emotions and corporalised pain, Heather published the following poem:

Tears of blood

They fall slowly from the cut

Mimicking how I feel.

~

Tears of blood

Falling from a cut

I thought I was afraid,

But I found the strength

~

Or maybe I lost the strength

Too much to handle.

The tears of blood have to fall.

They have to replace the salty tears

Which I won't let fall from my eyes.

~

I was afraid

Then I found the strength

Released the pain through my blood

Won't let the tears fall from my face

~

A word now etched,
It tells all that needs telling.

It says everything.
And yet nothing at all.

~
Fear.

Fear of the world.

Fear of myself.

Fear of cutting.

~
Overcame the last one.
Let the tears of blood
Slip slowly down my wrist.

For many of our information providers, self-harm is considered in biological terms and as addictive behaviour. According to this model, *“Biologically speaking, cutting the skin releases “feelgood” chemicals, such as endorphins. These chemicals give the cutter a sense of relief. They feel better for a time, but this chemical release wears off. Often people that self-harm need to cut deeper and cut more frequently to experience the same emotional relief. As a result, self-harm can become an addiction...”* (Davenport, J. 2006) and they take on this type of discourse as their own:

I have been self-harming for 3 years (I now have more than 1,200 stitches and dozens of burns all over my body) and although an antipsychotic (SEROQUEL) stopped it for a few months, it's back. How can I stop? I read in a psychology book that the body segregates endomorphins during self-harm and that these endomorphins create an addiction. Does this mean that I am an addict to self-harm and I will never be able to stop? I've tried everything: painting red lines on me with watercolour, reading a book aloud at the time of the attack, pushing the wall, picking up ice with my hands... But the only thing that relieves my inner pain is self-harm, and afterwards I end up in a trance state, calm and free from the tons of shit that I had inside me... (Nelly, 23 years old)

For **Akumi 999**: "Self-harming is like a drug." In the same forum and related to the same post: "On self-harming..." **Valery** says:

When you're immersed in this dynamic you end up believing that it's the only way for you to relieve all the bad things you feel; instead of expressing it, which becomes increasingly difficult, you resort to pain...but over time you see that this doesn't relieve anything. My last spell of cutting myself was in January, I think... I don't remember that, either. But I won't lie and tell you that it's really difficult for me not to pick up a box cutter or a pair of scissors and start cutting until I'm exhausted ...I'm currently grazing my skin because of "scratching too much" when I can't go on any more (scraping with scissors and scratching with a propelling pencil (aren't I original?) which is not the normal way of scratching an itch). Just one question (in response to Yolnd00) "How much longer are you going to be able to carry on with this?" It'll get worse, much, much worse... Perhaps the idea of suicide hasn't entered your head yet, but it'll end up appearing ... Ask your parents for help, as you won't be able to sort this out on your own. Take care...

For many, the body is a vehicle for expressing feelings of emptiness and internal pain. In her study of torture (*The Body in Pain*, 1985), Elaine Scarry talks about how physical pain is able to block out psychological pain because it cancels out all psychological and painful content. This is true of many of our information providers. For Santika, for example, "self-harm is another kind of language, it is a translation of psychic pain into bodily inscriptions (...) it is a way of relieving mental pain by means of physical pain, because that way it's easier to deal with. That's why I self-harm. For relief..."

In *Beyond the pleasure principle*, (1987) Freud says that men and women seek pleasure and welfare in order to avoid pain. According to Freud (1987:83): "In psychoanalytical theory take it for granted that the course of mental processes is automatically regulated by the pleasure principle; that is to say, we believe that any given process originates in an unpleasant state of tension and thereupon determines for itself such a path that its ultimate issue coincides with a relaxation of this tension, i. e. with avoidance of 'pain' or with production of pleasure. (1987: 83). However, the frontier separating pain and pleasure is not always easy to establish. An example of this is masochism (where pleasure, pain and excitement are very closely linked), in extreme or competition sport (Turró, 2004; Aalten, 2007), in the accounts of many of my information providers. Also Pleasure and pain are also closely linked in the process of writing this thesis.

Talking about the relationship between pleasure and pain in self-harm, Yahan, a 16-year-old blogger says:

“Pain is an almost forbidden word, many of us run away from pain, we can't even stand thinking about it, but what's behind this feeling, this sensation? I don't know, only that sometimes I feel the need to hurt myself, to feel pain, I don't think that's bad, I don't think I'm ill or anything like that, I like pain, but not any type of pain, I hate toothache and headaches but I like the pain that I can inflict on myself in a controlled way, it's a way of knowing that everything can be done my way. I think that I'm a bit masochistic. I think that one way or another I'm ill, but I don't need help, I don't want it, I simply like being like this, I like enjoying pain and taking things to another level, pain makes you stronger, more beautiful and sometimes makes you forget that things aren't so good. It's a way of drugging yourself using your own body, it's feeling like you're in the air just by closing your eyes and visualising it all in a wound, seeing the world in the blood in a hole in our flesh...”

All this leads us to consider the difficulties involved in establishing pleasure or pain as entities, as they are not specific behaviours that may be pleasurable or painful, but are instead on a continuum and within a relationship that depends on the context in which they arise. By this we therefore mean that objectifying and reducing pleasure and pain is in itself quite a poor and simplistic explanation for self-harm, and as we will see later, rather than talking in terms of pleasure-pain, in self-harm the issue is physical pain – almost always controlled - which relieves emotional pain.

In the case of bodily self-harm actions, instead of considering how what is painful becomes pleasurable and on that basis seeing how discourses are generated which talk about the addictive nature of the symptoms in terms of releasing endorphins which are addictive *per se* (and in fact this type of discourse to some extent simplifies the symptom), I believe that it is common in the cases with which I worked that they are lost, diffuse emotions-feelings. The individuals concerned are unable to challenge these feelings, they have not learned or have not learned properly how to handle them and exploit them by embodying them, and lash out violently against their bodies by means of cuts, burns, etchings and other more violent forms of carnal expression. The question is, why are these emotions channelled through the body and not in another way, such as by expressing anger, sadness or simply by crying? And the reason why young women are those who self-harm people is a central issue in our analysis and leads us to consider

the complex question of how the body becomes the mechanism for channelling affliction by cutting. Being able to understand is a process in itself.

"I'm starting to see a change in how I relate to and perceive my information providers. In the beginning I was scared: rationally, I couldn't understand what could lead them to hurt themselves. What was the reason that made them cut themselves and scratch themselves until they injure themselves and bleed? Today, looking at it from a distance, I realise that the important thing isn't the pain. I understand that all these signals are another type of language, another way of feeling, and they express them using their bodies" (field diary, 22/07/2008)

Renato Rosaldo's study of headhunting among the Ilongots in northern Luzon in the Philippines (1989) helped me to understand many other things, and especially how the strength of the emotions can incomprehensibly be channelled into the body. Rosaldo's study was revealing because without realising it, I had been silencing important aspects of the stories. I had been blinded by trying to show how self-harm should be interpreted as strategies of microresistance to the hegemonic models of the body – with the ever-present Foucaultian backdrop of biopower - and I limited myself to trying to understand it as practices that were disruptive or alternative to traditional forms of living and experimenting with the body. However, there was something more. Indeed, head-hunting and self-harm showed that as well as the limits of the semiotic paradigm, the representation of the body as text (very closely linked to the issue of biopower) was the entry to the intersubjective world, the world of experience expressed through bodies. Csordas (1993, 1996), Good (2006) and the seminars on phenomenology by doctor Susan di Giacomo in April 2009 were essential for this exercise.

Although as noted above, the idea of self-harm as a "way of life" may be present in some of the testimonies, the experience of most information providers was different. Self-harm was the only way in which they were able to channel emotions such as nerves, guilt, shame, anger, numbness and anxiety. Based on the interviews and analysis of their stories, although I was in principle very interested in considering the question of pain (self-harm) and the pleasure that self-harm created, I soon realised that for many of them, self-harm was not in itself painful. It did not create pain or pleasure - self-harm was a relief, and also aroused a sensation of reconnecting with the world, and reconnecting with bodies from which those involved felt alienated. This sensation of

alienation/otherness with regard to oneself explained why it was only overcome by means of self-harm.

3.4.2 Marian's story

Marian is a girl whose story I found on Neth's blog. Neth's post on 25 January 2010 was entitled: "I don't want to be a princess: Marian's great war" with fragments of her story. Marian's story invites us to consider how at a specific point in her life - during her teenage years - the outward appearance of her body entered a crisis, as it had nothing to do with wanting to adapt to the standards of femininity in which Marian is encultured.

"I'm not a princess, I never wanted to be one: not from fairytales, or Disney films, or in real life with the palace and all the luxuries and royal obligations... I wanted to be the prince who had the great adventures, or even better, the horse galloping through the prairies, or the warmth howling at the moon who felt free dancing in the forest, or the eagle, flying very far away, very high, until it touched heaven with its wings and its dreams... I never wanted to be perfect. I never saw myself as perfect, but I didn't have too many hang-ups, and of course I didn't think I was fat. I always believed (and I still believe) that beauty is found inside everyone (...) I'm not looking for an ideal of external beauty: being thin, fit, having the latest hairdo, being made-up and fashionable... I'm not like that. I know that my problem with food is not because of finding my "ideal" weight. I only aimed at a fixed objective at the beginning of my illness. Now I realise that the thing is not to slim until I weigh X. Stopping eating and vomiting (denying myself this pleasure of life, this biological need) was a way of punishing myself, and of course, of keeping undesirables away from me (I didn't want to be a "sexy" woman so that men wouldn't be attracted to me), of keeping them away from me so that I would never have to cry again because someone had forced me to do something that I didn't want to...

I never sought perfection (what perfection is there in stopping eating and being skin and bones?) and I have never thought of myself as a princess (it wouldn't be very appealing to see Cinderella - to give just one example - sticking her fingers down her throat to vomit after binging herself: it wouldn't be a story, it would be a horror film). Today I weighed myself, and I was even more shocked than when I put on a kilo or two. I've lost almost two kilos in the last week (I think that it's my lowest weight since I started doing this, I haven't weighed so little since I was about 12 years old). My ill part is happy (of course). At the same time, it traps me in the disease deeper and deeper, and brings me kilo by kilo closer to the grave ... I look at myself in the mirror: from the hip bones upwards I can almost accept that I'm thin (clavicles, column, scapulae, ribs ... too prominent, so much so that sitting down on a chair hurts me, in the bones of my backside and bones of my spinal column on the back of the chair) but I'm starting to like parts of me that I always thought were very fat, like my legs. They are still the fattest part of me, but they seem more in line with the rest of my body ... obviously my clothes

are too big, but I tighten my belt and off I go. Aren't I difficult? If I put on weight, I become paranoid, but it's the same if I lose it, or if it stays the same ... the thing is, I'm never happy.

My teenage years were probably the worst of my life. I remember them as an endless sea of pain with no end in sight. My problems with food started, then with drugs and self-mutilation, depression and suicidal ideas. In addition to all this, I was rejected by everyone around me: teachers, family members and friends. All this made me as miserable as it is possible for a human soul to experience, with a complete lack of meaning, an absolute absence of hope or the will to live to fight for anything, much less for myself. These situations led me to one hospital admission after another. Problems with food and substance abuse affected me profoundly, not only mentally, but also physically. I was a basket case for years, destined to wander from one hospital to another, all drugged up on pills. I couldn't see the limits of reality, my body, my surroundings. I didn't care whether I lived or died, in the end I was at a living corpse, and that was practically the truth. I tried to commit suicide, in the end my life had lost any meaning a long time beforehand. I tried more than once, and it was a miracle that I was saved each time, because they weren't mild suicide attempts, they were really serious ones, and the doctors were shocked that I recovered.

I could have died several times, but I think in the background I wanted to live again so much, there was so much "magic" waiting to wake up, so many sleeping dreams, so much love that I didn't even want to look at, so much strength to fight ... that my spirit decided to keep going despite everything, curing my body of the mortal wounds that my pains inflicted on it. My first step was giving up the medication. It may seem illogical and counter-productive, but I let my instinct guide me, what my heart told me to do, as the doctors, the drugs and all the "psys" that had treated me hadn't done anything to help me. The doctors were very much against it, but I did it regardless, and anyway, I had nothing to lose. When I gave up my medication I started to be myself and to be really aware of what was happening to me. Of course, at the beginning I had a very bad time with the withdrawal syndrome. In the same way as they relieved my symptoms a little (although they never found one that made me feel really well), they overshadowed me as a person. They didn't let me think clearly, or read, or study, or get enthusiastic about anything...

Then what really started to cure me and gave me back the will to live was reawakening that magical part that had been sleeping for so many years, that "childish" part, full of dreams, fantasy... I realise that that was an inseparable part of me and that the drugs and the pain had suppressed it. I always was a big dreamer, very imaginative. When I was small, I was always good at art and literature, and I told my brother a lot of stories that I made up, but I always understood very clearly the line between my stories and reality (I'm saying that because a psychologist suggested that maybe I got confused and that's why I was so ill, and told me to stop listening to my imagination). Leaving that world

was a mistake, because for better or for worse, that world saved me for years from a reality that was often very tough, both at home and at school (my classmates used to marginalise me because I was different). It was my refuge and at the same time an inseparable part of me, of my being. This world reawakened within me, and I started to express it through art: poetry, writing, painting and music. I realised that if I wanted to be happy, my life had to head in that direction, and that was how I found my greatest teacher and friend in my life, an inexhaustible source of joy: the piano. I focused my energies and hopes on that, which has really cured me. I didn't have my own life, so it was like starting from scratch, and that gave me a big advantage: I could choose the path I wanted, because there were no expectations of me. I decided to choose the path that made me happiest, because I had already suffered enough...”

Metaphorically and physically speaking, it is as if Marian's visible body was the visible reflection of a type of internal struggle, an internal battlefield that became apparent through her body: by controlling food, cuts, drugs, and the etchings/lacerations on her physical body.

Although as mentioned above, we noted the gender and age variables as being tangential to our study and in many of the quantitative studies we reviewed, it is clear that it is precisely from that point, the outlying data, that studies began to emerge in the mid-1990s. As well as trying to locate the phenomena in descriptive and geographic terms, they also tried to conceptually define the profile of “the typical self-mutilator” (Suyemoto and MacDonald, 1995; Zila & Kiselica, 2001), and is defined as “female, adolescent or young adult, single, intelligent, and from a middle to upper-middle class socioeconomic background who cuts on her wrists or arms”. However, despite many of the studies highlighting the unequal distribution by sex and age, we found that the explanatory models proposed never considered interpretations, or if they did, these were always explainable or reducible to the individual.

The strength of our contribution lies precisely in the fact that it makes visible and brings into the open the fact that self-harm shows us suffering, histories, experiences that are etched carnally on bodies, thereby making these bodies into texts, but into carnal texts that go beyond the idea of the semiotic paradigm to become places where experience is inscribed. They become entry points into an inner emotional world, based on which it becomes possible to understand these actions has strategies which enable them to corporally disembody themselves from the process of corporal and emotional training

which surrounds them. On this subject, with a social critique on the social impositions that women are subject to, Mary Pipher in *Reviving Ophelia: Saving the Selves of Adolescent Girls*, gives voices to adolescent girls, who tell us their stories of being female and a teenager in America today. Pipher also gives us advice on what we, as a society, can do to make our culture more nurturing and less "girl-poisoning" than it is. For Pipher "Girls begin the path of development whole and authentic, as androgynous beings. When they reach adolescence, our culture gives them strong messages that they are to become more "feminine." They receive rigorous training to fit the female role, to give up the masculine parts of themselves and "shrink their souls down to petite size" (p. 39): "be a lady, be attractive, be competent without complaint, be feminine, be unselfish, and acts accordingly the media values that push consumerism and hedonism in the middle. For Pipher " There is blatant cultural ambivalence about women, and girls are confused by this. According to Pipher, there are four general ways that girls react to cultural pressures to abandon their authentic selves: conform, withdraw, be depressed and get angry. (p.44). As well as Mary Pipher's interesting study, the idea of the body as a text of femininity is aptly characterized by Susan Bordo (1989). According to Bordo: "We find the body of the sufferer deeply inscribed with an ideological construction of femininity emblematic of the period in question...the bodies of disordered women in this way offer themselves as an aggressively graphic text for the interpreter –a text that insists, actually demands, it be read as a cultural statement, a statement about gender (Bordo 1989, 16).

Enchanted mirror⁸⁸

Enchanted mirror

You show me what I want to see

What I need to be

I find you in razor blades and kitchen knives

~

I don't know why I bleed for you

Why I bleed for me

⁸⁸ A poem. Author: Jessie Johnson.

Why I bleed to see

Some faint and fading signs of life

~

And I don't know why I'm back again

Couldn't tell you why I don't stop

Or if I'm at the bottom or the top

If I'm getting worse or better

~

I can't honestly tell you anything

If I really want to improve

Or if I'd rather lose

And if I think it's worth it

~

Yeah, you-I'll never tell you

There's certain things you'll never know

You know my face but not my soul

And see my scars but not my pain

~

But then again-

You're my own reflection

My very own spiritual infection

And as I stain you with my blood you know

3.5 Ethical dilemmas

At the same time I started the research some doubts started to arise as to how I could be sure I wouldn't cause my informants any harm.

I had read about the principles established by the Ethics Committee of the Council for Research in Humanities and Social Sciences and I tried to meet all the requirements: 1) informed subject, 2) explicit approval, 3) data confidentiality and 4) restricted use of the information gathered. However something didn't quite fit. I had my back covered and my homework done according to the Ethics Working Committee and AoIR (Association of Internet Researchers)⁸⁹. Also before entering the field for the second time I had conducted a questionnaire entitled *What is special about ethical issues in online research?*⁹⁰, which scientifically supported me. I also made a first estimate about some of the risks this research could entail: methodology, the possibility of guaranteeing my informants confidentiality, contrasting information and guarantees about the knowledge I would obtain justifying the research in itself. Nonetheless I was missing something. Where were my informants in all this process? Was the informed consent enough to ensure the ethical principle of not doing any harm? How could I know for sure, or recognize if I was causing them any suffering? Another aspect is that due to the age range I was working with (14 and upwards) it would have been appropriate to ask the parents permission, and I never asked the parents or the girls for it.

Obviously it is a complex issue and one that provides us with many dilemmas, which I believe we must reflect on strongly and try to bear in mind that each research has to address these issues on its own terms and this often makes it difficult to establish unifying generic criteria.

Another of the dilemmas I faced me that I wanted to highlight was connected to whether or not to present images and photographs uploaded on the Internet, articulated with the ethnographic text. The idea made me embarrassed and at the same time I was disgusted with myself at thinking that these images taken out of context could contribute to an effect of titillation and to distorting a phenomenon that I already felt was strongly linked to suffering. In the midst of all this internal debate - photos/no photos, gore text/aseptic text - I read Francisco Ferrándiz's article "La etnografía como campo de minas" [Ethnography as a mine field]. The text was very revealing and helped me a great deal, precisely because it discussed something that I have felt since long

⁸⁹ <http://aoir.org/reports/ethics.pdf>

⁹⁰ http://www.nyu.edu/projects/nissenbaum/ethics_cap_full.html

before I started to write a thesis, which was associated with being able to navigate the waters separating realism, accusation and pornography. For Ferrandiz, it was essential to surround this behaviour in a thick context to “at least partially halt the possible “freakshow effect” of these acts of violence, rescuing them from trivialisation and marketing” (Ferrándiz, 2008:102, 103). For me, giving each of the images, photographs, drawings, poems, collages and testimonies a dense context was a vital consideration in avoiding any possible trivialisation or hysterics.

4.- Closing the field: reflections on my experience of online fieldwork

I have always had the sensation with both the Ana and Mia phenomenon and then monitoring the pro-self-harm communities that I was witnessing a Salem 1692-style witch-hunt, but in the twenty-first century. Indeed, some of the communities I worked with during the fieldwork process were constantly persecuted, closed down and subsequently reopened. All this led me to reflect on what my role throughout this process should be. Should I be critical? Was it necessary to assume a position? What was obvious was that it was impossible for me to be neutral. My information providers and the research demanded this. Closing the pages was obviously not the solution, and as well as contradicting the logic of the Internet, also contributed to stigmatising the users.

As mentioned above, despite the total nature of the immersion during the fieldwork process, in which I think I ended up spending more time online than offline, I believe that for them I was never just another member. They expected something more from me - an understanding perspective on their suffering that did not label them as crazy, freaks or masochists. Denying their suffering, blocking their pages, would be like silencing their testimonies, destroying their space was like denying them the place which they could share their thoughts without fear of stigma.

We have also seen that the particular nature of the work with these communities lies in the fact that they do not exist in physical terms, but instead of necessity require ethnography to be readjusted in methodological terms. As we have seen, there were many opportunities for working with ethnography on the net, but it is also true that it is necessary to readjust some concepts for newer ones that are intrinsic to this setting. On the net, as we have seen, the field has no predefined boundaries, and depends on our

subjects, sites and project design so we constructed our own ethnographic field. The boundaries of this field are very important, and it was necessary to set the limits clearly due to the fact that by working with the same groups, it is possible to create different fields, thus making the ethical dilemmas and ways of dealing with the issue different.

As for the issue of the *feeling made body* which is so prevalent in the stories of our information providers, self-harm is clearly directly linked with repressed or blocked emotions that are literally written on the skin, using words such as *hate, disgust, fuck you, death*, etc. This entire process of using wounds to make visible what cannot be expressed in words is in our point of view what enables us to understand these bodies as elements where the individual and social imperatives come face to face, emerging from within and projecting blood red messages of social suffering outwards.

CONCLUSIONS

“How will you know I’m hurting if you cannot see my pain?

To wear it on my body tells what words cannot explain”

C. Blount, 19 años

Conclusions

The main issue that underlies the weave on which this work is built, has to do with the interpretative frameworks and networks of meaning on which bodily self-harm actions became cultural significant facts.

Our contribution to the meanings of bodily self-harm has to do with, on the one hand, how the relation between an hermeneutic perspective further the consideration of bodily self-harm as a social fact, has allowed us to overcome the act itself and to analyse the semantic networks on which the incomprehensible fact acquires different meanings. On the other hand, our research seeks to reveal the numerous ways in which suffering is embodied. Above that and starting with the constructed nature of the act itself, has allowed us to highlight the arbitrariness on which the currently legitimate DSM frameworks that consider self-harm as a *symptom of deviant behaviour* are constructed.

Referring to the consideration of bodily self-harm as diagnostic criteria for a mental disorder, we have been argued that is from 2006 to onwards that began to emerge quantitative research centred on epidemiologically and quantitative framing the “epidemic” –as it is said- of self-harm. Although today the scope and level of social alarm generated by these reports is relatively new, we can find parallels in the biomedical field going back to 1934, when Karl Menninger, an American psychiatrist and psychoanalyst identified six subcategories classifying not only behaviours and attitudes that would be understood today as pathologies, but also a variety of practices that are meaningful in some religious context and that involve the mortification of the flesh as a method for cleansing the soul. At the time, Menninger’s work was criticized by psychiatrists for including disparate and non-comparable practices in a single medical category. From Menninger until today, the issue of self-harming behaviour has been dealt with primarily by cultural psychiatrists and psychologists. Initially – from Menninger’s time to the 1980s their efforts were directed at putting some order into the terminological confusion surrounding self-harm. At present there is still no unanimity, and a variety of terms are used to identify the phenomenon: self-injury, self-harm, self-damage, self-aggression, self-destruction, self-mutilation or self-inflicted violence. This, in part, has led to an inconsistent collection of reliable data and statistics regarding the prevalence of self-harm, and presents difficulties in comparing studies which may use

similar terminology to describe different behaviours. In relation to this, in this study we have worked with the term *bodily self-harming action*, for several reasons. Firstly, because the use of *act or action* in place of *behaviour* has allowed us to take distance from several psychopathological studies. Secondly, we use the term *bodily self-harm* in order to establish the difference between it and other forms of socially accepted forms of body modification, and finally because we consider the necessity to incorporate at the most superficial level of the term *the body*, because we must not forget that the action is made in, from and for the body as key.

In 1999 and while the private lives of anonymous and public figures laid bare to the media were being published and sold, quantitative studies of self-harm began to proliferate, describing the magnitude of the issue on a national and global scale. Although in Spain no research of this type has been carried out. In interviews with psychiatrists and psychologists during the fieldwork, we found that the most common explanations for self-harm were: 1) the desire to attract attention from others, 2) an addictive behaviour as a consequence of the release of endorphins it stimulates, 3) a response to blocked emotions usually caused by sexual, physical and psychological abuse in childhood. However reductive they are, these forms of explanation retain a powerful grip on our collective imaginary because they are both popular and biomedical/psychiatric. The contribution of an ethnographic approach to the study of *bodily self-harm* in young people is that it decenters these models. A social-support-stress-disease paradigm allows us to see *bodily self-harm* not simply as a psychological or physiological phenomenon, but as a complex process in which social, cultural and biological elements interact with psychology. The application of a multi-causal paradigm not limited to either biology or psychological deviance could provide us with new ways of understanding self-harm and its meanings.

In the fieldwork experience, we have encountered evidence of the *nocebo* effect (Cannon, 1942) produced by labelling, in this case a diagnostic label that promotes worsening and a tendency for diseases in general and *bodily self-harm* in particular to become chronic. To a much greater extent than was true in Spain even a few years ago, patients want to be informed about their symptoms, diagnosis and prognosis, but this positive development, together with rising and even inflated expectations regarding treatment that can lead to a kind of dependency relation, may generate self-fulfilling

prophecies that amplify the impact of the diagnosis on the lives of young people and leave them more vulnerable than ever.

As we have seen, in DSM IV the diagnoses that mention self-injury as a symptom or criterion for diagnosis are: borderline personality disorder, stereotypic movement disorder (associated with autism and mental retardation), and factitious (faked) disorders in which an attempt to simulate physical illness is present. Forms of self-mutilation (amputations, castrations, etc.) may also appear in psychotic or delusional patients. Self-injury is considered a symptom, although some American psychiatrists such as Favazza and Rosenthal (1993) have proposed the recognition of *repetitive self-harm syndrome* as a diagnosis. While we have seen that in biomedical language self-harm is a sign, that is, "an objective manifestation of a pathological condition" (DSM IV-TR), in cultural terms self-harm is multi-faceted, has lots of meanings. The symptoms - subjective perceptions - and meanings that we find in relation to self-harming actions are of the most varied type: from guilt and atonement, to control and power, as a form of resistance or alleviation, as a feature of identity, or also linked to expressions of anxiety, alienation, and emotional numbing. Keeping this in mind, and based on the different interpretations and semantic maps within which self-harm is situated, we have questioned about the implications of - as equally happened with anorexia nervosa in the mid-nineties - the emergence of the new diagnostic category (Non suicidal self-injury), which work will be covered in the next edition of DSM V. We are referring specifically to the great tendency to treat, in an isolated and individual form to medicalise a condition while keeping one's back turned on the context that lead to its appearance.

From our point of view, the most important contribution of ethnography in that field has to do with highlighting the suffering which is inscribed into the body and to apply a sociosomatic interpretation that could give us the key to make visible, in a sociocultural context, these experiences of distress.

Another of our proposals, has to be do with how in the process of construction of bodily self-harm as a mental disorder, the created profile of the "typical self-harmer" (Favazza, 1988: 284) as "white and attractive woman in her late twenties who began hurting herself at the age of fourteen" is contributing to create a medical discourse by reading femininity as a disease (Ehrenreich and English, 1978), as happens with hysteria in XIX

century, with Anorexia nervosa some years ago and with self-harm actions nowadays, which are referring to the medicalization/psiquiatrización of the female body through making certain behaviours or conditions “scientific”, which are then to be eliminated where possible, or controlled as deviant behaviours. In accordance with the aforementioned, I thought that privileging the biomedical knowledge over the stories and experience should be problematic (Kleinman and Kleinman, 1998: 211) because stories of suffering will be reduced into diagnostic labels of mental illness even to the notion and construction of distress that comes up in the narratives and also through the bodies.

From our point of view, self-harm can be understood as a practice through which the body speaks through its skin, through the cuts and inscriptions incised into it, and is transformed from an anonymous body into a text with its own discursive power. Bodily self-harm can be understood as a form of agency if we take as our starting point Csordas’ (2002:58) idea of the body as a social field (Csordas 2002: 58). The self-injured body, in this perspective, is a subject capable of transgressing the hegemonic and normative patterning of bodies. Recall that in Aldous Huxley’s novel *Brave New World* (1932), disruptive practices begin to appear despite the serial reproduction of behaviour and bodies like that of Lenina Crowne, the perfect archetypal citizen in Aldous Huxley’s novel *Brave New World*. While Foucault’s (1992: 107) analysis of disciplines of the body posits power structures and dominant discourses that systematically reproduce controllable and classifiable bodies, human agency is manifest in acts of resistance and subversion of the kind analyzed in the work of Jean and John Comaroff (1992), whose analysis of Tshidi Zionism in South Africa suggests that subaltern corporal practices embody a message of protest and resistance that must be decoded and interpreted. Cutting as a disruptive practice (usually superficial cuts mainly on the arms, belly and legs) and engraving words on the skin (for example, *I hate you, this one is for you*, or *loneliness*) reveal the body as a field from which it is possible to communicate and to express desires that emerge from buried emotions.

The relation between repressed emotions and the body as the vehicle through which distress is channelled surfaces frequently in the narratives of my interlocutors. Loneliness, pain, and emptiness appear not only in their speech, but also engraved literally on their bodies. According to our fieldwork experience, one of the logical

premises for self-harm explicitly states the importance of the release from emotional suffering, the translation of emotional pain into physical.

Most of them consider self-injury to be part of an alternative lifestyle. But their alternative lifestyle is read as deviant behaviour, and that difference raises two issues: first, what can and cannot be represented using the body; and second, the legitimacy of reading bodily self-harm as an epidermal performance according to subaltern bodily codes that appears in response to homogenised paradigms of bodies and identities.

As we have seen, on a theoretical level, the connections between processes of identity construction, repression of emotions, and the link between emotions and the body and its reactive capacity, are themes that comes up again and again in the narratives of the subjects interviewed, and we have tried here to present an analysis that takes their interpretations and insights as its point of departure.

The “three bodies” approach (the individual body, the social body, and the body politic) proposed by Scheper-Hughes and Lock (1987), with emotion as the mediator between them, has proven useful in deconstructing and analysing the meanings of suffering at different levels, and rethinking the mechanisms of control and regulation at work on the body. This model has helped to contextualize self-harm from a phenomenological and symbolic-interpretative perspective, and to conceptualize acts of bodily self-harm as expressions of individual suffering that appear in response to feelings of alienation – the “disembodied self” or the “selfless body” – that arise in contexts in which the reproduction of normative body patterning is politically reinforced by subtle forms of discipline. Still, although Scheper-Hughes and Lock’s approach is methodologically helpful, these three analytical levels allow me to establish only in part the relations between embodied experience – remembered as well as immediate in the process of self-harm – and the narratives that emerge from these private but interconnected worlds of experience.

The semiotic interpretation of the body as a text is useful in analyzing experiences of suffering, forms of resistance, and embodied feelings of alienation inscribed literally on the body, but it is important to also recognize its limitations. Primarily, treating the body as a symbol that reproduces cultural meanings draws our attention away from the

individual's capacity for resistance; as with some of the narratives quoted here, the scars of self-inflicted wounds constitute a wholesale rejection of idealized body images and aseptic canons of beauty. Secondly, in taking as our starting point already objectified cultural meanings, we miss the dimensions of pre-objective individual and intersubjective experience constructed through narrative.

This intersubjective dimension of shared meanings, both inseparable from individual experience and situated in a cultural context that is always already there, is perhaps easiest to detect in pro self-injury and pro self-harm virtual communities, where images of injured bodies and body parts are exhibited and shared in cyberspace. In these images a range of discourses can be identified, covering the spectrum from claiming the right to difference through images of bloodied and fragmented bodies to feelings of alienation, emptiness and loneliness that can be addressed only through self-injury as a means to reconnect the self to the social world. That these practices of the body considered deviant in real time and space are located in the apparently disembodied space of the internet is a paradox that reveals, among other things, the limitations of a medical model of these acts constructed as a symptom of illness: a thin description (Geertz 1973:6-7) of what impels these young women to seek out spaces – internet forums, blogs, videos posted on You Tube – that give voice to their embodied experiences.

Over all, in this work we've attempted to highlight the complexity, multidimensionality, and the anthropological challenge, posed by the analysis of bodily self-harming actions. We realize that our work constitutes a starting point and that through the complexity of its interpretation there are some issues that it was not possible to explore further and that require a more in depth analysis. In relation to this and as future areas for research that could arise from this study, we believe that conducting an analysis of the readings that specifically young men give to self-harm would be relevant. Regarding this, I believe that while bodily self-harming action is specifically stigmatized among young women, men suffer doubly of stigma, given that self-harm, in addition to being judged as in the category of abnormality, is also judged (negatively) below the criteria of dominant notions of masculinity.

Another area of possible further research could be linked to the practice of following up the progression of acts of self-harm to the point where they become labelled as

disorders. This could point to ways that, just as previously happened with anorexia nervosa, the label (syndrome) will end up turning the action into a mental illness, with a tendency to becoming chronic.

On the whole, we hope this work will serve as material for future research in the field, and we are sure that these reflections will be material that provides “good food for thought” on the construction of the body, gender, emotions and suffering in the context of culture.

Bibliografía

AALTEN, A. (2006) "Listening to the dancer's body" en: *The sociological review*. Vol. 55 (p. 109-125)

ACKERKNECHT, E. (1971) *Medicina y antropología social: estudios varios*. Madrid: Akal.

ACKERKNECHT, E. (1993) *Breve historia de la psiquiatría*. Valencia: Seminari d'estudis sobre la ciència.

ADRIAN, M., ZEMAN, J. SIM, L. (2009) "Adolescent deliberate self-harm: linkages to emotion regulation and family emotional climate". En: *Journal Research on Adolescent*. 19 (p. 75-91)

ALCORN, N. (2007) *Cut: mercy for self-harm*. New York: WinePress Publishing.

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

ALEMANY, M. (1993) *Obesidad y nutrición*. Madrid: Alianza.

ARDÉVOL, E. (2003) "Cibercultura/ciberculturas: la cultura de internet o el análisis cultural de los usos sociales de internet" en: Actas IX Congreso de Antropología. Barcelona.

ARDÉVOL, E., BERTRAN, M., CALLEN, B. Et al. (2003) "Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea" en: Athenea Digital, UAB. Descargable online en: <http://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n3a5.pdf>

ARROYO, A. (2000) "Programa de mantenimiento con metadona en prisión: cambios sociales y sanitarios" En: *Adicciones*. Vol. 12. Núm. 2. (p.187-194)

AUGÉ, M. (1993) *Los no lugares. Espacios del anonimato*. Barcelona: Gedisa.

AUSTIN, L. KORTUM, J. (2004) "Self-injury: the secret language of pain for teenagers". En: *Education* 124, (p. 517-527)

BARNES, A.J. EISENBERG, M.E., RESNICK, M.D. (2010) "Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions". En: *Pediatrics*, 125. (p. 889-895)

BARTHES, R. (1982) *Fragmentos de un discurso amoroso*. Madrid: Siglo XXI.

BATEMAN, A.W., FONAGY, O. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.

BAUDRILLARD, J. (1974) *Cultura y simulacro*. Barcelona: Kairós.

BAUMAN, Z. (2003) *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.

BAUMAN, Z. (2004) *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*. Barcelona: Paidós, 2005.

BAUMAN, Z. (2007) *Tiempos líquidos*. Barcelona: Tusquets.

BAUTISTA, J. (2010) *The bright side of life: crucifying oneself in Pampanga*. Singapore: Asian Research Institute. National University of Singapore.

BECK, U. (1992) *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

BECK, U. (1994) *Modernización reflexiva: política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza.

BECK, U., BECK, E. (2008) *Generación global*. Barcelona: Paidós.

BELTRAN LLERA, J. (ed.) (1995) *Psicología de la educación*. Barcelona. Marcombo.

BENEDICT, R. (1989) *El hombre y la cultura*. Barcelona: Edhasa.

BERGA, A. (2009) “Adolescencia en riesgo y perspectiva de género” En: *Servicios Sociales y Política Social*, 87 (p. 93-107)

BERGA, A. (2010) “Chicas adolescentes y conductas transgresoras: entre el riesgo y la invisibilidad” en: Romaní, O. (coord.) Jóvenes y riesgos: *Jóvenes y riesgos ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Bellaterra.

BERNAL, M. (2010) “cuerpo, comida y migraciones. Un análisis transcultural de los (mal) estares alimentarios”. Tesis Doctoral. Dirigida por Dra. Mabel Gracia y Dr. Josep M. Comelles. Universitat Rovira i Virgili.

BOELLSTORFF, T. LINDQUIST, J. “Bodies of emotion: rethinking culture and emotion through Southeast Asia”. En: *Ethnos*, vol. 69: 4 dec. 2004. (p.437-444)

BOELLSTORF, T. (2008) *Coming of Age in Second Life: An Anthropologist Explores The Virtually Human*. Princeton: Princeton University Press.

BOURGEOIS, P. SCHEPER-HUGHES, N. (2004) *Violence in war and peace*. Oxford: Blackwell.

BONESI, E (2011) *The practice of mortification in XVIIth. Century in Italy : Battle or equation?*. In: Inter-disciplinary net. Making sense of: Pain. Warsaw, May 2011.

BORDO, S. (1993) *Unbearable weight: feminism, Western culture and the body*. Berkeley: University of California Press.

BOURDIEU, P. (1988) *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.

BOURDIEU, P. (1976) *El oficio de sociólogo: presupuestos epistemológicos*. Madrid: Siglo XXI.

BOURDIEU, P. (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

BRIERE, J., GIL, E (1998) Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. En: *American Journal Orthopsychiatry*. Oct; 68 (4):609-620.

BRIGIDI, S. (2010) “Mujeres al borde de un Ataque de Nervios: corazón blando, emociones y auto cuidado familiar”. En: Esteban, M.L., Comelles, J.M., Díaz Mintegui, C. (eds) *Antropología, Género y Salud*. Barcelona: Bellaterra.

BROWN, L.S, BRYAN, T.C. (2007) Feminist therapy with people who self-inflict violence. En *Journal of Clinical Psychology*. Special Issue. vol. 63 Issue 11 (p.1121-1133).

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

BUTLER, J. (2000) “Imitación e insubordinación de género” en: *Revista de Occidente*, núm. 235, diciembre.

BUTLER, J.(2001) *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra.

BUTLER, J (2002) *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós. [1996]

CALECA, G. (2009) *F.I.L.O.S*. Buenos Aires: Planeta.

CAMPRUBÍ, A. (2005) “El modelo de atención psiquiátrica y salud mental en Catalunya”. En: *Revista de Educación Social*. Núm. 3. Disponible online en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1165958>

CANALS, J. (2002) *El Regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mútua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*. Tesis Doctoral. Dirigida por Dr. Josep M. Comelles. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

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

CANNON, W.B. (1945) “Voodoo death”. En: *American Anthropologist* 44(2) (p. 169-181)

CAPELLA BATISTA, (2001) “La reforma en salud mental en Catalunya: el modelo catalán” en: *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 21 (79). (p. 101-128)

CARDYN, L. (2001) “The construction of female sexual trauma. En : Micale y Lerner (eds) *Traumatic pasts history, psychiatry and trauma in the modern age (1870-1930)*. Cambridge: Cambridge University Press.

CARPINTERO, E. (2007) “La medicalización de la vida cotidiana” en: Topía: Buenos Aires. Disponible online en: <http://fueraelmargen.blogia.com/2007/051309-la-medicalizacion-de-la-vida-cotidiana-enrique-carpintero.php>

CARROLL, L. (1996) *Alicia en el país de las maravillas*. Madrid: Alianza.

CASTEL, R. (1979) *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama.

CASTEL, R. (1980) *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. Madrid: ediciones de la piqueta.

CASTEL, R. (1984) *La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: anagrama.

CASTELLS, M. (2001) *La galaxia internet*. Barcelona: Plaza&Janés.

CASTILLA DEL PINO, C. (1996) "Teoría de la intimidad" in: *Revista de Occidente* (182-183: p.15-30)

CASTILLO, H. (2008) *Juventud, cultura y política social*. México: IMJUVE

CASTRO, E y TRONCOSO, J.L . (2005) "La virtualización del cuerpo a través del Cutting" y Body Art Performance" *Athenea Digital - Revista de pensamiento e investigación social* [Online], Volumen 1 Número 7.

CHERNIN, K. (1983) *Woman size: the tyranny of slenderness*. London: Women's Press.

CHERNIN, K. (1986) *Woman, eating and identity*. Virago: London.

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

CLAES, L., VANDEREYCKEN, W. (2007). "The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients". En P.M. Goldfarb (Ed.), *Psychological Tests and Testing Research Trends*. New York: Nova Science Publishers.

CLARKIN, J.F., WIDIGER, T.A., FRANCES A., et. al. (1983) "Prototypic typology and the borderline personality disorder" En: *Journal Abnormal Psychology*. August 92 (3) (p. 263-275)

COMAROFF, J.& J. (1992) *Ethnography and the historical imagination*. San Francisco: Westview Press.

COMAROFF, J (1985). "Bodily reform as Historical Practice: The semantics of resistance in modern South Africa". En: *International Journal of Psychology*. Vol. 20 Issue 3-4. (p.541-567)

COMELLES, J.M (1988) *La razón y la sinrazón: asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*. Barcelona: Promociones Publicaciones Universitarias.

COMELLES, J.M (1997) "De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques" En: *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 11.

COMELLES, J.M (2006) *Stultifera navis: la locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio.

COMELLES, J.M., MARTÍNEZ, A. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.

CONNELL, R. (1987) *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Cambridge: Polity Press.

CONNELL, R. (2005) *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.

CONTERIO, K. LADER, W. (1998) *Bodily harm: the breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion.

CONTERIO, K., FAVAZZA, A. (1988) The plight of chronic self-mutilators. En: *Community Mental Health Journal*. 24 (1): 22-30.

CONTRERAS, P. (2004) *Me llamo Kohfam. Identidad hacker: una aproximación antropológica*. Barcelona: Gedisa.

CRAIGEN, L.M., FOSTER, V. (2009) "It was like a partnership of the two of us against cutting: investigating the counselling experience of young adult women who self-injure" In: *Journal of Mental health Counselling*, 31 (p.76-94).

CRAIK, J. (1994) *The face of fashion*. London: Routledge.

CSORDAS, Th. (1994) *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.

CSORDAS, Th. (1990) "Embodiment as a paradigm for anthropology" en *Ethos* 18(1): 5-47.

DALDIN, H.J. (1990) "A contribution to the understanding of self-mutilating behaviour in adolescence" En: *Journal of Child Psychoteraphy*, 14. (p. 61-66)

DEVEREUX, G. (1973) *Ensayos de Etnopsiquiatría General*. Barcelona: Seix Barral.

DEVEREUX, G. (1980) *Normal and abnormal. In basic problems in ethnopsychiatry*. Chicago: University of Chicago Press.

DE LA HIDALGA, J. (2010) El cielo visto des de un cubo [Blog]. Disponible en :<http://www.ilustra.com/hidalga>.

DE MARTINO, E. (1999) *La tierra del remordimiento*. Barcelona: Bellaterra.

DEAN, M. (1999) *Governmentality: power and rule in Modern Society*. London: Sage, 1999.

DELGADO, M. (1999) *El animal público: hacia una antropología de los espacios urbanos*. Barcelona: Anagrama.

DEL VALLE, T. (2002) *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea.

DELVECCHIO-GOOD, M.J., BRODWIN, P., GOOD, B., KLEINMAN, A. (eds) *Pain as human Experience: An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press.

DI GIACOMO, S. (1992) "Metaphor as illness: postmodern dilemmas in the representation of body, mind and disorder" En: *Medical Anthropology*. 14 (p. 109-137)

DÍAZ, J.A., MORANT, R. (2006) *El culto a la belleza y la salud. La retórica del bienestar*. Madrid: Biblioteca Nueva.

DIO BLEICHMAR, E. (1985) *El feminismo espontáneo de la Histeria. Trastornos narcisistas de la feminidad*. Madrid: Siglo XXI.

DOCTORS, S. (1981). *The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: A developmental view*. In S. C. Feinstein, J. G. Looney, A. Z. Schwartzberg, & A. D. Sorosky (Eds.), *Adolescent psychiatry* (Vol. 9, pp. 443–460). Chicago: University of Chicago Press.

DOUGLAS, M. (1970) *Símbolos naturales*. Madrid: Alianza.

DOUGLAS, M. (1973) *Pureza y Peligro*. Madrid: Siglo XXI

DOUGLAS, M. (1996) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.

DOUGLAS, M. (1975) *The world of goods: towards an anthropology of consumption*. New York: Basic Books.

DURKHEIM, E. (1987) *Las reglas del método sociológico*. Torrejón de Ardoz: Akal [1895]

DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Elsevier Masson.

EHRENREICH, ENGLISH. (1990) *Por su propio bien: 150 consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.

ELLMAN, M. (1993) *The hunger Artists: Starving, Writing, and Imprisonment*. Cambridge: M.A.

ESPEITX, E. (2006). Práctica deportiva, alimentación y construcción del cuerpo. En: *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, Vol. 61, Núm. 2. Descargable en: <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/view/15/15>.

ESPINOSA IBORRA, J. (1987) “Ideología de la Ilustración en España y tratamiento moral” en: *revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. Vol. 7 núm. 20 (p. 117-123)

ESTEBAN, M.L. (2004) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

ESTEBAN, M.L (2006) “Los estudios de salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”. En: *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2 (1) p. 9-20.

ESTEBAN, M.L (coord.) (2007) *Introducción a la antropología de la salud*. Osalde: Bilbao.

ESTEBAN, COMELLES, MINTEGUI (eds) (2010) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.

EVANS-PRITCHARD, E.E (1976) *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*. Barcelona: Anagrama [1937].

EWALD, F. (1991) “Insurance and Risk” en: Burchell, C., Gordon.C., et al. *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London: Harvester (p. 197-210)

FALK, P. (1997) *The Consuming Body*. London: Sage.

FASSIN, D. (1998) *Sociologie des professions de santé*. La Garennes-Colombes: Éditions de l'Espace Européen.

FAVAZZA, A. (1988) "What do we know about affective disorders?" En: *American Journal of Psychiatry*. 143(10): 1328-

FAVAZZA, A. (1989) "Why patients mutilate themselves". En: *Hospital Community Psychiatry*. 40 (2): 137-145.

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

FAVAZZA, A. (1998) "The coming of age of self-mutilation" en: *Journal of Nervous Mental Disorder*. May, 186 (5): 259-68.

FAVAZZA, A. R. & ROSENTHAL, R. J. (1993). "Diagnostic issues in self-mutilation" En: *Hospital and Community Psychiatry*. 44(2): 134-140.

FEATHERSTONE, M., HEPWORTH, M. & TURNER, B. (eds.) (1991) *The Body. Social Process and Cultural Theory*. London: Sage Publications.

FEATHERSTONE, M., LASCH, S., ROBERTSON, R. (eds) (1995) *Global modernities*. London: Sage.

FEIXA, C. (1993) *La Joventut com a metàfora*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

FEIXA, C. (2008) *De jóvenes, bandas y tribus*. Barcelona: Ariel.

FERRÁNDIZ, F. (2008) "La etnografía como campo de minas. De las violencias cotidianas a los paisajes posbélicos." En: *Retos teóricos y nuevas prácticas*. XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas. Donostia: Ankulegi Antropologia Elkarte. Descargable en: <http://hedatuz.euskomedia.org/5332/1/14089115.pdf>

FORTUNE, S., SINCLAIR, J., HAWTON, K. (2008) "Adolescents' views on preventing self-harm: a large community study" En: *ORA Journal*. Descargable en: <http://ora.ouls.ox.ac.uk/objects/uuid%3Abe15cefb-aecd-47cb-b1a5-8dfdab87d654>

FOUCAULT, M. (1987) *Historia de la sexualidad, I. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.

FOUCAULT, M. (1984) *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.

FOUCAULT, M. (1985) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la Mirada médica*. México: Siglo XXI.

FOUCAULT, M. (1976) *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.

- FOUCAULT, M. (2002) *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- FRANK, A. (1995) *The wounded storyteller*. Chicago: University of Chicago Press.
- FREUD, S. (1987) *Más allá del principio del placer*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FROESCHLE, J. MOYER, M. (2004) “Just cut it out: legal and ethical challenges in counseling students who self-mutilate” En: *Professional School Counseling*. 7 (p. 231-235)
- FUNES, J. (2008) “Adolescents d’avui: un encaix difícil en una societat complexa” en: Brullet, Gómez (cords.) III informe CIIMU. Malestars: infància, adolescència i famílies.
- GALLEY, M. (2003) “Student self-harm: silent school crisis” En: *Educational Week*, 23 (14) (p.14-16)
- GARDNER, AR., GARDNER, A.J. (1975) “Self-mutilation, obsessionality and narcissism”. En: *British Journal of Psychiatry*, 127 (127-132)
- GARDNER, DL., LUCAS, PB. (1990) “metabolites in borderline personality disorders compared with normal controls”. En: *Biological psychiatry*. 28 (p. 247-254).
- GENUS, informe (2006) Observatorio de nuevos consumos de drogas en el ámbito juvenil. Descargable en: <http://www.genus.es/associacio/esp/estudis/docs/informe2006esp.pdf>
- GENUS, informe (2007). Observatorio de nuevos consumos de drogas en el ámbito juvenil. Descargable en: http://www.genus.es/associacio/estudis/docs/Informe_Observatori_2007_cat.pdf
- GENUS, Informe (2008) Observatorio de nuevos consumos de drogas en el ámbito juvenil. Descargable en: http://www.genus.es/associacio/estudis/docs/Informe_Observatori_2008_cat.pdf
- GEERTZ, C. (1963) *Peddlers and princes: social change and economic modernization in two Indonesian towns*. Chicago: Chicago University Press.
- GEERTZ,C. (1986) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa
- GEERTZ, C. (1994) *Conocimiento local: ensayo sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós [1983]
- GEERTZ, C. (1994) *Observando el Islam: el desarrollo religioso en Marruecos e Indonesia*. Barcelona: Paidós [1971]
- GIDDENS, A. (1990) *Las consecuencias perversas de la modernidad: modernidad, contingencia y riesgo*. Barcelona: Anthropos.

GIDDENS, A. (1991) *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.

GIDDENS, A. (1995) *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.

GIDDENS, A. (2000) *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.

GIL, E. (2006) “Anorexia y bulimia en las mujeres: entre la inseguridad y la autonomía” En: *Revista crítica*. Núm. 933 (p. 82-84)

GIL, E. (2006) “La creación de la categoría clínica trastornos de la conducta alimentaria” en: *Norte de salud mental*. Núm. 25. (p. 71-76)

GILMAN, S.L. (1998) *creating beauty to cure the soul*. Durham: Duke University Press.

GIRARD, R. (1986). *El chivo expiatorio*. Barcelona: Anagrama.

GLASER, B., STRAUSS, A. (1967) *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

GRACIA, M. (2007) *Els trastorns alimentaris a Catalunya: Una aproximació antropològica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Secretaria de Joventut.

GRACIA, M. (2003) “Menjar molt, menjar poc, no menjar: raons cultural per a l’anorexia nerviosa” A: *L’Anorexia com a símptoma social*. Barcelona: Experiencia.

GRACIA, M, et al. (2005) Proyecto “Género, “dieting” y salud. Un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario en las mujeres.” Instituto de la mujer, 2003-2005.

GRACIA, M., COMELLES, J.M. (eds) (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.

GRATZ, K.L. (2001) “Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory”. En: *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 23. (p. 253-263)

GOFFMAN, E (1970) *Estigma. La identidad deteriorada*,. Buenos Aires: Amorrortu.

GOFFMAN, E. (1974) *Frame analysis. An Essay on the Organization of Experience*. New York: Harper& Row.

GOOD, B. (1977) “The heart of what’s the matter. The semantic of illness in Iran”. En: *Culture, Medicine and Psychiatry*. Vol. 1. (1): 25-58.

GOOD, B. (1994) *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Bellaterra.

GONZÁLEZ, E., COMELLES, J.M. (2000) *Psiquiatría transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. (comp) (1980) *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: A.E. N.

GOJANOVIC, M. GUGIC, D. SUTLOVIC, D. (2009) "Suicide and Emo youth subculture –a case analysis–" En: *Collegium Antropologicum*. 33. Suppl 2: 173-175.

GORDON, R. (1994) *Anorexia y bulimia: Anatomía de la epidemia social*. Barcelona: Ariel.

GUALTERO, R. (1987) *Psiquiatras y psiquiatria en Catalunya*. Tesis de licenciatura. Tarragona, Facultat de Filosofia y Letras. Universidad de Barcelona.

HAINES, J., WILLIAMS, C., BRAIN, L. et al. (1995) "The psychophysiology of self-mutilation" En: *Journal of Abnormal psychology*. 104 (p.471-481)

HAINES, J., WILLIAMS, C. (2003) "Coping and solving of self-mutilators" en: *Journal of Clinical Psychology*. 10 (p. 1097-1106)

HALL, S. (1915) *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. Appleton and company. Descargable en: <http://www.archive.org/details/adolescenceitp07hallgoog>

HALL, B., PLACE, M.P., ELLIOT, J.G. (2010) "Self-harm through cutting-evidence from a sample of schools in the North of England" En *Pastoral Care in Education* 28 (1):33- 43.

HAMMERSLEY, M., ATKINSON, P. (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

HANNERZ, U. (1986) *Exploración de la ciudad: hacia una antropología urbana*. México: Fondo de Cultura Económica.

HARAWAY, D.J. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

HARAWAY, D.J. (1991) Manifiesto cyborg. Descargable en: <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0555/2137doicgdgszn75xsd.pdf>

HARRIS, J. (2000). "Self-harm: Cutting the bad out of me" En: *Qualitative Health Research*, 10(2), 164-173

HARRISON, K. (1993) *Exposure*. New York: Warner Books.

HAW, C., HAWTON, K. (2011) "Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people", Oxford, 1993-2006. En: *Social Psychiatric Epidemiology*, 46 (p. 85-93)

HAWTON, K., FAGG, J., SIMKIN, S., et al. (1997) Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. En: *British Journal of Psychiatry*. 171 (p.556-560)

HAYTHORNTH, WAITE, C., WELLMAN, B. (Ed.) (2001) "The internet in Everyday life". En: *Special Issue of the American Behaviour Scientist*. Núm. 45. Descargable en: <http://www.pewinternet.org/Search.aspx?q=wellman&i=10>

HAWTON, K. KIGSBURY, S. STEINHARDT, K., et. al. (1999) "Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors" En: *Journal of Adolescence*. 22(3): 369-378.

HAWTON, K. HALL, S. SIMKIN, S. (2003) "Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics trends in Oxford, 1990-2000) en: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 44 Issue 8 (p. 1191-1198)

HAWTON, K. MADGE, N. HEWITT, A. et al. (2008) "Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study" en: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 49: 667-677.

HAWTON, K. BERGEN, H., MAHADEVAN, S. Et al. (2010) "Suicide and deliberate self-harm in Oxford University students over a 30-year period" En: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. (p.211-219)

HEPWORTH, J. (1999) *The social construction of anorexia nervosa*. London: Sage.

HERNÁNDEZ MONSALVE, M. (2004) "la psiquiatria comunitaria" En: *Imágenes de la psiquiatría española*. Barcelona: Glosa (p. 585-602)

HERVAS PANDURO, L. (1789). *Historia de vida del hombre*. Volumen 1. Madrid: Aznar.

HILLERY, G. (1982) *A research Odyssey: developing and testing a community theory*. Rutgers: New Brunswick.

HIMBER, J. (1994) "Blood rituals: self-cutting in female psychiatric inpatients" en: *Psychotherapy*, 31, 620-631.

HINE, C. (2004) *Etnografía virtual*. Barcelona: UOC, 2004.

HUNTER JENKINS, J., COFRESI, N. (1998) "The sociosomatic course of depression and trauma: a cultural analysis of suffering and resilience in the life of a Puerto Rican woman" en: *Psychosomatic Medicine*. Núm. 60 (p. 439-447)

HSIN YANG, L., KLEINMAN, A., LINK, B., "Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory" en: *Social Science & Medicine* 64 (2007) p. 1524-1535.

ILLOUZ, E. (2006) *Intimididades congeladas*. Buenos Aires: Katz.

ISSACSON, G., RICH, D.L. (2001) "Management of patients who deliberately harm themselves". En: *British Medical Journal*. Vol. 322 (7280) p. 213-215.

IZQUIERDO, M.J (1998) *El malestar en la desigualdad*. Barcelona: Cátedra.

JERVIS, G. (1979) *El mito de la antipsiquiatría*. Madrid: pequeña biblioteca.

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): 865-869.

JOHNSON, M., LAKOFF, G. (1999) *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.

JULIANO, D. (2004) *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Madrid: Cátedra.

KERNBERG, O. (1984) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós.

KETTWELL, C. (2000) *Skin game*. New York: St. Martin's Griffin.

KIRMAYER, L. (1992) "The body insistence on meaning: metaphor and representation in illness experience". En: *Medical Anthropology Quarterly*. 6. (p. 323-346)

KISELICA, M.S, ZILA, L.M (2001) "Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults". En: *Journal of Counseling & Development*. 79 (p. 46-52)

KLEINMAN, A. (1988) *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.

KLEINMAN, A., KLEINMAN, J. "Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio-somática del sufrimiento" en: González, E., Comelles, J.M. (2000) *Psiquiatría transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

KLEINMAN, A. (1991) *Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press.

KLEINMAN, A. (1986) *Social Origins of Distress and Disease*. New Heaven: Yale University Press.

KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. (1978) "Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research". En: *Annual Internal Medicine*. Feb 88(2) (p.251-258)

KLEINMAN, A., DAS, V. LOCK, M. (eds.) (1997) *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.

KLONSKY, E.D (2007) "Non-suicidal self-injury: an introduction" En: *Journal of Clinical Psychology*. Nov. 63 (11): 1039-1043.

KLONSKY, D.E., OLTMANNS, T.F, TURKHEIMER, E. (2003) "Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates" en: *The American Journal of Psychiatry*, 160 (p. 1501-1508)

KLONSKY, E.D (2007) "The functions of deliberate self-harm: a review of the evidence" En: *Clinical Psychology Review*. 29 (p. 226-239)

KRISTEVA, J. (1987) *In the beginning was love: psychoanalysis and faith*. New York: Columbia University Press.

LAM, L.T., PENG, Z., MAI, J. (2009) "The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents" in: *Injury Prevention*: 667-677.

LANA, F., MAS-YEBRA, A. MOYANO, E. (2003) Los trastornos mentales no severos de evolución crónica. En: *Psiquiatria.com* (online) enlace: <http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/337/320/>

LANDOUZY, H. (1846) *Traite complet de l'hysterie*. Disponible online en: <http://www.archive.org/details/traitecompletde00landgoog>

LANE, RC. (2002) "Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: the spider mother". En: *Psychoanalysis Revue*. 89(1): 101-123.

LEATHAM, V. (2006) *Bloodletting. A memoir of secrets, self-harm and survival*. Oakland: New harbinger publications.

LE BRETON, D. (1995) *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

LEAVITT, J. (1996) "Meaning and feeling in the Anthropology of Emotions". En: *American Ethnologist*. Vol. 23. Núm. 3. (p. 514-539)

LECOURT, D. (1978) *Para una crítica de la epistemología*. Bogotá: siglo XXI.

LEDER, D. (1990) *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.

LÉVI-STRAUSS, Cl. (1964) *Antropología Estructural*. Barcelona: Paidós

LÉVI-STRAUSS, Cl. (1962) *La Pensée Sauvage*. Paris: Plon

LEVENKRON, S. (1998). *Cutting*. New York: W. W. Norton and Company.

LIPOVETSKY, G. (1990a) *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.

LIPOVETSKY, G. (1990b) *El imperio de lo efímero: La moda y su destino en las sociedades modernas*. Barcelona: Anagrama.

LIPOVETSKY, G. (2007) *La felicidad paradójica : ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona : Anagrama.

LYONS, J.A (1991) “Self-mutilation by a man with posttraumatic stress disorder”. En: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (p. 505-507)

LÓPEZ BARJA, P. (2004) *Historia de Roma*. Madrid: Akal.

LÓPEZ HERRERO, L.S., GONZÁLEZ LUCAS, (2008) “A propósito de los trastornos límite”. En: *Revista de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*. (p. 271-285)

LÓPEZ PIÑERO, J.M., MORALES MESEGUER, J.(1964) “Neurosis y psicoterapia en la obra de Charcot”. En: *Asclepio* vol. 16, (p.29-95)

LÓPEZ PIÑERO, J.M. (2000) *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza.

LUPTON, D. (1999) *Risk*. London: Routledge.

LLOYD-RICHARDSON, E.E. (2010) “Non-suicidal self-injury in adolescents”. En: *The prevention Researcher*, 17. (p. 3-7)

LLOYD-RICHARDSON, E.E., PERRINE, N., DIERKER, L. (2007) “Characteristic and functions on non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents” En: *Psychological Medicine*. Vol. 37 (p.1183-1192).

LUTZ, C. (1986) “The domain of emotion words on Ifaluk” En: *The social construction of emotions*. Rom Harré (ed.) Oxford and New York: Basil Blackwell.

MADGE, N. HEWITT, A. HAWTON, K. et. al. (2008) “Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescents Self-harm in Europe (CASE) Study” In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 49. 6. (p.667-677)

MAIN, T. (1946) *The Ailment and other Psychoanalytic Essays*. London: Free Association Books.

MALINOWSKY, B. (1975) *Los argonautas del pacífico occidental*. Barcelona: Península. [1922]

MALINOWSKY, B (1971) *La vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia: descripción etnográfica de las relaciones eróticas y conyugales y de la vida de la familia entre los indígenas de las Trobriand*. Madrid: Morata [1929]

MAGNALL, J. YURKOVICH, E. (2008) “A literature Review of Deliberate Self-Harm”. En: *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 44 núm. 3, (p. 175-184)

MANN, C., STEWART, F. (2000) *Internet communication and qualitative research: a handbook for researching online*. London: Sage.

MARCUS, G. (1995) "Ethnography in/of the world system: the emergence of Multi-sited ethnography". En: *Annual Review of Anthropology*. Vol. 24: 95-117

MARTÍ, J. (2008) *La cultura del cos*. Barcelona: UOC.

MARTÍ, J., AIXELÀ, Y. (eds.) (2010) *Desvelando el cuerpo: perspectivas desde las ciencias sociales y humanas*. Barcelona, Institut Milà i Fontanals: Alta Fulla.

MARTÍNEZ, A. (1998) "Antropología versus psiquiatría" En: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XVIII. Núm. 68. (p. 645-659)

MARTÍNEZ, A. (2008) *Antropología médica*. Barcelona: Anthropos.

MARTÍNEZ, A. (2003) "El cuerpo imaginado en la modernidad ». En : *Debats* 79: 8-17.

MARTÍNEZ, A. RECIO, C. (2005) "La infancia en cifras en España". *II informe CIIMU*. Descargable en: http://www.ciimu.org/images/stories/CIIMU/Estudios_e_Investigaciones/4la_infancia_en_cifras/1la_infancia_cifras_espaA_a.pdf

MARTÍNEZ, A. MUÑOZ, A. (2008) "Ratlats, burxats, xofs i deprimits. Com els adolescents perceben el malestar i actúen davant l'adversitat" *III informe CIIMU*. Malestars: infància, adolescència i famílies.

MARTÍNEZ, A., MUÑOZ, A.(2010) "Olvidar y conversar. Recursos profanos de los adolescentes barceloneses ante el malestar emocional" en: Romaní, O. (coord.) *Jóvenes y riesgos: Jóvenes y riesgos ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Bellaterra.

MAUSS, M. (1979) "Técnicas y movimientos corporales" En: *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.

MAYANS, J. *Género chat: o cómo la etnografía puso un pie en el ciberespacio*. Barcelona: Gedisa, 2002.

McLOUGHLIN, C. (dir) (2006) Informe Truth Hurts "Truth Hurts: report of the National Inquiry into self-harm among young people". Descargable en: http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/truth_hurts.pdf

McCORNICK, P. (2002) *Cut*. New York: Push.

McKENNA, K., GREEN, A., et al. (2002) "Relationship formation on the internet: What's the big attraction?" In: *Journal of Social Issues*, 58, 9-13.

MEAD, M. (1975) *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona: Laia

MEAD, M. (1981) *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia

MELLOR, P, SHILLING, C. (1997) *Re-forming the body: religion, community and modernity*. Londres: Sage.

MENÉNDEZ, E. (1990) *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. Tlapan: Casa Chata.

MENÉNDEZ, E. (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.

MENÉNDEZ, E. (1985) “Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina” En: *Nueva Antropología*, vol. VII núm. 28. México (p. 11-28).

MENÉNDEZ, E. (1997) “Holísticos y especializados. Los usos futuros de la Antropología” En: *Nueva Antropología*. México. Núm. 52 (p.9-38)

MENÉNDEZ, E (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en *Ciencia y Salud colectiva* 8.

MENÉNDEZ, E. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

MENNINGER, K. (1938) *Man against himself*. Hartcourt Brace Jovanovich: London.

MENNINGER, K. (1935) “A Psychoanalytic Study of the Significance of Self-Mutilation” En: *Psychoanalytic Quarterly*. Vol. IV núm. 3 (P. 408-466)

MENDOZA, Y. y PELLICER, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. En: *Salud Mental*, 25(4), 10-16.

Memòria del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, 2009. Downloadable at: http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/memoria_dj_2009.pdf

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

MERLEAU-PONTY, M. (1976) *Phenomenology of perception*. London: Routledge.

MILLER, D (1994) *Women who hurt themselves*. New York: Basic Books.

MONAGHAN, L. (2000) *Bodybuilding, drugs and risk*. New York: Routledge.

MORAL, B. (2010) “Siniestralidad vial y masculinidad” En: Esteban, Comelles y Díez-Mintegui (eds.) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.

MORENO, A., PICHARDO, J.I. (2006) “Homonormatividad y existencia sexual. Amistades peligrosas entre género y sexualidad” En: *AIBR*. Revista de Antropología Iberoamericana. Vol. 1 núm. 1. Descargable en: <http://www.aibr.org/antropologia/01v01/articulos/010108.pdf>

MOREY, C. CORCORAN, P., ARENSMAN, E. (2008) “The prevalence of self-reported deliberate self-harm in Irish adolescents”. En: *BMC public health*. Vol. 8 (79- 90)

MOSQUERA, D. (2008). *La autolesión: el lenguaje del dolor*. Madrid: Ediciones Pléyades, S.A

MUELLER, K., NYHAN, W.L. (1982) "Pharmacologic control of pemoline-induced self-injurious behavior in rats". En: *Pharmacology, Biochemistry and behavior*, 17, (p. 957-963)

NAVARRO ALCALÁ-ZAMORA, P. (1984) *Sociedades, pueblos y culturas*. Barcelona: Salvat.

NICHTER, M. (1981) "Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India" En: *Culture, Medicine and Psychiatry*. Vol. 5 Núm. 5 (p.379-408)

NIXON, M., HEATH, N. (2008) *Self-injury in Youth: The essential Guide to Assessment and Intervention*. New York: Routledge.

NOCK, M.K., PRINSTEIN, M.J (2004). "A functional approach to the assessment of self-mutilative behaviour". En: *Journal of consulting and clinical psychology*, 72 (p. 885-890)

OLIVER, P. (2009) "Prisionización y bioprotesta" En: Mendiola Gonzalo, I. (ed) *Rastros y rostros de la biopolítica*. Barcelona: Anthropos. (p. 247-270)

ORBACH, S. (1993) *Hunger Strike: The anorectic's struggle as a metaphor for our age*. London: Penguin.

ORBACH, S (1978) *Fat is a feminist Issue*. Hamlyn: London.

ORBACH, S. (1986) *Hunger Strike: The anorectic's struggle as a metaphor for our age*. London: Faber &Faber.

ORTIZ, T.(2002) El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En: Elvira Ramos (ed.). *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer (29-49).

ORTIZ, T. (2007) *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KKK.

PANDOLFI, M. (1990) Boundaries inside the body: Women's sufferings in Southern Peasant Italy. En: *Culture, Medicine and Psychiatry*. Vol. 14. Núm. 2 (p. 255-273)

PATTISON, E., KAHAN, M. (1983) "The deliberate self-harm syndrome" En: *American Journal of Psychiatry*, 140 (p. 867-872)

PARFITT, A. (2005) "On aggression turned against the self" en: *Psychoanalytic and Psychotherapy*, 19 (p. 160-173)

PEREZ, R. (1988). *Las autolesiones en el medio penitenciario Español. Años 1980-1985*. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid.

PERKINS GILMAN, C. (1899) *The Yellow Wallpaper*. Disponible online en:
http://www.pagebypagebooks.com/Charlotte_Perkins_Gilman/The_Yellow_Wallpaper/The_Yellow_Wallpaper_p1.html

PÉTONNET, C. (1982) “L’observation flottante. L’exemple d’un cimetière parisien” en: *L’Homme*. Vol. XXII (4): 37-47.

PARFITT, A. (2005) “On aggression turned against the self”. En: *Psychoanalytic Psychotherapy*. Núm. 19 (p. 160-173)

PHILLIPOV, M. (2006) Self-harm in Goth youth subculture: study merely reinforces popular stereotypes. En: *British Medical Journal*, 20; 332 (p. 1215-1216)

PLUMMER, K. (1991) “La diversidad sexual: una perspectiva sociológica” En: Delgado, M. (ed) *La sexualidad en la sociedad contemporánea*. Madrid: Fundación Universidad Europea.

PRAT, J. (coord) (2004) *I...això es la meua vida. Relats biogràfics i societat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura.

PRAT, J. (1997) *El estigma del extraño: un ensayo antropológico sobre sectas religiosas*. Barcelona: Ariel.

PRAT, J. (2007) *Los sentidos de la vida: la construcción del sujeto, modelos del yo e identidad*. Barcelona: Bellaterra.

PRECIADO, B. (2008) *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa.

PRECIADO, B. (2002) *Manifiesto contra-sexual*. Madrid: Opera Prima.

PRINCE, R. (1985) *The concept of culture –bound síndromes: anorexia nervosa and brain fog*. *Social Science and Medicine*. 21: 197-203.

PROBST, M. VANDEREYCKEN, W. (2002) “Body size estimation in eating disorder patients: testing the video distortion method on a life-size screen”. En: *International Journal of Obesity*. 8 (p.985-990)

REISCHER, E. KOO, K. (2004) The body beautiful. Symbolism and Agency in the Social World. En: *Annual Revue of Anthropology*. Vol. 33 (p. 297-317)

RHEINGOLD, H. (1996) *La comunidad virtual: una sociedad sin fronteras*. Barcelona: Gedisa, 1996.

RICOEUR, P. (2003) *Teoría de la interpretación, discurso y excedente de sentido*. México: siglo XXI

RICOEUR, P. (1977) *The rule of Metaphor: Multi-Disciplinary Studies in the Creation of Meaning in Language*. Toronto: University of Toronto Press.

ROCA, J. (1996) *De la pureza a la maternidad: la construcción del género femenino en la postguerra española*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.

ROCA, J., PUJADAS, J., COMAS, D. (2004) *Etnografía*. Barcelona: UOC.

ROCA, J. (2008) “Ni contigo ni sin ti: cambios y transformaciones en los roles de género y las formas de convivencia” En: Téllez y Martínez (cords.) *Sexualidad, género, cambios de roles y nuevos modelos de familia*. Alicante: Universidad Miguel Hernández.

RODHAM, K., EVANS, E., HAWTON, K. (2005) "Deliberate self-harm in adolescents: the importance of gender" en: *Psychiatric Times*, 22 (1) (p. 36-41)

RODRÍGUEZ, M. (1981) *La despesa sanitària a Catalunya, 1981: estimació i anàlisi descriptiva*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

RODRÍGUEZ, E. (2010) "Sin riesgos no hay beneficios: una lectura en el contexto de los consumos de drogas" en: Romani, O. (coord.) *Jóvenes y riesgos: Jóvenes y riesgos ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Bellaterra.

RODRÍGUEZ, M., GEMPELER J., PÉREZ V., SOLANO, S., MELUK, A., GUERRERO E. y LIEMANN, E. (2007) "Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de las narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones" En: *Revista colombiana de psiquiatría*, 36 (2), 237-254.

RODRÍGUEZ, MURIAS (2006) "Situación actual de los tratamientos en el Trastorno Límite de Personalidad" En: *Psiquiatria.com* 10(1). Descargable en:
http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos

RODHAM, K., HAWTON, K. & EVANS, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm. Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. En: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 80-87.

ROMANÍ, O. (coord.) (2010) *Jóvenes y riesgos ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Bellaterra.

ROMANÍ, O. (2006) *La salut dels joves a Catalunya*. Barcelona: Observatori de la Joventut de la Generalitat de Catalunya. (informe descargable en: <http://www20.gencat.cat/docs/Joventut/Documents/Arxiu/Publicacions/Col%20equaderns/equaderns2a.pdf>)

ROSALDO, R. (1984) "Grief and a headhunter's rage: On the cultural force of emotions" EN: Edward Bruner (ed.) *Play, Text and Story. The construction and deconstruction of Self and Society*. (p. 178-195)

ROSS, S., HEATH, N. L. (2002). "A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents" En: *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77.

ROSENTHAL, R.J. RINZLER, C., WALLSH, R., et al. (1972) "Wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture". En: *American Journal of Psychiatry*, 128, (p. 47-52)

RUBIN, G. (1975) "The traffic in women: Notes on the political economy of sex" En: *Toward an anthropology of women*. New York: Monthly Review Press. (p. 157-210)

RUBIN, G. (1984) "Thinking sex: notes for radical theory of the politics of sexuality" en: Carole, S. (ed.) *Pleasure and Danger*. London: Routledge.

RUSS, M.J. SHEARIN, E.N., CLARKIN, J.F. "Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder". En: *American Journal of Psychiatry*. 150 (12) (p. 1869-1871)

SÁEZ, C. (1979) *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo.

SÁNCHEZ, MJ. (2007) *Embodiment y subjetividad: Anorexia Nerviosa*. Tesis doctoral. Dirigida por Rosario Otegui y Fernando Villamil. Universidad Complutense de Madrid.

SÁNCHEZ, MJ. (2008) “El proceso de salud/enfermedad/atención en el caso de los pacientes con anorexia nerviosa” En: *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de la teoría a las prácticas académicas y profesionales*. XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas. Donostia: Ankulegi Antropologia Elkarte.

SANSONE, R., LAM, L. (2010) “Measuring Self-Harm Behaviour with the Self-Harm Inventory” En: *Psychiatry* (Edgmon) 7 (4) (p. 16-20)

SCHEPER-HUGUES, N. LOCK, M. “The mindful body: A prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology” En: *Medical Anthropology Quaterly* (1) (p. 6-41)

SCOTT, J. (1986) “Gender: a useful category of historical analysis” en: *The American Historical Review*. vol. 91. Núm. 5 (p. 1053-1075) descargable en: http://www.ksa.zcu.cz/studium/podklady/sdhn/joan_scott_article.pdf

SCHOPENHAUER, A. (1969) *El mundo como voluntad y representación*. Buenos Aires: Losada.

SHAW, S. (2002) “Shifting conversations on girls’and women’s self-injury: An analysis of the clinical literature in historical context”. En: *Feminism and Psychology*, 12 (2) (p. 191-219)

SHILLINGS, C. (1993) *The body and social theory*. London: sage.

SESPAS, informe. (2006) Descargable en: http://www.sespas.es/ind_lib08.html

SENNET, R. (2000) *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

SILVIO, José. (1999) *Las comunidades virtuales como conductoras del aprendizaje permanente*. Artículo disponible en formato electrónico en: http://funredes.org/mistica/castellano/ciberoteca/participantes/docuparti/esp_doc_31.html (1999)

SIMEON, D., STANLEY, A. FRANCES, A. (1992) “Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates” En: *Americal Journal of Psychiatry*. 149 (221-226)

SIMPSON, C., PORTER, G. (1981) “Self-mutilation and adolescents” En: *Bulletin of the Menninger Clinic*. Núm. 45 (p. 428-438)

SKEGG, K. NADA-RAJA, S. (2004) “Minor self-harm and psychiatric disorder: A population based study” En: *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 34, (p. 187-196).

SKINNER, E.A., ZIMMER-GEMBECK, M.J. (2007) “The development of coping”. En: *Annual Reviez of Psychology*, 58, (p. 119-144)

SPRINGER, M., LEITHNER, K., (2002) “Gender and perversion-What constitutes a “Bad Mother” En: *Archives of Women’s Mental Health*. Vol. 6., núm. 2 (p. 109-114)

STANLEY, B., WINCHEL, R., MOLCHO, A., et. al. (1992) “Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence” en: *Internal Revue of Psychiatry*. 4 (p. 149-155)

STERN, A. (1938) “Psychoanalytic investigation on therapy in the borderline neurosis” En: *Psychoanalytic Quarterly*. 7 (467-)

STEVENSON, J, MEARES, R. (2005) An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. En: *American Journal of Psychiatry*; 142: 358-362.

STRONG, M. (1998) *A bright red scream: self-mutilation and the language of Pain*. New Yourk: Viking Press.

SWEETMAN, P. (1999) “Bodies, Boundaries and Corporeal Artefacts: some thoughts on body modification and public art” en: *Public Art Journal*, 2 (p:30-31)

SUYEMOTO, K. (1998) “The functions of self-mutilation” en: *Clinical Psychology Review*. 18 (5) (p.531-554)

SUYEMOTO, K., MacDONALD, M.L. (1995) “Self-cutting in female adolescents”. En: *Psychotherapy* 32 (1) (p.162-171)

TABOADA, E. (2007) “Autolesiones” descargable en: http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-19/03_taboada19.pdf

TANTUM , D., WHITTAKER, J. (1992) Personality disorder and self-wounding. En: *British Journal of Psychiatry*. 161 (p.451-464)

TORO, J. (1999). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel

TÖNNIES, F. (1984) *Comunitat i associació*. Barcelona: edicions 62 [1887]

TRELAT, U. (1867) “La locura lúcida” En: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria* (2007) Vol. XXVII núm. 100 (p. 273-528)

TSEELSON, E. (1997) *The masque of femininity*. London: Sage.

TULL, M. (2009) “Cutting and Other Forms of Self-injury”. About.com guide. Electronic Version. <http://ptsd.about.com/od/relatedconditions/a/DSHandPTSD.htm>.

TURNBULL, C. (1965) *The forest people*. New York: Simon and Schuster.

TURNER, T. (1980) “*The Social Skin*”, En J. Chermas y R. Lewin (eds.), *Not Work Alone* Berverly Hills: Templesmith.

- TURNER, B. (1992) *Regulating bodies: essays in medical sociology*. London: Routledge.
- TURNER, B. (1991) *The body: social process and cultural theory*. London: Sage.
- TURNER, B. (1984) *The body and Society*. Oxford: Basil Blackwell.
- TURNER, B. (1994) “Los avances recientes en la teoria del cuerpo” En: *REIS* 68/94 (p. 11-39)
- TURNER, B. (1989) *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en la teoría social*. Mexico: FCE.
- TURNER, V. (1980) *La selva de los símbolos: aspectos del ritual ndembu*. Madrid: siglo XXI.
- TURRÓ, G. (2004) “Algunas consideraciones en torno al deporte, el placer y el dolor” en: *Ars Brevis*. Descargable en: <http://www.raco.cat/index.php/arsbrevis/article/viewFile/87847/142398>
- VALLEJO-NAJERA, A. (1934) *La sexualización de los psicópatas*. Madrid: Medicina.
- VAN DONGEN, E. (2002) *Walking stories: an oddnography of mad people's work with culture*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- VAN DONGEN, E. (2004) *Worlds of psychotic people: wanderers, bricoleurs and strategists*. London: Routledge.
- VAN GENNEP, A. (1986) *Los ritos de paso*. Madrid: Taurus.
- WACQUANT, L. (1995) “Pugs at Work: bodily capital and bodily labour among professional boxers” en: *Body & Society*, 1. (p. 65-94)
- WARM, A., MURRAY, C. FOX, J. (2003) “Why do people self-harm?” En: *Psychology, Health & Medicine*, 8 (p.72-79).
- WHITE, V.E (2003) “Self-injurious behaviours: Assessment and diagnosis”. En: *Journal of Counseling and Development*. 81 (p. 490-496).
- WHITE, V.E., McCORNICK, L., KELLY, B. (2003) “Counseling selfinjurious clients: Ethical considerations”. En: *Counseling and Values*, 47 (p. 220-229)
- WHITE, W. (1971) *La sociedad de las esquinas*. México: Diana.
- WILBUR, S. (1997) “An archaeology of cyberspace” en: Bell, D. Kennedy, B. (eds) *The cybercultures reader*. New York: Routledge.
- WELLMAN, B. (2001) “Physical place and cyberplace: the rise of networked individualism”. *International Journal of Urban and Regional research*, 1, número especial sobre redes, clase y lugar, 2001.
- WHITLOCK, J.L., EELLS, G. CUMMINGS, N. Et. Al (2009) “Non-suicidal self-injury on college campuses: Mental health provider assessment of prevalence and need”. En: *Journal of College Student Psychotherapy*. 23(3): 172-183.

WIDYANTO, L. McMURRAN, M. (2004) "The Psychometric properties of the internet addiction test" En: *Cyberpsychology and behaviour*. Vol.7 núm. 4. Downloadable at: <http://www.netaddiction.com/articles/InternetAddictionTestResearch.pdf>

WILKINSON, P., GOODYER, I. (2011) "Non-suicidal self-injury" En: *European Child and Adolescent Psychiatry*. Feb; 20(2) (p. 103-108)

WINCHEL, R.M., STANLEY, M. (1991) "Self-injurious behaviour: a review of the behaviour and biology of self-mutilation". En: *American Journal of Psychiatry*, 148 (p.306-317)

WYNN, E. KATZ, J. (1997) "Hyperbole over cyberspace: self-presentation and social boundaries in internet home pages and discourse". En: *The information Society*. 13 (4) (p. 297-327)

WOLF, N. (1991) *The beauty Myth. How image of beauty are used against women*. New York: William Morrow.

WOODS, J. (1988) "Layers of meaning in self-cutting" en: *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 14 (p. 51-60).

YIP, K., NGAN, M., LAM, I (2003) "A qualitative study of parental influence on and response to adolescents' self-cutting in Hong Kong" en: *Families in Society*, num. 84 (p. 405-416)

YOUNG, R. SWEETING, H., WEST, P. (2006) "Prevalence of deliberate self-harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study". En: *British Medical Journal*. 332 (p. 1058-1061).

YOUNG, A. (1982) "The anthropologies of illness and sickness" en: *Annual Review of Anthropology*. 11 (p. 257-285)

ZAFRA, E. (2008) "Los trastornos del comportamiento alimentario como "estares alimentarios": entre el placer (bienestar) y el conflicto (malestar) en: *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de la teoría a las prácticas académicas y profesionales*. XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas. Donostia: Ankulegi Antropologia Elkarte.

ZOROGLU, S. TUZUN, U., SAR, V. Et al (2003) "Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation". En: *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 57 (p. 119-126)

Agradecimientos

Para muchos los agradecimientos son la parte más bonita de la tesis puesto que permiten agradecer a las personas que han resultado relevantes su acompañamiento. Estoy de acuerdo en que esta es una parte bonita pero no deja de producirme cierto nerviosismo, dado que personas influyentes a lo largo de mi itinerario hay muchas. De hecho, creo que también ellos y ellas forman parte del texto vivo que configura esta tesis, muchas veces nutrido de comentarios, reflexiones, apuntes, referencias y lecturas que han resultado en determinados momentos cruciales.

En primer lugar les agradezco a mis directores, Jordi y Mabel, su paciencia, rigor y buen hacer investigador que para mí ha sido siempre un referente. Les agradezco que aceptasen el reto de este cyborg-médico-urbano y que me acompañasen y guiasen en este proceso. Para mi tenerles como directores ha sido un verdadero lujo.

Tengo claro que esta tesis no se hubiese gestado de no ser por el profesor Joan Prat y por la beca predoctoral de la Universitat Rovira i Virgili que me permitió dedicarme exclusivamente a esta investigación durante cuatro años. Siento, por muchas razones, que soy una privilegiada y espero que el resultado esté a la altura. Le agradezco de todo corazón haber creído en este proyecto.

A Josep Maria Comelles le agradezco su papel como guía, como tutor tanto en lo intelectual como en lo personal a lo largo de estos años. Muchísimas gracias.

Quizá una de las cuestiones que más ha marcado mi trayectoria en los últimos años ha sido conocer a la profesora Els Van Dongen durante los cursos de doctorado en Tarragona. En diciembre de 2007 Els aceptó codirigir esta tesis. Cuando nos despedimos, quedamos en vernos en Amsterdam en septiembre de 2008. En febrero de 2009, a los dos meses de mi regreso de Amsterdam nos dejó. Esta tesis está dedicada a su memoria.

Como profesores y referentes clave a lo largo de estos años me gustaría agradecer a Susan Di Giacomo, Yolanda Bodoque, Montse Soronellas, Oriol Romaní, Ángel Martínez, Mari Luz Esteban, Jaume Vallverdú y Maria José Codorniu, sus comentarios y recomendaciones, ellos han contribuido a dar mayor amplitud analítica a algunas de mis observaciones.

Le agradezco al grup *coslogia* de l’Institut Català d’Antropologia el ofrecerme la posibilidad de participar en sus seminarios. Sin lugar a dudas sus reflexiones han contribuido a nutrirme de nuevas perspectivas teóricas que emergían de diferentes investigaciones.

Le agradezco también a los miembros del GRITA (Grup de Recerca de l’Institut Tarragonès d’Antropologia) el haberme ofrecido un espacio en el que compartir esta investigación.

Mi más sincero agradecimiento a mis compañeras del Departamento de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, especialmente a las profesoras María Antonia Martorell y María Jesús Montes, por el apoyo y cariño con el que me han acompañado en estos últimos meses de ritmo frenético en la redacción de la tesis.

Esta tesis está dedicada a mis informantes, gracias por compartir conmigo parcelas de vuestra intimidad. A las Instituciones y profesionales que aceptaron formar parte de este proyecto. También a los que no me dejaron entrar, puesto que al final todo resulta ser significativo.

Esta tesis está especialmente dedicada a mi familia. A mi madre y a mi padre. A mis hermanas, Ester y Cinta y a mi hermano Artur. De forma muy especial se la dedico a Óscar y a mi hijo Guillem.

ANEXOS

Anexo 1

Cuadro resumen de los informantes

Núm.	Nombre	Edad	Sexo	Ocupación	¿Autolesión?	¿Dx?
1	Ramón	37	♂	Enfermero centro penitenciario	no	no
2	Tomás	46	♂	Interno centro penitenciario	no	no
3	Claudia	16	♀	Estudiante	si	no
4	Soraya	27	♀	No trabaja	si	si
5	Dani	33	♂	Modificador corporal (tatuador)	si	no
6	Rosa	68	♀	Jubilada. Negocio de comestibles.	si	no
7	Magda	82	♀	Jubilada. Catequista	no	no
8	Virginia	20	♀	Estudiante universidad	no	no
9	Natalia	25	♀	Estudiante universidad	si	no
10	Alfred	20	♂	Estudiante universidad	no	no
11	Irene	21	♀	Estudiante universidad	no	no
12	Ariadna	20	♀	Estudiante universidad	no	no
13	Juan	28	♂	Estudiante universidad	no	no
14	Teresa	19	♀	Estudiante universidad	no	no
15	Ester	22	♀	Estudiante universidad	no	no
16	Juan Carlos	30	♂	Estudiante universidad	no	no
17	Laia	20	♀	Estudiante universidad	no	no
18	Melisa	19	♀	Estudiante universidad	si	no
19	Susana	29	♀	Estudiante universidad	no	no
20	Mariona	25	♀	Estudiante universidad	no	no
21	Alfred	20	♂	Estudiante universidad	no	no
22	Blanca	28	♂	Estudiante universidad	no	no
23	Pedro	21	♂	Estudiante universidad	no	no

24	Andrés	12	♂	Está interno en unidad de contención psiquiátrica	no	si
25	Mario	16	♂	Está interno en unidad de contención psiquiátrica	si	si
26	Lorena	13	♀	Está interna en unidad de contención psiquiátrica	si	si
27	Roser	16	♀	Está interna en unidad de contención psiquiátrica	si	si
28	Ethel	17	♂	Está interno en unidad de contención psiquiátrica	si	si
29	Mirian	15	♀	Estudiante secundaria	si	si
30	Candy	26	♀	¿?	si	si
31	Sicksaura	17	♀	¿?	si	si
32	Noe	23	♀	¿?	si	si
33	Dreams	17	♂	¿?	si	no
34	Maica	17	♀	¿?	si	si
35	Neth	¿?	♂	¿?	si	si
36	Marilyn	40	♀	Profesora universidad	si	si
37	DarkRose	¿?	♀	¿?	si	¿?
38	Paula	30	♀	Estudiante universidad	si	si

		Entrevistas a profesionales
39	Sra. D	Psicóloga. Unidad de psicología infantil y juvenil. Hospital concertado.
40	Dra. M	Psiquiatra. Centro de Psicología y psicoterapia. Consulta privada.
41	Dr. J	Psicólogo. Consulta privada de psicoanálisis.
42	Dr. L	Psiquiatra. Instituto de Salud Mental. Concertado.
43	Dra. G	Psiquiatra. Hospital de día Infanto-juvenil. Concertado.
44	Iris	Enfermera. Unidad de contención infant-juvenil. Concertado.

Anexo 2

Dispositivos de salud mental en Catalunya

TIPO DE RECURSO	2007
Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ)	46
Consultas periféricas de CSMIJ en Centros de AP	24
Programas TMG (infantil y juvenil)	31
Unidades funcionales CAS-CSMIJ para atención adolescentes con trastorno por consumo de sustancias	11
Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA)	73
Consultas periféricas de CSM en Centros de AP	13
Programas TMS (adultos)	73
Programas PSI (equipos comunitarios de gestión de casos)	58
Programa Atención a personas con Psicosis Incipiente	12
Centro de Atención y Seguimiento (CAS)	65
Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual y TM (SESMIDI)	4
Camas psiquiatría en centros monográficos y sociosanitarios	3.586
Camas psiquiatría Hospitales Generales	493
Plazas Hospitales de Día de Adultos	619
Plazas Hospital de Día Infantil y Adolescentes	388
Plazas Centros de Día de Adultos	1.823
Programas de Rehabilitación Comunitaria	33
Plazas Centros de Día infanto-juveniles	256
Camas Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD)	64
Centros de prescripción de metadona	59
Centros de dispensación de metadona	67

Plazas de comunidades terapéuticas drogodependencias	337
Unidades Hospitalarias de Patología Dual	6
Unidades Hospitalarias especializadas en Discapacidad intelectual y trastorno mental (UHEDI)	3
Unidades de tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria	8
Unidades de tratamiento de ludopatía y otras socioadicciones	10
Unidad Hospitalaria de Psiquiatría Penitenciaria	1

Fuente: Informe publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Dispositivos de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009) en Catalunya. (p.33)

En cuanto a la ratio de recursos especializados por población y según datos del mismo informe se señalan:

Nivel Asistencial	Infantil y juvenil (<18 años) 1.256.890 hab.		Adultos (>18 años) 5.745.386 hab.	
	Núm	Ratio	Núm.	Ratio
Centros de salud mental (centros/100.000 hab.)	46	3'7	73	1'3
Centros de atención y seguimiento a las Drogodependencias (centros/100.000 hab.)			68	1'1
Centros de dispensación de metadona (Centros/100.000 hab.)			67	1'2
Hospitales de Día (plazas/10.000 hab.)	388	3'1	619	1'1
Servicios de Rehabilitación Comunitaria (plazas/10.000 hab.)			1.823	3'2
Hospitalización Psiquiátrica (camas x 10.000 hab.)	120	0'75	3.959	6'9

Fuente: Informe publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Dispositivos de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009) en Catalunya (p.34)

Descripción de los dispositivos:

Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA)

-Realiza consulta ambulatoria especializada en psiquiatría y salud mental, de apoyo a la atención primaria de salud.

-Detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento integral de los procesos asistenciales.

Centre de Salut Mental Infanto-juvenil (CSMIJ)

-Atiende a los menores de 18 años que precisan de atención especializada en salud mental, de apoyo a la atención primaria de salud.

-Detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento integral de los procesos asistenciales

Centros de hospitalización psiquiátrica

Atienden los procesos en los que hay compromisos psicopatológicos graves que requieren una atención intensiva y continuada durante 24 horas. Se concretan las siguientes tipologías de servicios:

1.- Los servicios de urgencias psiquiátricas: equipamientos hospitalarios que proporcionan atención psiquiátrica inmediata en situaciones agudas en las que hay un compromiso psicopatológico grave. Estos servicios están vinculados a servicios de hospitalización de agudos y diferenciados funcionalmente de los demás servicios del hospital.

2.- Servicios de hospitalización psiquiátrica de agudos: destinados a dar atención integral a las descompensaciones o situaciones agudas, en las que hay un riesgo psicopatológico grave, que requieran una intervención inmediata de 24 horas, con actuaciones clínicas intensivas, en un plazo breve de tiempo. Su objetivo es devolver al paciente a su entorno familiar, social y laboral, en unas condiciones de remisión clínica que permiten, si conviene, el seguimiento ambulatorio post-alta por los servicios comunitarios adecuados. En el caso que no se consiga la mejora funcional necesaria y una vez conseguida la estabilización clínica se gestionará la derivación del paciente al dispositivo asistencial adecuado. Los servicios de hospitalización psiquiátrica de agudos

pueden estar ubicados en hospitales generales, hospitales psiquiátricos o en centros sociosanitarios de internamiento.

3.- *Servicios de hospitalización psiquiátrica de subagudos*: dirigidos a población con trastornos mentales con posibilidad de evolución crónica que va acompañada a menudo de problemática social y familiar. Las personas que se tratan se considera que presentan una alta complejidad desde el punto de vista de la clínica, con desestabilización psicosocial y que requieren una atención especializada en régimen de internamiento de duración limitada en el tiempo. Los Servicios de hospitalización psiquiátrica de subagudos pueden estar ubicados en hospitales generales, hospitales psiquiátricos, centros sociosanitarios de internamiento o centros comunitarios polivalentes.

4.- *Servicios de hospitalización de media y larga estancia* de salud mental. Dirigidos a la población con trastornos mentales, con criterios de gravedad psicopatológica con síntomas graves y persistentes, de evolución crónica que va acompañada a menudo de desadaptación familiar y social severa y con limitaciones en el funcionamiento autónomo. Se trata de pacientes que requieren una atención rehabilitadora, multidisciplinar, intensiva y continuada durante largos periodos de internamiento. En función del momento evolutivo de los procesos asistenciales que atienden, estos servicios pueden estar ubicados en: hospitales psiquiátricos, o centros comunitarios polivalentes.

5.- *Hospitales psiquiátricos*: pacientes en situación de alta dependencia psiquiátrica y conductas disruptivas que además del tratamiento y rehabilitación intensiva requieren de un entorno institucional contenedor, propio de los hospitales.

6.- *Centros comunitarios polivalentes*: para pacientes que han asumido un nivel óptimo de recuperación funcional y se encuentran en fase de transición a la comunidad, con el objetivo de integrarse a medio plazo en recursos residenciales normalizados.

7.- *Servicios de internamiento en la comunidad*: dispositivos no hospitalarios que se dirigen a la atención de la población adulta con trastornos mentales y/o adicciones en el inicio de una evolución crónica. El objetivo de estas unidades es evitar o retrasar el proceso de cronificación y discapacidad y conseguir la readaptación en su entorno con garantías de estabilidad.

8.- *Servicios de atención específica en salud mental y adicciones:* Destinados al diagnóstico y tratamiento especializado. La actividad fundamental está destinada a la atención de determinadas patologías o pacientes de determinados grupos de edad o con características psicopatológicas comunes.

Servicios de Hospitalización Parcial de Día para Adultos (HD)

Prestan atención multidisciplinaria a los pacientes adultos con trastornos mentales y/o adicciones que requieren de un tratamiento terapéutico y/o rehabilitador intensivo en régimen diurno, que pueden mantener los vínculos con la comunidad y la familia durante el proceso terapéutico.

Servicios de Hospitalización Parcial de Día de Adolescentes (HDA)

Prestan atención multidisciplinaria a los pacientes menores de 18 años con trastornos mentales y/o adicciones que requieren de un tratamiento terapéutico y/o rehabilitador intensivo en régimen diurno, que pueden mantener los vínculos con la comunidad y la familia durante el proceso terapéutico.

Centro de Día (CD) /Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC)

Tienen como objetivo:

- Desarrollo de programas y actividades rehabilitadoras y de reinserción en la comunidad en régimen intensivo, dirigidos a personas que padecen un trastorno mental severo y/o adicciones.
- Persiguen conseguir el nivel óptimo de recuperación funcional de los pacientes con el objetivo de conseguir mejorar su calidad de vida.
- rehabilitar las capacidades personales y habilidades sociales de los pacientes para conseguir la máxima autonomía posible.
- atención y apoyo psicosocial y educativo a las familias.
- coordinación con los recursos comunitarios que puedan colaborar en la inclusión social de los pacientes atendidos.

Centros de prevención y tratamiento de la Anorexia-Bulimia (TCA)

Son unidades de referencia de Trastornos de la Alimentación. Se crean para atender la demanda de casos de anorexia y bulimia nerviosa.

Centros de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias (CAS)

Servicios básicos de atención ambulatoria en la atención a las drogodependencias, dirigidos a las personas que presentan dependencia de cualquier sustancia psicoactiva, en cualquier momento evolutivo del trastorno, que por su complejidad no puedan ser atendidas en el ámbito de las áreas básicas de salud.

Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD)

Espacios hospitalarios donde se lleva a cabo el tratamiento de desintoxicación de diferentes sustancias psicoactivas, además de otras intervenciones, mediante un periodo breve de estancia en aquellos casos en que el tratamiento en régimen ambulatorio no es viable.

Centros de Prescripción de Metadona

Los tratamientos de mantenimiento con metadona se llevan a cabo mayoritariamente en los CAS.

Comunidades terapéuticas de Drogodependencias

Son servicios de acogida residencial de carácter transitorio que proporcionan a las personas con dependencia de alcohol u otras sustancias, el cuidado, la vida en comunidad y el seguimiento necesario para facilitar la integración social.

Unidades hospitalarias de patología dual

Son servicios hospitalarios que ofrecen una atención especializada a las personas con trastorno por consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas más un trastorno mental severo. Son unidades de alta rotación y de corta estancia que atienden a los pacientes hasta que su estado clínico les permite continuar el tratamiento en los servicios ambulatorios o en otras unidades de hospitalización.

Unidad de crisis del adolescente⁹¹ (UCA)

Dispositivo hospitalario centrado en la atención especializada en los trastornos mentales durante la adolescencia. Por regla general las demandas de ingreso en la unidad se hacen desde otros dispositivos de la red sanitaria (CSMIJ o Centro de Día infanto-juvenil), a donde son retornados en el momento del alta.

Distribución de los dispositivos de salud mental por regiones sanitarias⁹² (2009):

❖ Región sanitaria Alt Pirineu/Aran

- Unidad de Hospitalización: 1
- Centro de Salud Mental-adultos: 6
- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: 6
- Centro de Día: 1
- Hospital de Día: 1

❖ Región sanitaria Lleida

- Centro de Salud Mental-adultos: 6
- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: 5
- Centro de Día: 3
- Hospital de Día: 1
- Hospital de Día de adolescentes: 1
- Unidad de Hospitalización: 4
- Socio-sanitario: 1
- Unidad Trastornos de la Conducta Alimentaria: 1

❖ Región sanitaria Camp de Tarragona

⁹¹ No aparece descrita en el informe del Ministerio.

⁹² La distribución de los recursos tiene en cuenta la última modificación en la delimitación de las regiones sanitarias. Decreto 22/2009 de 28 de julio. La fuente utilizada es la publicada por el ministerio, sin embargo se detecta específicamente para la región sanitaria del camp de Tarragona que los datos son incompletos.

- Centro de Salud Mental-adultos: 4
- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: 1
- Centro de Día: 3
- Hospital de Día: 1
- Hospital de Día de adolescentes: 1
- Unidad Trastornos de la Conducta Alimentaria: 1
- Unidad de Crisis del Adolescente: 1
- Unidad de hospitalización: 21

❖ **Región sanitaria Terres de l'Ebre**

- Centro de Salud Mental-adultos: 3
- Centro de Día: 2
- Hospital de Día: 1
- Unidad de hospitalización: 1

❖ **Región sanitaria Barcelona**

- Centro de Salud Mental-adultos: 43
- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: 35
- Centro de Día: 32
- Hospital de Día: 19
- Hospital de Día de adolescentes: 10
- Unidad Trastornos de la Conducta Alimentaria: 7
- Unidad de Crisis del Adolescente: 1 + (¿?)
- Unidad de hospitalización: 27

❖ **Región sanitaria Catalunya Central**

- Centro de Salud Mental-adultos: 4
- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: 3
- Centro de Día: 3

-Hospital de Día: 3

-Hospital de Día de adolescentes: 2

-Unidad Trastornos de la Conducta Alimentaria: 1

-Unidad de hospitalización: 1

❖ **Región sanitaria Girona**

-Centro de Salud Mental-adultos: 6

-Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: 0 (¿?)

-Centro de Día: 7

-Hospital de Día: 1

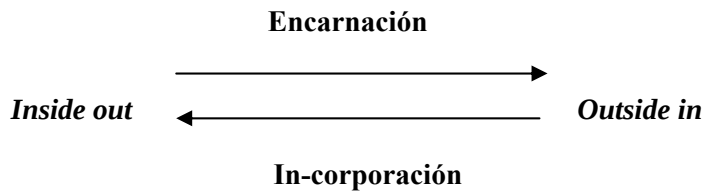
-Hospital de Día de adolescentes: 1

-Unidad Trastornos de la Conducta Alimentaria: 1

-Unidad de hospitalización: 1

Anexo 3

Anexo



Cuerpo: fluido/agente/carnal

cuerpo: cartografía

Experiencia

cuerpos okupados, cuerpos dóciles, cuerpos resistentes

Inside out	Outside in
Cuerpo=fluido/carne/emoción (lived body)	Cuerpo=cartografía (live body)
Cuerpo vivido/sentido/percibido/resistente	Cuerpo okupado/cuerpo dócil
Merleau-Ponty (1976) “lived body” El yo está ubicado en el cuerpo, que a su vez está ubicado en el tiempo y en el espacio. Estas coordenadas ordenan nuestro sentido del yo en el mundo, nuestras relaciones y encuentros con los demás y la forma como cuidamos nuestro cuerpo. “the body is our general medium for having a world”	Douglas (1970): Cuerpo físico/cuerpo social Cuerpo: objeto natural moldeado por las fuerzas sociales. Cuerpo = Símbolo. Cuerpo=Texto. Ejemplo risa (1979): función fisiológica que empieza en la cara pero que puede afectar a todo el cuerpo. La situación social determina el grado en que el cuerpo se puede reír. De este modo el cuerpo se expresa simbólicamente y se convierte en símbolo de la situación social que la determina.
Goffman (1971, 1979, 1991): “el glosario del cuerpo”. La interacción social necesita de información acerca de aquellos con quien se interactúa. Se adquiere a través de lo que dicen, hacen y la apariencia.	Marcel Mauss (1973): técnicas corporales como medio para la socialización del individuo en la cultura
Johnson y Lakoff (1999) “Metáfora encarnada” La razón no es algo que esté libre del cuerpo, la razón no es desapasionada sino comprometida emocionalmente	Ricoeur (1977) “the cultivated body is like a text, and it can be read”
Giddens (1991): cuerpo=identidad El cuerpo es un lugar de interacción, apropiación y reappropriación.	Bourdieu (1986). Cuerpo: estructuras sociales/agente. “violencias estructurales”. <i>Habitus</i> : concepto que vincula al individuo con las estructuras sociales. El modo en que vivimos en nuestros cuerpos está estructurado por nuestra posición social en el mundo y por

	nuestra clase social. <i>Gusto</i> : manifestación del habitus
Csordas (1994) el <i>embodiment</i> como paradigma. Csordas reconoce que nuestra forma de estar en el mundo viene marcada por un tiempo y un espacio. Esta relación tiempo/espacio condiciona una determinada manera de experimentar (experiencia vivida) nuestra relación con el mundo. Esta relación con el mundo es de naturaleza corporal (cuerpo como agente), pero a su vez el cuerpo deviene un depósito de significados (cuerpo como campo objeto) . El planteamiento de Csordas resulta menos complejo si lo planteamos relacionando la idea de cuerpo como espacio en donde se inserta la cultura (y que este viene determinado de acuerdo con las coordenadas espacio/tiempo): Incorporación, y la idea de cuerpo como agente con capacidad de resistencia.	Martínez (1987): El cuerpo reificado, como <i>token</i> en el capitalismo tardío El cuerpo como espacio de consumo y objeto de mercantilización (cuerpo-consumidor) (cuerpo-consumido)
Scheper-Hughes y Lock (1987): cuerpo político (Foucault), cuerpo social y cuerpo individual. Para las autoras muchas de las prácticas corporales subalternas contienen un mensaje de protesta. (the message in the bottle: illness and the micropolitics of resistance) Scheper-Hughes “nervoso”: metaphor for hunger and child malnutrition in northeast Brazil.	Turner, B (1980, 1989) “Piel social” “El gobierno del cuerpo”: según el que el deseo subordina al ejercicio de la voluntad. Esto se da mediante la incorporación de rutinas y otros comportamientos vinculados a los regímenes médicos, dietéticos, estéticos...
Comaroff y Comaroff (1985): “reforma corporal” Mediante la cual determinados colectivos pueden llegar a revertir las políticas corpóreas.	Wacquant (1995) entrenamiento/disciplina corporal
Butler (2002). El “sexo” como una construcción cultural, como un “ideal regulatorio que produce los cuerpos que gobierna” “el sexo como una construcción ideal que se materializa a través del tiempo”. El cuerpo no es meramente la fuente de donde surge la proyección, sino que siempre es también un fenómeno en el mundo” “El sexo es la asunción de cierta materialidad contorneada, es una forma dada, una morfogénesis que se produce a través de un conjunto de proyecciones identificatorias. Que el cuerpo al cual uno pertenece sea hasta cierto punto un cuerpo que en parte obtiene sus contornos sexuales en condiciones especulares y en relación con el exterior sugiere que los procesos identificatorios son esenciales para la formación de la materialidad sexual. La teoría de Butler se basa en la idea de “performatividad” que implica que la palabra tiene un poder instituyente, es decir, un poder de reproducción. Para Butler la performatividad tiene que ver con el aspecto del discurso que tiene la	Baudrillard (1974): El cuerpo sacralizado de la sociedad de consumo. Las estructuras actuales de producción y consumo proporcionan al individuo una doble representación de su cuerpo: como una forma de capital y como fetiche. Si antaño era el alma quien envolvía el cuerpo, hoy es la piel la que lo envuelve pero como un signo de prestigio y de referencia. El cuerpo aparece dentro del abanico de los objetos de consumo y bajo el signo de la liberación sexual comienza a ser objeto de numerosas inversiones narcisistas, físicas y eróticas.

capacidad para producir lo que se nombra, sedimentando así en la cabeza de la gente.	
Preciado (2002) “en el marco del contrato contra-sexual los cuerpos se reconocen a sí mismos no como hombres o mujeres, sino como cuerpos parlantes, y reconocen a los otros como cuerpos parlantes. Se reconocen a sí mismos la posibilidad de acceder a todas las prácticas significantes, así como a todas las posiciones de enunciación, en tanto sujetos, que la historia ha determinado como masculinas, femeninas o perversas” (2002:18)	Foucault (1976): Las disciplinas emergentes de la modernidad (Biopoder). Micro política del cuerpo, macro política de vigilancia de las poblaciones. Las microfísicas del poder a través de la disciplina primero, a través de la legitimidad del poder médico y la medicalización después.
Haraway (1991) Cyborg: máquina+organismo Los límites del cuerpo	Bordo (1993): resalta la obsesión por determinadas prácticas corporales (dieting, ejercicio, cirugía estética). Bordo habla de la anorexia o la bulimia nerviosa como “complex cristalizaciones of culture”. “Social body through consumer culture”
Esteban (2004) Cuerpo como agente (teoría corporal de la acción social e individual) Propuesta metodológica: itinerarios corporales (reflexión corporal): identidad + empoderamiento corporal=cuerpo como agente	Featherston (1991): con la cultura consumista el cuerpo se transforma en mercancía y pasa a ser el medio principal de producción y distribución de la sociedad de consumo. Cuerpo-ejercicio físico (1992, 1995): desde principios del siglo XX, el cuerpo se ha convertido en centro de trabajo: ejercicio, dieta, maquillaje y cirugía estética. Cuerpo: parte del propio yo abierto a la revisión, cambio, transformación. Cuerpo: “signo”, “mensaje” que habla de su propietario.
Ferrándiz (1999) cuerpo como campo de batalla, como espacio ritualizado de violencia encarnada (ritual de Maria Lionza en Venezuela) Heridas como espacios de vacío sensorial.	Wolf, N (1992) The beauty myth tells a story. There is no legitimate historical or biological justification for the beauty myth. Is political, not sexual.
Good, B (2003) “Para el enfermo, igual que para el clínico, la enfermedad es experimentada a través del cuerpo. Pero para el paciente, el cuerpo no es simplemente un objeto físico o un estado fisiológico sino una parte esencial del yo. El cuerpo es sujeto, la base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo, y el cuerpo en tanto que “objeto físico” no puede ser nítidamente diferenciado de los objetos de conciencia. La conciencia en si misma es inseparable del cuerpo consciente. El cuerpo enfermo no es por lo tanto, simplemente, el objeto de cognición y conocimiento, de representación de estados mentales y la obra de la ciencia médica. Es al mismo tiempo un desordenado agente de	Tseelson (1997): relación cuerpo/género Las mujeres suelen identificarse más con el cuerpo que los hombres y eso puede generar experiencias de corporeidad diferenciales. Las mujeres tienen más tendencia a desarrollar una mayor conciencia corporal de ellas mismas como un ser corpóreo que los hombres, cuya identidad no está tan situada en el cuerpo.

experiencia” (2003:216)	
Aalten, A. (2006) La construcción del cuerpo en el ballet profesional. El dolor deviene el mecanismo para crear y modular el cuerpo. “If you want to be good, you have to suffer”	Alemaný (1993) el cuerpo ideal es mucho más importante para la mujer que para el hombre. Las mujeres obesas están más discriminadas socialmente y presionadas para hacer dieta. Son ellas las que llenan las clínicas de control de peso.
Probst (2002) Propuesta de intervención feminista en relación a mejorar la relación de las mujeres con sus cuerpos. Empoderamiento.	Le Bretón (1995): Las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo, y dentro de esta última, de una definición de persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en si misma”. El cuerpo es el efecto de una construcción social y cultural.
Rosaldo, R (1989) “Embodied thought” “the cultural force of emotions”	Ellman (1993) realiza una comparación entre los presos políticos que inician una huelga de hambre y las anoréxicas. Para la autora ambas formas son símbolos, “forms of speech” capaces de articular su discomfort a través del cuerpo.
Di Giacomo, S. (1992: 120)“Biomedicine as commonly practiced in the United States simultaneulsy individualizes its treatment of disease symptoms and routinizes dealings with the patient. The afflicted person is thus transformed from an integrated and functioning adul tinto a collection of body parts” La enfermedad como punto de superación del dualismo mente/cuerpo.	
Pandolfi (1990) El cuerpo como memoria fenomenológica que se abre a un nuevo modo de interpretar las dolencias, el sufrimiento y la enfermedad.	Gilman (1998) El aumento en el número de operaciones estéticas no busca tanto la restauración física como la psique que ha estado dañada por la estigmatización del cuerpo.
Frank, A. (1995:2) El cuerpo enfermo no está callado, sino que está inarticulado. Habla elocuentemente a través del dolor y sus síntomas.	Reischer y Koo (2004) *Brumberg, Gilman, Bordo (occidente) cuerpo=signo del yo individual *Becker (1994) Cuerpo propiedad de la comunidad. No un producto del embodied self occidental
Kirmayer (1992) the insistence on meaning. “The body provides a structure of thouhgt that is, in part, extra-rational and disorderly, inevitably related to emotional, aesthetic and moral worlds (1992:325)	

Anexo 4

CD con videos. Marcos de la autolesión.

