

“Síndrome de Cutting”: su deco- construcción a través de terapias narrativas o postmodernas. Estudio de caso

Patricia Trujano Ruíz⁸

*Universidad Nacional Autónoma de México
FES Iztacala*

Resumen

Se presenta el caso de una consultante de 15 años remitida por su madre debido a su comportamiento violento y a las autolesiones provocadas mediante cortes en su cuerpo (“Síndrome de Cutting”). A través de un proceso terapéutico de diez sesiones enmarcado en el construccionismo social y en las terapias narrativas en particular, se consiguió de-co-construir los sistemas de significados de sus experiencias relacionados con la patologización, generando nuevas formas de interpretación y de actuación frente a su complejo entorno social. Las estrategias centrales incluyeron el cuestionamiento y reinterpretación de los discursos dominantes, la búsqueda de excepciones y la potenciación de sus recursos, favoreciendo su empoderamiento y la construcción de un proyecto de vida más promisorio. Este enfoque constituye una alternativa viable para el abordaje de la violencia autodirigida, y su fortaleza estriba en alejarse de los estigmas paralizantes para acercarse al despliegue de las habilidades de las personas.

Palabras clave: autolesiones, síndrome de cutting, terapias narrativas

⁸ Patricia Trujano Ruíz, UNAM, Campus Iztacala. E-mail: México.trujano@unam.mx

Abstract

The case of a 15 year-old female patient sent by her mother because of her violent behavior and self-harm provoked by cutting her body ("Cutting Syndrome") is hereby presented. Through a ten sessions' therapeutic process, framed in the social constructionism and narrative therapies in particular, it was achieved deco-constructing the meanings of her experiences related to the pathologization, generating new forms of interpretation and action against her complex social environment. The central strategies included the questioning and reinterpretation of dominant discourses, the search for exceptions and the enhancement of her resources, which promoted her empowerment and the construction of a more promising life project. This approach constitutes a viable alternative for addressing the self-directed violence, and its strength lies in moving away from the paralyzing stigma to approach the deployment of people skills.

Keywords: Self-harm, Cutting Syndrome, Narrative Therapy

Introducción

Las autolesiones, también llamadas automutilaciones, se han definido como conductas de carácter autodestructivo que causan daño tisular directo. Si bien parece existir la intención de ocasionar la muerte (aspecto sobre el que no hay consenso), es decir, el suicidio, y las lesiones no suelen ser tan extensas ni graves como para significar un daño letal, cuando se presentan reiteradamente constituyen el llamado Síndrome de Autolesión Deliberada (Albores, et al, 2014, Villarroel, et al., 2013).

Esta temática ha sido tradicionalmente abordada desde el modelo médico de la Salud Mental, lo que ha determinado su aproximación, asociándose a episodios psicóticos, trastornos del espectro autista, retraso mental severo y patologías neurológicas, parasitosis, o a trastornos de personalidad que pueden incluir estrés postraumático, alteraciones de la conducta alimentaria o abuso sexual infantil (Simeón & Fazza, 1995, en Villarroel et al., 2013).

Los actos ejecutados con claros propósitos suicidas y los rituales religiosos, sexuales u ornamen-

tales (incluyendo los tatuajes) no se consideran autolesiones. A su vez, Taboada (2007) define a las autolesiones como un lenguaje somático que utiliza al cuerpo para expresarse. Y sostiene que representan un intento por manejar sentimientos caóticos como la ira, el odio o el sufrimiento emocional intenso, enviando el mensaje de decepción, abandono o abuso. También se ha dicho (Carámbula, 2012; Valadez, 2015) que son actos deliberados, privados y personales que representan un mecanismo de confrontación, dolor y soledad, así como un intento por encontrar alivio.

Respecto al *cutting* (también llamado *Risuka*), las investigaciones indican que suele iniciar con heridas superficiales realizadas con plumas, corcholatas o agujas, hasta llegar al uso de objetos punzocortantes como navajas o cuchillos. Aunque los adultos no están exentos, la mayoría de las veces se presentan en adolescentes, calculándose que en esta población las prevalencias van del 13 al 23.2% (Jacobson & Gould, 2007, en Ulloa, Contreras, Paniagua & Victoria, 2013) y ocurre más en mujeres que en varones (Díaz, González, Minor & Moreno, 2008, Martínez, 2008, Nader & Boehme, 2003). Thyssen y Van Camp (2014) encontraron que en México la incidencia en 2012 era de un 15% en jóvenes de 12 a 18 años. Las

cifras muestran un incremento en los últimos años, lo que puede deberse a un mejor registro o a un aumento real.

Algunos autores señalan que este comportamiento puede mantenerse debido a que el dolor físico les distrae del emocional, logra la disociación de sentimientos intolerables, genera una impresión de control, permite comunicar el malestar percibido, reduce el estrés, aclara la mente, libera endorfinas, ayuda a concentrarse y produce la sensación de “estar vivo” (Ferrández, 2013; Manca, 2011).

En cuanto a los factores de riesgo, si bien se reconoce que varían en función de la vulnerabilidad de cada persona, Bazán y Tapia (2011) los clasifican en biológicos (relacionados con la liberación de mediadores químicos cerebrales), sociales (violencia intrafamiliar, abuso sexual infantil, pobreza) y psicológicos (baja autoestima, inmadurez emocional, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, depresión, síntomas afectivos y ansiosos). Ulloa, et al. (2013) agregaron el abuso de sustancias y la asociación con trastornos afectivos y de conducta. Sin embargo, también es cierto que entre algunos grupos sociales a nivel escolar las autolesiones parecen darse en contextos de juego y competencia, normalizando el hecho y, aparen-

temente, sin producirse afectaciones. Relativo a su intervención, de acuerdo a Gratz y Roemer (2008, en Marín, Robles, González & Andrade, 2012), la psicología ofrece alternativas que van desde las terapias psicodinámicas hasta las cognitivo-conductuales, entre otras. También existen consejos en Internet para evitar cortarse, que incluyen “pintarse las heridas” con un crayón rojo, gritar, hacer ejercicio, darse un baño, llamar a un amigo, etcétera.

Sin negar las valiosas aportaciones del campo de la Salud Mental sobre el fenómeno del *cutting*, y reconociendo que la experiencia de autolesionarse es diferente en cada caso, nos parecen también muy evidentes las construcciones sociales que se han hecho alrededor de estos/as jóvenes, estigmatizándolos con características muy complejas de origen claramente patologizante, lo cual puede producir el nocivo efecto de restringir sus propios márgenes de libertad y por ende, sus posibilidades de un mejor futuro al autodefinirse como “enfermos”, “problemáticos” o “difíciles”. Dicho efecto puede también incidir en la disposición del terapeuta al trabajar con ellos.

Por esta razón, nuestro acercamiento involucra la posibilidad de significar de manera diferente esta experiencia desde una postura que consideramos

menos patologizante y más liberadora. Nos referimos a las tendencias terapéuticas genéricamente identificadas como narrativas o postmodernas. Por ello expondremos brevemente algunas premisas básicas del construccionismo social, que es el marco teórico que las sustenta.

Marco Teórico

Para Kenneth Gergen (en Limón, 2005), el socio-construccionismo es una forma de indagación que busca explicar los procesos mediante los cuales las personas describen y dan cuenta del mundo en el que viven. Uno de sus principios básicos es que todo aquello que consideramos real ha sido construido socialmente a través del lenguaje, es decir, del intercambio social (Gergen & Gergen, 2011). En este sentido, cualquier relato o interpretación de los hechos se sustenta en una perspectiva cultural inserta en un contexto histórico. De ahí que las descripciones objetivas y universales no existan.

En el contexto terapéutico, esta perspectiva permite pensar que los individuos construyen sus realidades, por lo que sus discursos patológicos no son características distintivas de esas perso-

nas, sino descripciones generalmente emanadas de los profesionales de la salud y de los discursos que emplean para explicarse.

La terapia entonces se convierte en un proceso mediante el cual el significado de la experiencia del consultante se transforma a través del diálogo reflexivo, y permite elaborar maneras diferentes de interpretarla, incluida la “liberación” de dichas creencias. Estas conversaciones ayudan a las personas a hacer visibles los sistemas de significados implícitos, así como a analizar las implicaciones personales, familiares y sociales que conllevan, generando los cambios pertinentes de acuerdo a sus contextos particulares, y promoviendo la emancipación de las personas que pudieran estar “atrapadas” en formas de ser y de pensar estigmatizantes (Limón, 2012, Trujano & Limón, 2012).

Dentro de los diferentes estilos de este enfoque, destaco el de Limón (2012), quien le llama a esta experiencia terapéutica conversacional *deco-construcción*, refiriéndose a que cuando abordamos las características de una historia al mismo tiempo estamos construyendo una perspectiva diferente, ampliada y presumiblemente más liberadora. De modo que es posible potenciar los recursos y habilidades de las personas tendientes a su

empoderamiento, su reconexión con los demás y, especialmente, el despliegue de comportamientos alternativos al “problemático”, derivando en interpretaciones o narrativas que puedan ofrecerle un mejor futuro (Trujano, 2014).

La aportación de este trabajo radica en mostrar la existencia de formas terapéuticas diferentes alejadas de etiquetar a las personas, para situarlas en la posibilidad de tomar el control de sus propias vidas. Evidentemente, cada caso deberá ser cuidadosamente evaluado por el terapeuta, dado que fenómenos como el *cutting* suelen presentarse de manera compleja y multideterminada.

Método

El caso se registró mediante una grabadora de audio, cuyo contenido fue analizado por el equipo terapéutico para definir las líneas de intervención de acuerdo a los planteamientos del constructivismo social aterrizados en las modalidades conversacionales del enfoque *Centrado en Soluciones* de Hudson O’Hanlon y Weiner-Davis (1993), y de la experiencia discursiva llamada *deco-construcción* de Limón (2012). El nombre real de la consultante fue cambiado para proteger su anonimato. Se contó con su autorización firmada y la de su

madre para la divulgación de su experiencia terapéutica. Se trabajó durante 10 de sesiones de una hora semanal.

Historia de Caso

Motivos de la Solicitud

Estrella es una chica de 14 años que asiste a secundaria. Su madre la lleva a terapia porque en la escuela le comentaron que es violenta con sus compañeros y se corta brazos y piernas con navajas que les quita a los sacapuntas. Ha llegado a escapar de casa, es rebelde y no tienen comunicación. También argumenta que la han encontrado ingiriendo solventes y bebidas alcohólicas.

Contexto

Estrella se presenta con su madre. La niña parece muy tímida, no mantiene contacto visual. Es de estatura muy baja, muy delgada, y va vestida con pantalones y una sudadera grande que le cubre casi todo el cuerpo. Lleva la capucha subida y su cabello sobresale, con cual resulta difícil distinguir los rasgos de su cara. Al ser la madre quien solicita la consulta para su hija hablamos primero con ella a solas. Nos cuenta que Estrella es *"...rebelde, grosera, problemática e incontrolable, quizás enferma..."*. Está intranquila pues sospecha que

consume alcohol y drogas. Los cortes que se realiza le preocupan, pues en la escuela de su hija le dijeron que puede suicidarse y le aconsejaron llevarla al psicólogo. La madre usualmente recurre a los regaños, los golpes, los insultos o el encierro para corregirla. Ella trabaja en un bar y está mucho tiempo fuera de casa. Tiene un novio con el que la niña no se lleva bien. Ya una vez la llevó a terapia, pero no le gustó y no quiso regresar.

Posteriormente nos entrevistamos con Estrella, quien se mostró retraída. Le agradecemos su colaboración y le subrayamos que solo queríamos conversar si estaba de acuerdo, pues teníamos el punto de vista de su madre y de la escuela, pero nos interesaba saber su opinión acerca de lo que los demás decían de ella. Comentó que *"se mete en problemas"* en la escuela, echa relajo y se escapa. Le preocupan los disgustos que le ocasiona a su madre, pero pelean porque no la deja salir y le prohíbe amistades. Refiere que le pega muy fuerte, la insulta y la encierra con llave. De grande quiere poner un albergue para animales, pues le gustan mucho. Subraya que a pesar de sus *"desmadres"* lleva un promedio aprobatorio en la escuela, entrega sus trabajos y prefiere llevarse con los hombres, pues las niñas no platican con ella. Al final de la sesión comenta que se hace cortes cuando *"le llega la tristeza o la desesperación"*, pues

así se desahoga. Empezó a hacerlo porque una amiga *“se lo recomendó”* y vio que funciona, pues *“la relaja y la distrae de sus problemas”*. No quiere seguir haciéndolo, así que se pone a dibujar, sale a caminar o ve una película. Sin embargo, le *“gusta mucho ver cómo le sale la sangre”*.

Análisis

Al hablar con la madre y con Estrella pudimos observar una relación muy compleja en la cual, aunque tienen puntos de contacto, generan narrativas diferentes. La madre tiene un discurso dominado por la patologización de su hija como adolescente rebelde, retadora, rara y muy problemática, quizás enferma. La niña actúa de acuerdo a la etiqueta, lo que nos recuerda el planteamiento de la profecía autocumplida de Durrant y White (1993), alejándola cada vez más de la posibilidad de desplegar repertorios alternativos. Con la madre pasa lo mismo, pues Estrella refiere una madre ausente, despreocupada y quien solo interactúa para gritar, golpear o castigar (no obstante, le prometió no cortarse más). Al mismo tiempo, sus comportamientos *“adecuados”* como hacer sus tareas y cumplir en la escuela pasan desapercibidos. En cuanto a nosotros, de manera interesante, en la primera sesión Estrella paulatinamente pareció entrar en confianza, se relajó, y al final su discurso pasó de los

monosílabos y la mirada ausente a una conversación tímida, aunque siempre estuvo encorvada y *“escondida”* en su sudadera. Dijo sentirse muy sola e incomprendida, y cortarse e involucrarse en peleas en la escuela, lo mismo que escaparse de casa o ingerir alcohol, son sus formas de obtener reconocimiento social, reafirmarse y ganar popularidad.

Desde nuestro marco teórico, Estrella está atrapada en etiquetas rígidas, en estigmas, y con ello, en una dinámica de comportamientos retadores especialmente con la madre, con quien mantiene un estilo relacional altamente violento y peligroso. Sin embargo, también posee las habilidades para construirse y relacionarse con el entorno y consigo misma de manera diferente: el que haya sido capaz de encontrar las excepciones que le permiten evitar cortarse e incluso llevarlas a cabo nos lo confirma.

Procedimiento

Descripción de la Intervención Terapéutica

Congruentes con la postura constructorista y con los planteamientos terapéuticos antes señalados, nos alejamos del discurso patologizador de las autolesiones y su relación con la ingesta de alcohol y drogas para ubicarlo como una forma de comunicación inserta en un contexto relacional complejo, y

centrarnos en los recursos y habilidades de la niña, enfatizando en su empoderamiento, lo que le permitió el reconocimiento de sí misma, de su potencial y de la posibilidad de construirse un futuro diferente. Por ello, las intervenciones se centraron en el análisis de las capas de sentido (*deconstrucción*) relacionadas con los significados patológicos y estigmatizantes, y, al mismo tiempo, en la construcción de significados alternativos más liberadores o adaptativos (lo que denominamos *deconstrucción*). Por razones de espacio, presentamos únicamente algunos fragmentos para ejemplificar el proceso terapéutico.

Segunda Sesión

Estrella comenta que su semana estuvo bien, se estuvo sintiendo mejor porque platicó en terapia de “sus cosas” y “le gusta que la escuchen”. Sin embargo, confiesa que volvió a cortarse, pues se acordó de un novio y “le llegó la tristeza”. Dice que “sólo se hizo un rasguño” en la pierna y sintió alivio y desahogo. Se le pregunta acerca de otras ocasiones en que “le ha llegado la tristeza” y consigue alejarla y no cortarse (búsqueda de excepciones). Ella recuerda que le funciona ver la tele o jugar con sus hermanos. También habló de una amiga “normal” que no se corta, ni bebe alcohol, y le da muy buenos consejos, regañándola si lo hace. Por ello,

la sesión transcurrió externalizando la tristeza y hablando de cómo ella es capaz de evitar “que llegue” [la tristeza] y mantenerla lejos. Se ampliaron sus fuentes de apoyo y las alternativas de afrontamiento. Al ser preocupantes sus cortes, le proponemos hacer el “pacto” de no cortarse al menos hasta la siguiente sesión. Este pacto se ratificó y cumplió en cada encuentro.

Tercera a Quinta Sesión

Estrella muestra buena disposición hacia la terapia. Observamos cambios importantes, como que llega con la capucha de la sudadera bajada, se sienta derecha, nos mira a los ojos y se nota más animada. No se ha hecho más cortes, lo que destacamos empoderándola

T: Guau, ¡qué bien! Dinos, ¿cómo lo estás superando?

Está apoyándose en su amiga y en actividades alternativas; para dejar atrás el problema empezamos a hablar en pasado de la época en que se cortaba e ingería alcohol y drogas, y la proyectamos a futuro:

T: Si hubieras seguido actuando como lo hacías ¿cómo crees que sería tu futuro? E: Pues, como me estaba comportando no iba a

lograr ser veterinaria ni tener muchos animales ni comprar un espacio muy muy grande para meter a todos los que están en la calle y curarlos... lo que me está pasando es que me gusta mucho el desmadre...

T: ¿Qué tendría que pasar ahora para conseguir tu meta? ¿Cuál será el primer paso que des para acercarte a ese futuro con tus animales?

Luego separamos su comportamiento: la Estrella del pasado que (en sus palabras) *"era desmadrosa"* y la que *"le gusta más pues es más feliz"*. Comenta que se drogaba sólo por probar y estaba siempre enojada porque se sentía sola y porque recordaba cuando de pequeña un primo abusó sexualmente de ella. Ahora se siente *"más aliviada"*, pues dice que *"sacó todo"* con nosotros, y nos sorprende contándonos que rompió el secreto y se lo dijo también a su mamá, favoreciendo el afecto y la confianza con ella. La felicitamos, la empoderamos al hablar de sus muchas habilidades, y aprovechamos para realizar observaciones externalizadoras y para avanzar en la construcción de significados diferentes, particularmente en su autoconcepción: *"no eras una niña problemática, sino una niña en medio de problemas que ahora sabes cómo afrontar"*.

En esta sesión se abordó el abuso sexual ubicándolo como un evento violento del pasado que no la define como persona (deconstrucción) en el presente, y nos abocamos a remarcar y ampliar sus capacidades (Durrant y White, 1993). También nos dice que a veces su mamá *"llega tomada y muy agresiva"*, lo que genera conflictos, permitiéndonos ahondar en las alternativas de Estrella para evitar confrontaciones.

Sexta Sesión

Estrella nos cuenta que hubo un gran problema con su madre, pues se enteró de que se fue de pinta a los videojuegos y le pegó tan fuerte que los vecinos intervinieron al punto de levantarle una demanda por maltrato infantil. La sesión transcurrió reinterpretando la reacción de la madre y su gran preocupación que se salió de control, y trabajando en las posibilidades de auto-protección. También hablamos de sus razones para no entrar a clases y de los efectos de ese comportamiento en ella, en la escuela y con su madre, recurriendo a preguntas como las siguientes:

T: ¿qué es lo que te lleva a actuar así? ¿Qué piensas de lo que te acarrea?

Finalmente, analizamos cómo quiere verse a sí misma y que los demás la vean:

E: ... ya no quiero ser rebelde... quiero portarme bien para que mi mamá me quiera...

Se identificaron a las personas que apoyan a Estrella, aterrizando en una tía que la quiere mucho y desea llevarla a vivir a su casa. También en su amiga que la cuida, pero si va a vivir con la tía será difícil volver a verla. Terminamos reflexionando acerca de que ella misma puede ser su mejor amiga, cuidarse, y darse buenos consejos.

Octava Sesión

A su llegada, Estrella nos da una grata sorpresa con su apariencia: se cortó el fleco dejando ver sus ojos (que, por cierto, le comentamos que son muy bonitos), se recogió el cabello y se vistió con una blusa de manga corta que deja ver sus cicatrices. Va acompañada de su madre, quien la acusa con nosotros diciendo que la niña debería avergonzarse de mostrarlas. Ella le responde enfáticamente:

E: "no me avergüenzo porque son parte de mi pasado, ahora soy diferente".

Así que aprovechamos este comentario para iniciar la sesión empoderándola y ampliando sus

cambios, pues se ha mantenido alejada del alcohol y las drogas. Posteriormente, confiesa que el novio de su madre piensa ir a vivir con ellas y no quiere, pues no le gusta cómo la mira cuando su madre no se da cuenta. Se identifican alternativas de vida, y se analizan los pros y contras de ir a vivir con su tía. La niña nos había comentado que en la semana cumpliría 15 años y su madre no tenía dinero, así que le regalamos un diario (lo que la hizo llorar de felicidad) y empezamos a utilizarlo con fines terapéuticos, de acuerdo a White y Epston (1993).

Novena Sesión

Ante la complejidad de eventos que rodean a Estrella, y la posibilidad de que suspenda la terapia en cualquier momento si se va a vivir con su tía (alternativa que parece satisfacer a su madre, quien decidió irse a vivir con su novio), resolvimos centrar todos los esfuerzos en ampliar las capacidades y recursos de la niña convirtiéndola en su mejor amiga, capaz de apoyarse, darse "buenos" consejos, acompañarse, etcétera. El uso del diario resultó de gran ayuda, y trabajamos con tareas como escribir todo lo que le gusta de sí misma, cómo cuidarse, cómo detectar y alejarse de situaciones de riesgo, etcétera. También insistimos en su proyección a futuro. Curiosamente, Estrella nos

sorprende de nuevo relatándonos (a propósito de que ya no se ha cortado) la siguiente experiencia que muestra grandes cambios reforzados terapéuticamente:

E: ...hoy en la escuela una niña me pidió una navaja para sacarle punta a su lápiz. Al buscarla en mi mochila me di cuenta que traía como quince, así que le presté una y las demás las tiré a la basura... y cuando voy volteando ella se estaba cortando en la muñe, así que se la quité. Ella me pegó, pero yo no le hice nada, y le dije: te entiendo porque yo hacía lo mismo, y yo no quiero que te cortes.

T: Guau, ¡muy bien! No sólo cuidas de ti sino también de tus compañeras. [E. se sonroja]. ¿Te das cuenta de lo que hiciste? Ahora tienes el poder de ayudar a otros.

E: No sé, pero sí la ayudé.

T: ¿Qué sentiste al ver que tu ayuda rindió frutos? ¿Cómo conseguiste todo eso?

E: Sentí bonito de que ya no se cortara. Sentí alivio de contarle que yo me cortaba. Primero sentí algo muy pesado en mí cuando la vi, y

cuando le empecé a decir todo eso me sentí relajada, como flotando, sentí que lo saqué todo, todo, y que le ayudé.

Décima Sesión

Estrella y su madre se presentan informando que será la última sesión. La niña se muestra mucho más abierta, relajada y animada. Ahora deja ver su cara, se peina para atrás y usa colores claros y blusas sin manga. La relación con su madre ha mejorado, pero mantienen el plan de que vaya a vivir con su tía. La madre (con quien tuvimos algunas sesiones individuales) se muestra agradecida por los cambios operados en ambas. Asimismo, nos trae la felicitación de la maestra y de la orientadora escolar de Estrella, pues dicen haber observado cambios importantes en su desempeño académico y social, incluyendo su higiene personal. Hablamos también con Estrella de su futuro, proyectándola en un escenario caracterizado por su autocontrol, su despliegue de habilidades y la certeza de ser la dueña de sus emociones y de su vida. Hacemos preguntas circulares (*¿quién más se da cuenta de tus cambios?, ¿qué te dicen?, ¿qué piensas de ello?*) e incluimos la posibilidad de volver a encontrarse a futuro en un entorno difícil, pero con herramientas para afrontarlo de mejor manera.

Cerramos la sesión preguntando a Estrella qué se lleva de esta experiencia:

E: Que fue buena, que me ayudó en muchas cosas. A que ya no me cortara, a no salirme de mi casa, a tener mejor comunicación con mi mamá... ahora soy más feliz... Que [las terapeutas] fueron muy chidas, que sonrían, que me ponen atención...

Se concluye la terapia resaltando los recursos de Estrella, enfatizando la gran ventaja de ser ella misma su mejor amiga y aliada, y las enormes posibilidades de tener un futuro satisfactorio ahora que quedó en el pasado la época en que consumía alcohol y se cortaba. Y quedamos a su disposición si quiere volver más adelante a terapia.

Reflexiones finales

Dadas las circunstancias de vida de Estrella se dio por terminada la terapia. Quedaron muchas cosas por profundizar, como el abuso sexual, el novio que la impactó tanto, la comunicación con su madre, los comportamientos autoprotectores, el desarrollo de habilidades sociales en su entorno,

la oportunidad de una nueva etapa viviendo con su tía, la relación con nuevos chicos, su futuro estudiando Veterinaria y otros.

No obstante, y pese a las dificultades que la rodeaban, encontramos una niña accesible, que al sentirse escuchada y respetada colaboró con el trabajo terapéutico más allá y más pronto de lo esperado. Lo incierto de su futuro nos llevó a centrar el interés en fortalecerla a través de buscar las excepciones y empoderarla, resaltando sus habilidades y capacidades, su confianza, y la posibilidad de controlar sus emociones, sus actos y su vida. Pensamos que conseguimos cambiar su forma de ver y actuar frente a “sus problemas”, logrando deco-construir significados diferentes de sus experiencias, impactando favorablemente en la manera de percibirse a sí misma, en sus modos de afrontamiento, en su comportamiento y en su futuro. En este caso sólo se contó parcialmente con la madre y con la figura de una tía con quien nunca pudimos hablar, pero que representaba para Estrella la posibilidad de una mejor vida.

Para quienes trabajamos desde estas perspectivas, las conversaciones nos permiten acceder a los sistemas de significados de las personas para incursionar en narrativas más adaptativas y liberadoras, que favorecen una mayor sensación de efi-

encia y de control sobre sí mismos y su entorno, así como el despliegue de actuaciones alternativas a la violencia (en este caso las autolesiones), mejorando la comunicación, reduciendo la sensación de culpa y reconectándose con los demás a través de relaciones más satisfactorias. (Adams-Westcott & Isenbart, 1993; Anderson, 1999).

Pensamos que la relevancia de difundir esta experiencia estriba en mostrar la viabilidad de abordar temas tan complejos como la violencia autodirigida, alejándonos de las miradas patologizantes. La fortaleza de las terapias narrativas y en particular del enfoque *Centrado en Soluciones* y la *Decoconstrucción* es que permiten separar a las personas de etiquetas estigmatizantes que las paralizan como “problemáticas”, para posicionarlas en escenarios que favorecen el despliegue de sus capacidades y recursos personales y sociales, abriendo la posibilidad a futuros más promisorios.

Agradecimientos. A Rocío Adriana Espinosa Méndez y Araceli Vega Gutiérrez, cuyo compromiso y esfuerzo resultaron fundamentales en el manejo de este caso.

Referencias

- Adams-Westcott, J. & Isenbart, D. (1993). *Escaping victimization and developing an audience for emerging narratives*. Paper presented at Narrative Ideas & Therapeutic Practice, Vancouver, CA.
- Albores, L., Méndez, JL, García, A., Delgadillo, D., Chávez, C. y Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes en la Ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bazán, V. y Tapia, M. (2011). *Factores de riesgo en las conductas autodestructivas en adolescentes de 10 a 13 años*. Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2217/1/tps718.pdf>
- Calderón, C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con autodaño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología*, 13 (1), 83-101.

- Carámbula, P. (2012). Situación alarmante. Automutilación en adolescentes. *Sanar*. Recuperado de: <http://www.sanar.org/salud-mental/automutilacion-en-adolescentes>
- Díaz, A., González, A., Minor, N. y Moreno, O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11 (4), 46-63.
- Durrant, M. y White, Ch. (1993). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Ferrández, MF (2013). *Automutilación en la adolescencia*. Sociedad Psicoanalítica de México. Recuperado de: <http://spm.mx/home/automutilacion-en-la-adolescencia>
- Gergen, K. y Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid: Paidós.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.
- Limón, G. (2012). *La terapia como diálogo hermenéutico y constructorista*. Ohio: Taos Institute Publications. Recuperado de: <http://www.taosinstitute.net/worldshare-books>
- Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Psicoanálisis*, 33, 77-88.
- Marín, M., Robles, R., González, C. y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.
- Martínez, D. (2008). *Autolesiones Deliberadas y Corporalidad*. Primeras observaciones. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Nader, A. y Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿síntoma o síndrome? *Boletín de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14 (1), 32-39
- O'Hanlon, H. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Taboada, E. (2007). Autolesiones. Primera parte. *Psiquiatría forense, sexología y praxis*, 5 (3), pp. 1-25. Recuperado de: <http://www.incosame.com.mx/uploads/material/95-304-51a0e05dbdba4.pdf>

- Thyssen, L. & Van Camp, I. (2014). Non-suicidal self-injury in Latin American. *Salud Mental*, 37, 153-157.
- Trujano, P. (2014). Deco-construyendo el Hostigamiento Escolar: un caso con intervención terapéutica narrativa. *Psicología y Salud*, 24 (2), pp. 295-302.
- Trujano, P. y Limón, G. (2012). Modelos narrativos y postmodernos. En: M.L.Rodríguez y P. Landa (Comps.). *Modelos de psicología clínica y su aplicación*. (113-148) México: Pax.
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K., y Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36(5), 417-420.
- Valadez, B. (2015). Cuando la única salida tiene forma de navaja. *Psicokairos*. Recuperado de: <http://www.psicokairos.es/Noticias/Cuando%20la%20unica%20salida%20tiene%20forma%20de%20navaja.html>
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, C., Igor, M. y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: Conceptualización y diagnóstico. *Revista de Neuropsiquiatría*, 51 (1), 38-45.
- White. M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.