



**Programa Prevención de la Violencia y el Delito
contra Mujeres, Niñez y Adolescencia en Guatemala**

Documento final de investigación sobre Lineamientos de atención autoagresiones en Mujeres y NNA con pertinencia cultural en la Costa Sur

Proyecto

"Restableciendo el proyecto de vida de mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia a través de modelos de intervención en prevención y atención en la Costa Sur Guatemala"



Programa Prevención de la Violencia y el Delito contra Mujeres, Niñez y Adolescencia en Guatemala

Proyecto "Restableciendo el proyecto de vida de las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia a través de modelos de intervención en prevención y atención de la costa sur de Guatemala"

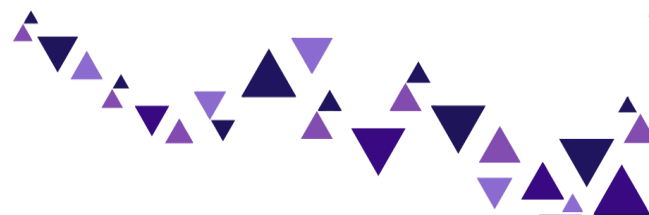
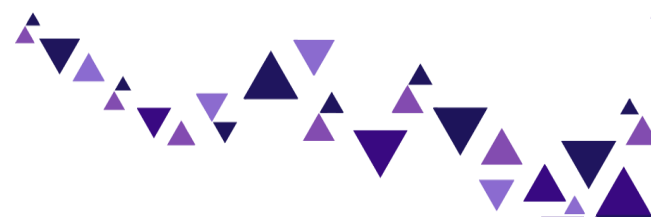


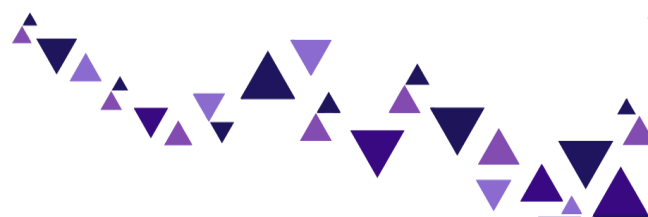
TABLA DE CONTENIDO

ACRONIMOS	3
I. INTRODUCCIÓN	5
II. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS DEPARTAMENTO DE INTERVENCIÓN	8
III. OBJETIVOS DEL DIAGNOSTICO	10
IV. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN	11
IV. MARCO TEÓRICO SOBRE LAS AUTOLESIONES (no suicidas)	15
4.1 ¿Qué son las autolesiones?	15
4.2. Clasificación de las autolesiones no suicidas y sus ciclos	17
4.3 ¿Por qué se dan las autolesiones?	20
4.4 Diferencia entre autolesión y suicidio	21
4.5 Las autolesiones desde un enfoque de género	23
4.6 Las autolesiones y sus factores de riesgo	25
V. ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
5.1. Experiencia y abordaje desde la Salud Mental	27
Principales causas y/o factores de riesgo de las autoagresiones, según los profesionales	30
Secuelas de las autoagresiones de acuerdo a los profesionales de salud mental	33
5.2. Experiencia y abordaje desde las Trabajadoras Sociales	36
5.3. Experiencia y abordaje desde los centros educativos	39
5.4. Experiencia y abordaje desde las encargadas de la Dirección Municipal de la Mujer –DMM– y Pedagogo de Gobernación	46
5.5. Experiencia y abordaje desde el equipo de psicólogas Fundación Sobrevivientes	48
5.6. Experiencia y abordaje desde lo que dicen los y las adolescentes (grupo focal No. 1)	52
5.7. Experiencia y abordaje desde lo que dicen las mujeres adultas (Grupo focal No. 2)	56
5.8. Experiencia y abordaje desde lo que dicen los facilitadores de AECID y UNICEF (Grupo focal No.3)	60
5.9. Experiencia y abordaje desde la Comunidad LGTBIQ+	62
VI. HALLAZGOS	65
VII. CONCLUSIONES	66
VIII. RECOMENDACIONES	68
IX. REFERENCIAS	69
X. ANEXOS	72
Instrumentos para la recopilación de información	72
Anexo No. 2: Análisis de casos abordados en Fundación Sobrevivientes	80



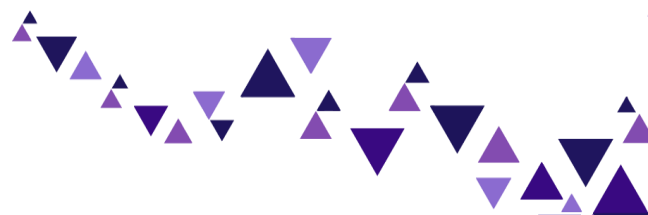
ACRONIMOS

ANS	Autolesión no suicida
ADEHGUA	Asociación por los Derechos Humanos de Guatemala
COMUPRE	Comisión Municipal de Prevención de la Violencia
CONALFA	Comité Nacional de Alfabetización
DDHH	Derechos Humanos
DEMI	Defensoría de la Mujer Indígena
DMM	Dirección Municipal de la Mujer
INE	Instituto Nacional de Estadística
LGBTIQ+	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queers y todas aquellas personas cuya identidad de género u orientación sexual no corresponden a la norma heteronormativa.
MINEDUC	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NNA	Niñas, niños y adolescentes
OAC	Oficina de Atención al Ciudadano
OAV	Oficina de Atención a la Víctima
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones de Sociedad Civil
PNC	Policía Nacional Civil
PNUD	Programa de las Naciones Unidas





SOSEA	Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Alcalde
UPCV	Unidad para la Prevención Comunitaria de la Violencia
PAP	Primeros Auxilios Psicológicos



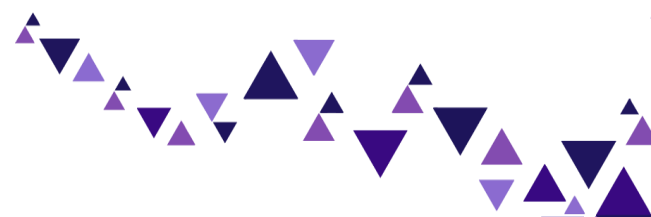
I. INTRODUCCIÓN

En el marco del programa “Prevención de la violencia y el delito contra las mujeres, niñez y adolescencia en la Costa Sur”, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, AECID y, la Delegación de la Unión Europea, DUE; tiene como objetivo principal apoyar a Guatemala en sus esfuerzos por reducir la violencia y la impunidad de los delitos de violencia de género contra las mujeres y las niñas, y la violencia contra la niñez y la adolescencia, a través del fortalecimiento de las capacidades institucionales para garantizar la respuesta del Estado en sus obligaciones internacionales para la prevención, atención y sanción de los delitos definidos, así como el fortalecimiento de las capacidades de la sociedad civil organizada para la prevención de la violencia, la atención a víctimas y sobrevivientes, y la reducción de la impunidad. Las autoagresiones es un tema que por años ha trascendido en Guatemala, en donde se puede evidenciar aún la desinformación.

Estas acciones son más evidentes en niñas, adolescentes y mujeres, donde los índices de violencia sexual, violencia contra la mujer, maternidad y embarazo forzado van al alza, sin mecanismos plenos de protección y donde muchas mujeres deben convivir con sus agresores, el peligroso silencio y el dolor se convierten en válvulas de escape para lograr soportar el dolor y la existencia, practicando así la autoagresión en mucha de sus formas y manifestaciones.

En esta línea, este proceso de investigación buscó ver el nivel de abordaje de las autolesiones de mujeres y niñas en los 4 departamentos priorizados: Guatemala, Escuintla, Suchitepéquez y Retalhuleu de la Costa Sur, en la mayoría de los acercamientos con entidades del Estado y de la Sociedad Civil, organizaciones que trabajan con el tema de la violencia contra la mujer y la Comunidad de LGTBIQ+. A lo largo del trabajo de campo se logró ver la situación de silencio peligroso que tiene el tema a nivel de atención y prevención. En la mayoría de las instituciones desconocen la temática y/o carecen de mecanismos y estrategias para poder atender y abordar los casos.

La salud mental y el manejo de emociones no ha sido prioridad de la salud pública, lo que lleva a que se carezca de información oficial, así como de mecanismos de prevención y atención a

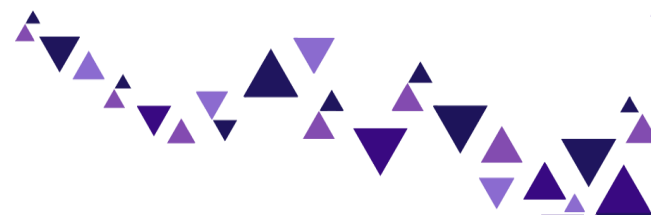


realidades de mujeres y niñas en relación con su salud mental y el manejo de sus emociones máxime cuando han sido víctimas. Las personas que practican las autolesiones buscan posibilidades adaptativas de manejar sus emociones, el infringir lesiones les ayuda a mantenerse con vida. Evidenciando la importancia que tiene la salud mental, en este proceso, ya que es el inicio de alcanzar un manejo de emociones. La tensión psicológica debe ser indispensable para toda persona en el desarrollo social, se debe lograr normalizar el tener asistencia psicológica, a fin de poder impactar en la salud integral de las mujeres y niñas.

Es de particular importancia entender que este proceso se enfoca en autolesiones no suicidas, no así de suicidio, ya que se tienden a confundir las temáticas, como se vio en el trabajo de campo. Algunas personas confunden los términos autolesiones y suicidio o confunden la intención. Las personas que se autolesionan no quieren morir, sus conductas autolesivas les ayudan a manejar el sufrimiento y a disminuir su dolor, no cuentan con otros mecanismos o posibilidades adaptativas de manejar sus emociones, el infringirse lesiones les ayuda a mantenerse con vida. Por otra parte, el suicida busca finalizar con su vida. En ocasiones la diferencia es palpable, en otros casos la diferencia no es tan evidente y es necesario explorar los motivos de la persona.

El vacío de datos estadístico pasa por el estigma, prejuicio y tabú para abordar la salud psicológica de las mujeres y niñas en la región. Resulta complejo que se rompa el silencio y se encuentren espacios seguros para las mujeres donde se brinde atención integral en la temática, a esto debemos sumar las cargas de culpa y contextos violentos para las mujeres y niñas. De manera que el estigma, la usencia de profesionales en psicología, junto a la falta de protocolos para la recolección de información estadística confiable, hacen complejo establecer de manera precisa la magnitud y el impacto en las vidas de las mujeres y niñas de este fenómeno. La salud mental debe ser indispensable para toda persona en el desarrollo social, se debe lograr normalizar el tener asistencia psicológica, a fin de poder impactar en la salud integral de las mujeres y niñas.

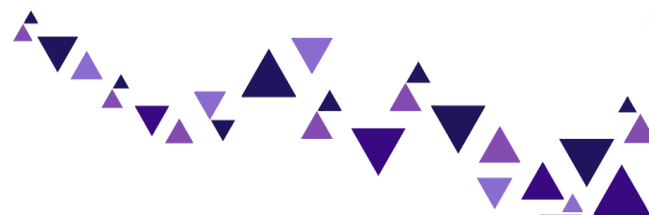
El informe comprende en primer lugar, la introducción, seguido está la contextualización, en donde se describen datos generales de los departamentos de intervención, luego se encuentra los objetivos, los cuales marcaron la línea para la realización del diagnóstico. En la tercera parte se describe la metodología utilizada en la investigación diagnóstica, posteriormente se presenta el





marco teórico, en el que encontrarán conceptos relacionados en el tema de las autolesiones. Asimismo, se exponen el análisis de los resultados obtenidos de la investigación. Dentro de las conclusiones y recomendaciones se encontró que es indispensable priorizar la salud mental en los departamentos priorizados y es necesario el crear alianzas de apoyo para promover y brindar oportunidades de atención psicológica.

Dentro de las conclusiones y recomendaciones que arrojan este proceso de investigación está que la edad promedio donde es más frecuente las autolesiones están entre los 14-25 años de edad y la población más vulnerable son las mujeres adolescentes, por ello se recomienda revisar y actualizar los planes de acción de las diferentes instituciones, para incluir temas de prevención y mecanismos de atención, que incluyan las rutas para hacer las referencias y los mecanismos y estrategias para la adecuada intervención.



II. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS DEPARTAMENTO DE INTERVENCIÓN

Los departamentos priorizados son cuatro, Guatemala y tres de ellos de clima cálido: Escuintla, Retalhuleu y Suchitepéquez. Cada uno con una diversidad cultural, con climas diferentes, platos típicos y estereotipos distintos. Todos cuentan con recursos propios que le permiten funcionar de manera autónoma y organizativa, pero unidos por los mares del pacífico.

Guatemala situada en el área metropolitana del país, cuenta con 3,015,081 de habitantes. Es un departamento con un clima templado, en donde las lluvias aparecen a partir del mes de mayo. El estilo de vida de las personas es un tanto más corrido, desde tempranas horas, miles de guatemaltecos salen a las calles buscando mejores condiciones de vida. Hombres y mujeres lucha día a día por un mismo objetivo, buscar el sustento diario. Es esta parte del país donde muchas de las instituciones están



centralizadas, limitándose la oportunidad de acceso para los departamentos. En las calles de Guatemala se ven reflejados, muchos de los problemas sociales, que atenta contra la integridad de una persona: violencia, poco acceso a la educación, maltrato y explotación infantil, inseguridad, condiciones precarias en los centros asistenciales, etc.

Este departamento se caracteriza por costumbres y tradiciones, celebración de fiestas patronales, procesiones en cuaresma, desfiles el 15 de septiembre.

Escuintla, también conocido como Ciudad de las Palmeras, es un departamento con 156,313 pobladores, esto según el INE (Instituto Nacional de Estadísticas) en el CENSO realizado en el año 2018. Está dividido por 14 municipios, en los que su principal fuente económica es la agricultura y la ganadería, sin embargo, el déficit de pobreza también es evidente en la economía de este departamento. La mayor parte de la población se dedica al trabajo agropecuario, siendo este la fuente económica principalmente en la temporada de zafra. Escuintla se caracteriza por tener un clima húmedo, especialmente en los meses de marzo a julio, en donde el clima llega de

32 a 35 grados centígrados, beneficiando a la producción de azúcar, algodón, frijol, etc.

Los pobladores de Escuintla se caracterizan por dividir sus rutinas en el trabajo, diariamente los hombres, mujeres y adolescentes salen a tempranas horas a sus jornadas laborales. Escuintla es un departamento con muchas tradiciones, entre ellas las fiestas patronales.

El departamento de Retalhuleu cuenta con 90,505 pobladores, dividido en 9 municipios, este departamento tiene como principales fuentes económicas la agricultura, industria y el comercio, en donde la mujer ha tomado un papel importante en los últimos años. Este departamento padece de las secuelas causadas por el cultivo de la palma africana, de acuerdo con PNUD en 2014, el 56.1% de la población sufren de pobreza. Esto provoca que la migración llegue a ser una opción, buscando mejores condiciones de vida. Los pobladores de este departamento se distinguen por disfrutar de un clima cálido durante todo el año, siendo esto un afrodisiaco para el turismo.

Suchitepéquez es un departamento que cuenta con 605,299 habitantes, distribuidos en 20 municipios. Su principal fuente económica es la agricultura, el comercio y la ganadería. Según la PNUD en el 2014 los porcentajes de pobreza sumaban 63.8% de la población. Sus pobladores se caracterizan por el ambiente de fiesta que se disfruta durante el año. Muchas familias de Suchitepéquez conservan el espíritu y la alegría de las tradiciones que por generaciones se siguen celebrando, como las fiestas patronales, carnaval, etc. Sus pobladores son personas que se esfuerzan día a día por alcanzar una estabilidad económica, en donde los hombres tienen una mejor oportunidad laboral que las mujeres.

De acuerdo a la información recabada, los 4 departamentos cuentan con limitantes de desarrollo, como el poco acceso a la educación, la sobrepoblación en las cuales causan y los niveles altos en pobreza llegan a causar la deserción escolar. La limitante en los servicios de salud llega a ser provocada, por escasez de insumos, poco personal y limitados centros asistenciales. Afectando así, el desarrollo integral de las personas en estos departamentos. Esto se puede apreciar en la siguiente gráfica, que pone de manifiesto las grandes diferencias entre el personal de salud mental que existe en el departamento de Guatemala (115 profesionales) en comparación con los otros departamentos priorizados (Escuintla 10, Retalhuleu 3 y Suchitepéquez 3 profesionales).

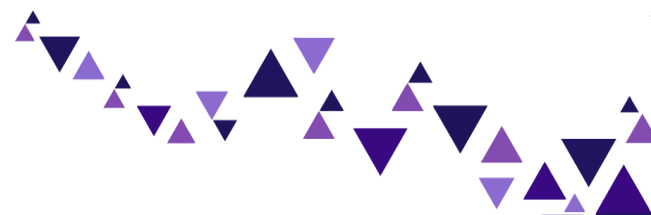
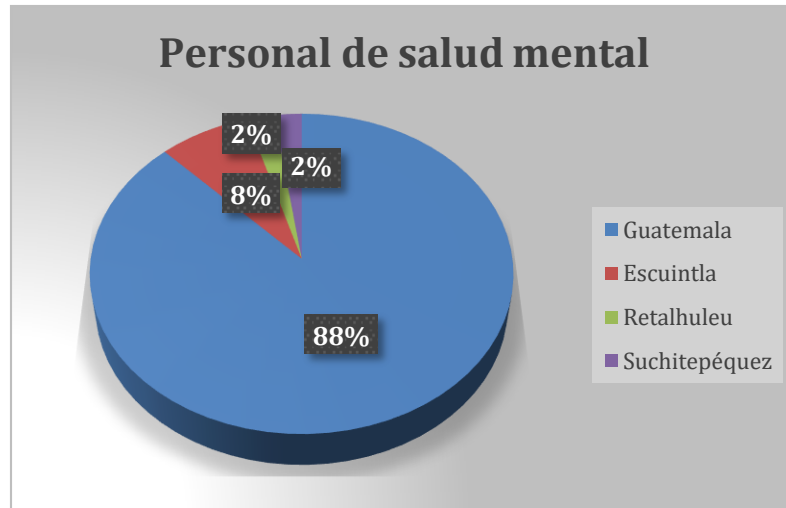


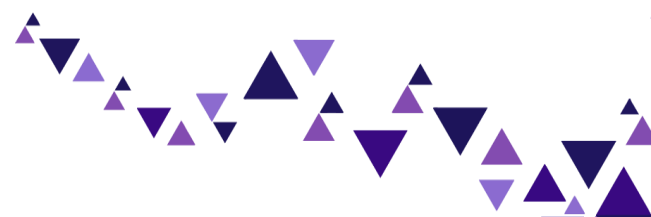
Figura 1:
Personal de salud mental según estadística del MSPAS.



Estos departamentos muestran altas tasas de pobreza, violencia de género y principalmente denuncias de violencia contra la mujer y NNA. De acuerdo con la Caracterización departamental de Retalhuleu el número de denuncias presentadas por violencia intrafamiliar en 2013, fue de 1,640, lo que significó un incremento de 6.0%. Estos porcentajes reflejan una realidad que vive la Costa Sur. Sin contar, que muchos de los casos de violencia que se vive en estas áreas del país, no se cuenta con una cultura de denuncia, llegando a causar porcentajes altos en casos de suicidios y autolesiones, especialmente en jóvenes y mujeres. (Rubén, Reyes, Hernández, & Donis, 2014).

III. OBJETIVOS DEL DIAGNOSTICO

1. Generar un diagnóstico sobre la situación de abordaje de autoagresiones no suicidas en mujeres y NNA en la costa sur.
2. Identificar los retos, desafíos y procesos de atención de autoagresiones a mujeres y niñas, siendo importante también conocer la identificación de dificultades, recomendaciones y sugerencias de las instituciones participantes



IV. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

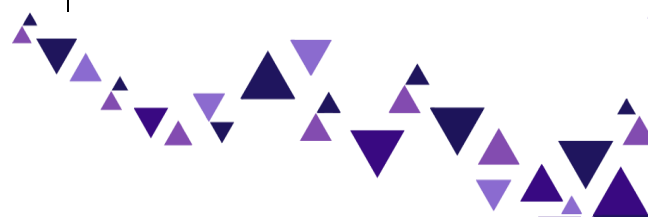
Para el desarrollo del presente estudio se aplicó una metodología de investigación diagnóstica con un enfoque cualitativo ya que los resultados que se obtuvieron no fue la cuantificación numérica de variables, sino valoraciones y aportes del personal entrevistado y de los grupos focales para comprender y analizar mejor el tema en cuestión.

La delimitación de la muestra se hizo con base en los departamentos de intervención del programa de trabajo de la Fundación Sobrevivientes, siendo ellos: Escuintla, Retalhuleu, Suchitepéquez y Guatemala. La elección del personal se realizó a través de una muestra no probabilística seleccionada de manera intencionada, tomando como criterios de selección que fueran parte de los grupos que participan o tienen relación con la problemática de las autolesiones, siendo éstos los siguientes: personal de salud mental y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, médicos psiquiatras del Federico Mora, personal docente, pedagogos, trabajadores sociales y encargadas de la DMM. Además, se incluyó grupos focales de mujeres adultas, niñas adolescentes que tuvieran o no experiencia con autolesiones y facilitadores de procesos de prevención de violencia y, por último, se realizaron entrevistas con integrantes de la comunidad LGBTIQ+.

Tabla No. 1:

La cantidad de entrevistas y grupos focales quedó organizada de la siguiente manera:

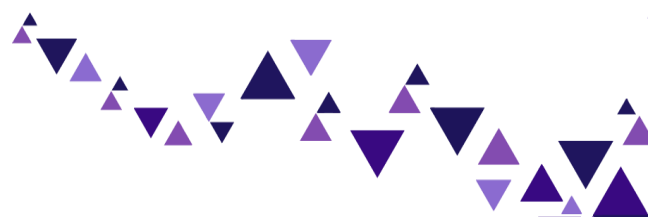
Entrevista individual a profesionales			
N	Institución/profesional	Departamento	No. entrevistados
1	Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora (psiquiatras)	Guatemala	3
2	Centros de Salud (MSPAS) Personal de salud	Guatemala	3
		Retalhuleu.	1



		Suchitepéquez	1
		Escuintla	1
3	Trabajadoras Sociales	Guatemala	3
		Retalhuleu	1
		Escuintla	1
		Suchitepéquez	2
4	Centros Educativos (público y privado) Docentes y pedagogos	Guatemala	4
		Retalhuleu	2
		Escuintla	2
		Suchitepéquez	2
5	Entrevistas con encargadas de las DMM (Dirección Municipal de la Mujer) y una entrevista a pedagogo de Gobernación.	Guatemala	2
		Retalhuleu	1
		Escuintla	1
		Suchitepéquez	1
6	Entrevista Fundación Sobrevivientes (asesora)	Guatemala	1
7	Entrevistas comunidad LGBTIQ+	Guatemala	3
		Retalhuleu	
		Escuintla	

Grupo focal de adolescentes No. 1

•	Persona independiente	Guatemala	1
•	RED JOROLY	Escuintla	1
•	APEVIHS	Retalhuleu	1
•	Asociación Luna	Retalhuleu	1
•	SERCATE	Suchitepéquez	1
•	CPR (Costa Sur)	Suchitepéquez	1
•	Vencedores	Retalhuleu	1



Grupo focal de mujeres adultas No. 2

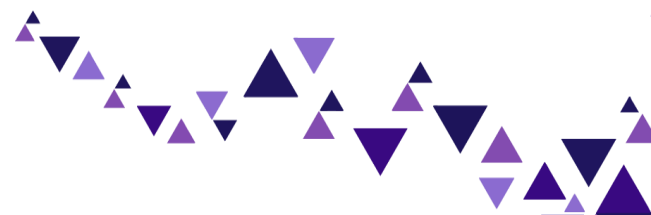
• Amistades en Acción	Suchitepéquez	1
• SERCATE	Suchitepéquez	1
• Luciérnaga	Retalhuleu	1
• Vencedores	Retalhuleu	1
• CREAR	Escuintla	1
• Promotoras de la Primera Infancia	Guatemala	1
• Casa de Colores	Retalhuleu	1

Grupo focal: gestora, facilitadores de AECID Y UNICEF No. 3

• Gestora	Guatemala	1
• Facilitadoras	Escuintla	2
• Facilitadores	Suchitepéquez	2
• Facilitador	Guatemala	1
• Facilitadoras	Retalhuleu	2

Para recabar la información del personal antes citado se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada. Esta se aplicó al personal que se abordó de manera personal. La técnica que se usó para recabar la información con los grupos fue la de grupo focal y se usaron cuestionarios-semi estructurados para este fin. En la parte de los anexos se incluyen todos los instrumentos aplicados. (Sección de anexos No. 1)

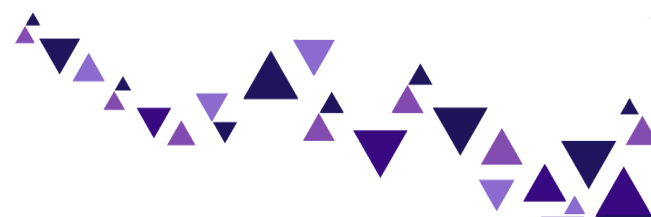
De acuerdo con Perpiñá, manifiesta que: “una entrevista semiestructurada tiene algún tipo de estructuración: el guion está formado por áreas concretas, dentro las cuales el entrevistador puede hacer las preguntas que le parezcan oportunas, siguiendo algún tipo de orientación detallada, previa estructuración” (2012, p. 7).





Para Martínez-Miguel, el grupo focal es un método de investigación colectiva, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variada de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes y creencias de los participantes y lo hace en un espacio relativamente corto. (Citado por Hamui y Varela, 2013. p. 1).

Paralelo a la recopilación de información se trabajó un marco referencial que sustenta teóricamente los datos recabados, lo que permitió un análisis más objetivo de los resultados. Se analizó la información recabada para establecer los lineamientos base sobre la atención, abordaje y acompañamiento que se debe dar a mujeres y niñas, niños y adolescentes que se auto lesionan y agreden. Derivado del análisis se identificaron señales y se propusieron estrategias y mecanismos para el abordaje y tratamiento clínico y la prevención pedagógica/educativa, lo cual servirá de base para la elaboración de las 2 guías de prevención y 2 atención psicológica. La síntesis de los resultados encontrados se incluyó en las conclusiones y recomendaciones finales.



IV. MARCO TEÓRICO SOBRE LAS AUTOLESIONES (no suicidas)

4.1 ¿Qué son las autolesiones?

Las autolesiones no suicidas son un problema de salud pública que deben ser atendido y abordado de forma profesional, tomando en cuenta que existe un sistema social donde poco se fomentan las habilidades y capacidad de resiliencia de las personas, con altos niveles de violencia que viven las mujeres, niñas, niños y adolescentes, es importante comenzar a visibilizar y atenderlo. Las autolesiones son una realidad silenciada e invisibilizada extendida en muchas mujeres, adolescente, niñas y niños sobrevivientes de violencia, en todas sus manifestaciones.

Por lo que la atención y abordaje de las autolesiones pasa en primer lugar, por romper el silencio, brindar estrategias de atención y abordaje para establecer entornos seguros, la mayoría de las personas en algún momento de su vida pueden hacer cosas que les ocasionan un cierto daño, con conocimiento que se está haciendo daño, como forma de autocastigo o autolesión. Se convierte en una complicación cuando es el único mecanismo que encuentra una persona para enfrentar ciertas situaciones o pensamientos. Cuando el dolor físico es más manejable que el dolor emocional, mujeres, adolescentes, niñas y niños optan por este escape, como lo explica Dolores Mosquera en su libro el lenguaje del dolor, autolesionarse significa lastimarse a propósito, con la intención de tolerar un estado emocional, luchar, soportar y seguir con la vida. (Mosquera, 2013)

Una mujer, adolescente, niña o niño víctima de violencia sistemática, puede encontrar en la autoagresión como la única forma de soportar sus padecimientos emocionales. Una persona al sentirse desbordada emocionalmente, puede canalizar la frustración a través de la autolesión. No existe una única forma o función de las autolesiones, cada persona lo enfrentará de forma diferente y tiene sus detonadores específicos. Los retos y desafíos para la intervención tanto de prevención como de atención en casos de las autolesiones es poder encontrar y tratar dichos factores de riesgo. Existen diferentes definiciones sobre lo que significa las autoagresiones, para este proceso de investigación se han tomado los conceptos de diferentes autores que describen el sufrimiento que causa cualquier tipo de lesión que está dirigido especialmente a lastimar el cuerpo. Según, Gardner, lo define como: “un ataque físico del propio cuerpo, se encuentra implícita en la definición la



comprensión de que el cuerpo será deliberadamente y por lo general habitualmente dañado más que destruido” (citado por Cárdenas y Reynoso, 2017, p. 4).

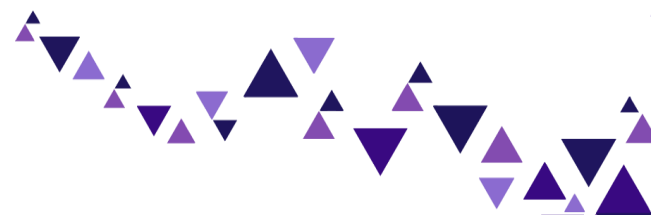
Por su parte, Carvajal, describe las autolesiones como: “toda conducta deliberada que tiene como fin producir daño físico al propio cuerpo, sin la intención de generar la muerte, es decir, su letalidad es baja, y tienen como principal objetivo reducir la intensidad de emociones desagradables” (citado por González y Tezón, (2016), p. 15).

La Organización Mundial de la Salud OMS, en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud divide la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: a) violencia dirigida contra uno mismo, b) violencia interpersonal y c) violencia colectiva. Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos, y la infligida por grupos más grandes. A su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos. La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. (2002, p.5)

Arévalo-Mira dice que la violencia contra uno mismo y/o auto infligida se refiere a las acciones que provocan daño en las personas, pero que han sido producidos por ellas mismas, o cuando el agente y el paciente son la misma persona. Dentro de este tipo de violencia se encuentran las autolesiones o mutilaciones y también el suicidio, (Citado la Fundación Nacional para el Desarrollo, en el curso de prevención de la violencia en línea, Modulo II, 2017, p. 5)

Las adolescentes entrevistadas en este proceso de investigación, definen una autoagresión como: “aquellas agresiones físicas que dañan el cuerpo y también psicológicas, derivado de traumas, el cual es utilizando como un método de desahogo y olvidar que están viviendo”. Al sentir el dolor en el cuerpo alivia el dolor emocional que se está viviendo y sintiendo. (Grupo Focal No. 1, 2022).

Las prácticas más usuales que utilizan los jóvenes según esta investigación son aquellas que dañan la piel, tanto directa como indirectamente, están dirigidas especialmente a dañar el cuerpo de forma física, pero también aquellas que dañan la autoestima. Los actos violentos les ocasionan



sentimientos de impotencia y apatía que los lleva a hacerse daño, utilizando objetos cortopunzantes como un gilet, navaja, alambre, las uñas y aguja. (Grupo Focal No. 1, 2022).

Siempre en este contexto de investigación, las mujeres adultas, la definen como: *“el daño que una persona se causa a sí misma, tanto física como psicológicamente y, es la salida que encuentran a los problemas por falta de apoyo y comprensión de las personas que deberían de protegerlas/os y cuidarlas/os”*. (Grupo Focal No. 2, 2022).

Por su parte, los profesionales de la salud mental entrevistados dicen que: *“son lesiones que las personas se causan a sí mismas, afectando especialmente la salud física y también la emocional”*. (Entrevista No. 1 y 2, 2022).

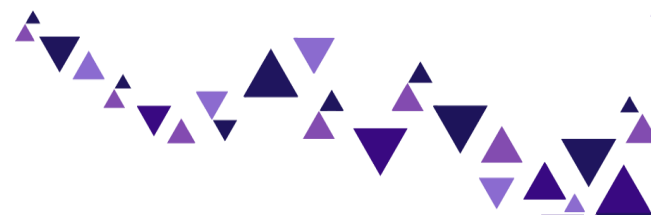
Los docentes de los establecimientos entrevistados, la definen como: *“el uso de la fuerza física hacia uno mismo, causando una lesión en cualquier parte del cuerpo”*. (Entrevista No. 2 y 4, 2022).

Este diagnóstico buscó encontrar una visión completa de las Autolesiones No Suicidas (ANS) en la Costa Sur y el departamento de Guatemala, sin embargo, en muchos espacios las conductas autolesivas y el suicidio se definen y comprenden como comportamientos indiferenciados, aunque la ANS pueden ser factores de riesgo de conductas suicidas no tienen la misma finalidad.

4.2. Clasificación de las autolesiones no suicidas y sus ciclos

De acuerdo a Simeón y Favazza, citados por Mancheno (2018, p. 30), las conductas auto lesivas se pueden clasificar en cuatro tipos principales:

- **Conductas auto lesivas mayores:** conductas irreversibles y únicas. El daño infringido y la gravedad son altos, incluyen acciones como amputación de miembros u otras conductas poco comunes y normalmente se encuentran asociadas a estados psicóticos.
- **Conductas auto lesivas estereotipadas:** muestran un daño menor, con patrones rígidos e

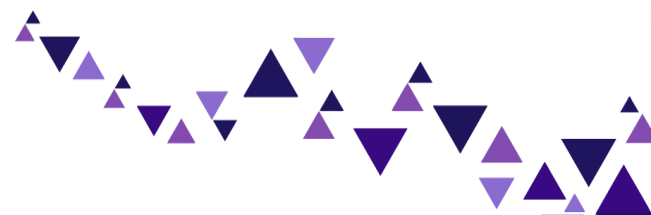


inflexibles y una frecuencia repetitiva. Incluyen acciones como golpearse contra la cabeza rítmicamente contra una pared, se presenta en personas con discapacidad intelectual y en estados de sicóticos.

- **Conductas auto lesivas compulsivas:** consisten en conductas repetitivas experimentadas como actos automáticos. El daño fluctúa de leve a moderado. Como rascarse la piel repetidamente o arrancarse el cabello. La persona al hacerse daño trata de aliviar la tensión y prevenir algo terrible que piensan puede pasar.
- **Conductas auto lesivas impulsivas:** en esta categoría la persona siente un previo temor por dañarse, pero presenta un gran impulso que le lleva a autolesionarse y a aliviar la tensión. La severidad del daño oscila entre leve y moderado e incluye conductas como cortarse, quemarse e introducirse objetos punzantes en la piel.

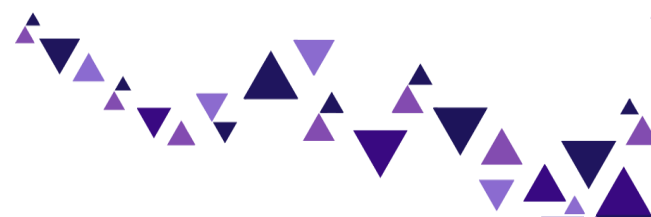
Siempre en este orden de ideas, Basantes y Porras, citados por Mancheno (2018, p.28 y 29), aportan sobre el ciclo y/o los niveles que pasa un sujeto con prácticas autolesivas, el cual lo estructuran de la siguiente manera:

1. **Emociones incontrolables y estresantes:** Son situaciones o pensamientos que ocasionan ira, estrés, pánico, sensaciones de malestar y confusión las cuales el sujeto no puede controlar, a más de esto se ve reflejado tensión fisiológica y emocional e incapacidad de manejo de dicha situación, todo esto desemboca en la decisión de autolesionarse y desconexión por medio de la laceración. Emprende la tensión fisiológica y emocional. Las situaciones en las cuales se ven implicadas las emociones tienen repercusiones en el pensamiento y da como resultado respuestas fisiológicas y empieza el sufrimiento mental.
2. **Inhabilidad para expresar y manejar las experiencias emocionales:** Los sujetos con características auto lesivas no tienen experiencia en el manejo de las emociones y no pueden transmitir lo que están sintiendo por esta razón cuando las practica las proyecta de una manera ruda y descortés.



3. **Incremento de presión y desgaste emocional:** Las consecuencias graves de no comunicar el dolor emocional es que va creciendo la tensión y el sufrimiento.
4. **Incremento del padecimiento emocional:** Incremento de presión y desgaste emocional da como resultado el padecimiento emocional.
5. **Necesidad de frenar “el padecimiento emocional:** El sujeto ve el dolor como un todo que es generado por ansiedad, miedo, angustia y situación desoladora de esta manera nace la necesidad de calmar dicho sufrimiento por incapacidad de enfrentar la realidad.
6. **Sufrimientos, Pensamientos y Disposición para Autolesionarse:** El autolesionarse es una manera de ponerle un alto a la agrupación de las 29 emociones que le aquejan no tiene una visión más amplia para resolver dicha problemática y opta por autolesionarse.
7. **Desconexión:** El sujeto tiene la necesidad de autolesionarse de una manera inconsciente, solo de esta manera aliviana el cumulo de emociones incontrolables.
8. **El acto de la Autolesión:** Es el acto en sí de auto lesionarse de una manera consciente, planifica las condiciones y el lugar en donde va hacer consumado el acto, las autolesiones se las realiza donde sea difícil de ser visualizadas y la intensidad de las lesiones son controladas para no causarse la muerte.
9. **Calma:** Aquí el sujeto genera una calma producto de la autolesión, liberando la tención física y el dolor emocional. La sensación de tranquilidad le permite al sujeto integrarse a la sociedad de manera “normal”. Sentimiento de culpa y vergüenza. Repercute en la parte emocional, ya que genera pensamientos y sentimientos de culpa y de vergüenza por la incapacidad de afrontar la realidad.

Según Mosquera (2013) algunas motivaciones para autolesionarse pueden ser muy variadas, las más referenciadas son: encontrar alivio, calmar el odio, prevenir el suicidio, comunicar a otros que necesita ayuda, lograr un estado de euforia, influenciar en otros, validar el dolor emocional,



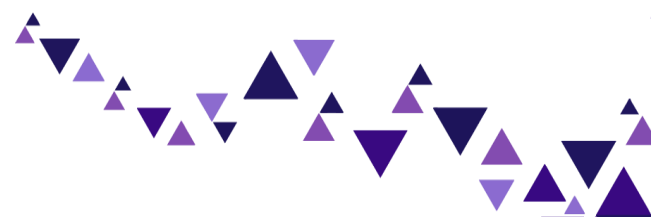
castigarse a sí mismo por ser mala, desviar la atención, autocontrol. (Nock M. K., 2004) (Nock M. K., 2010)

Nock, en el año 2010, desarrolló el modelo integrador, el cual sostiene que las ANS se mantienen porque regulan de inmediato las experiencias afectivas aversivas y las situaciones sociales. Expone la existencia de factores de riesgo distales asociados a las ANS, tales como, la predisposición genética para una alta emoción expresada, el abuso en la infancia o la hostilidad familiar. Estos factores de riesgo pueden interactuar y ser mantenidos por otros elementos de carácter intrapersonal como las emociones o cogniciones aversivas y la pobre tolerancia a la frustración, la angustia y ansiedad, o de carácter interpersonal, como una pobre habilidad comunicativa y de resolución de problemas. Esta interacción genera una respuesta de estrés que, por un lado, sobrepasa las capacidades de afrontamiento de la persona, y, por otro lado, desencadena un manejo insuficiente de las demandas sociales. Esto, unido a aspectos como el aprendizaje social de las ANS, supone que estos comportamientos sirvan como una regulación social y afectiva de la situación, y que a su vez desencadenen en una respuesta de estrés.

4.3 ¿Por qué se dan las autolesiones?

Comprender los motivos y los ciclos de una conducta autolesiva ayuda a identificar las habilidades que requiere desarrollar la persona a fin de modificar su conducta, así como identificar la intervención profesional y especializada que ayuda a introducirla, por lo que es fundamental tener en cuenta los siguientes indicadores:

1. **El bajo nivel de educación:** en inteligencia emocional, ha hecho que las autolesiones sean para muchas mujeres, adolescentes y niñas una forma de regular las emociones y situaciones a las que se enfrentan en entornos violentos.
2. **La cultura del silencio:** el estigma y prejuicio son las principales barreras para que las personas que se autolesionan busquen ayuda, además en contextos vulnerables hace que varíe significativamente la frecuencia y severidad de las mismas.



3. **La autolesión parece cumplir:** dos funciones principales: (a) una función de regulación afectiva/cognitiva en la que la autolesión conduce a una disminución inmediata de un estado interno aversivo o un aumento de un estado deseado, y (b) una función de regulación social en la que la autolesión conduce a un aumento deseado de apoyo social o a la eliminación de alguna situación social no deseada.” (Nock M. K., 2010)

4. **El riesgo de autolesión aumenta:** por factores generales que predisponen a los individuos a tener problemas para regular sus experiencias afectivas/cognitivas o sociales (por ejemplo, factores distales como el abuso en la infancia, factores proximales como la hiperactividad fisiológica en respuesta al estrés) y por factores específicos de la autolesión (por ejemplo, el aprendizaje social) que llevan a una persona a utilizar la autolesión en lugar de otro método de autorregulación.

A pesar del alcance y la importancia de este problema, actualmente no existen tratamientos estandarizados psicológicos o farmacológicos basados en la evidencia para las autolesiones, desde la experiencia de los profesionales en psiquiatría incluye un tratamiento farmacológico y reguladores del estado de ánimo y, en el caso de los psicólogos la terapia cognitivo conductual ha funcionado, incluyendo la contención verbal y psicoeducación. (Entrevista No. 1 y 8, 2022).

4.4 Diferencia entre autolesión y suicidio

Dentro de este marco investigativo, es importante mencionar que hay una diferencia entre autolesión y conducta suicida. Si bien es cierto que la autolesión sin intención suicida se refiere a los comportamientos intencionados y auto dirigidos, que no buscan causar la muerte y que a su vez causa una destrucción inmediata de la superficie corporal como, por ejemplo, los cortes, las quemaduras, los pinchazos y los golpes, el frotarse en exceso, las personas que se autolesionan lo hacen con la expectativa que la lesión sólo conlleve un daño físico leve o moderado, pero nunca llegar a quitarse la vida. (Vega et al., citado por Mejía, 2018, p. 6).

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida. Al ser un acto premeditado, planificado, generalmente se logra consumar, es



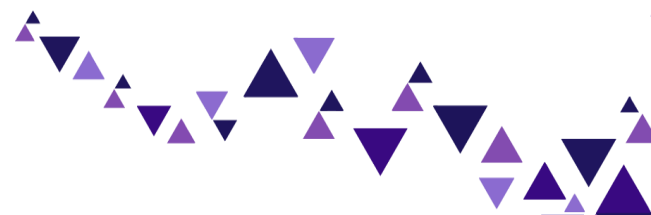
decir, no es solamente para lastimarse como el caso de las autolesiones. (UNICEF, 2017, p.7)

Según las investigaciones es alarmante el número de suicidios de jóvenes que se reportan cada año, las cifras van en aumento y la mayoría están entre las edades de 10 a 19 años, y otra minoría va de las edades de 20 a 29 años. Se reporta que el sexo masculino continúa siendo el grupo con mayor tendencia al suicidio, las cifras revelan que el 79% corresponden a hombres, mientras el 21% es de mujeres (Fundación Nacional para el Desarrollo, 2017, p. 5).

Sin embargo, dentro de los resultados encontrados en este proceso de investigación e información se encontró que las conductas de autolesión son más frecuentes en mujeres que en hombres, entre las edades de 12 a 18 años. Según un estudio realizado en Colombia, señala que en una población de 0 a 14 años se encontró una relación cuatro veces mayor de la práctica de autolesión en niñas en comparación con los niños y en una edad promedio de ocurrencia de 14 años, con una mayoría de niñas entre los 12 y 16 años. Por su parte Ulloa et al., afirma que en los últimos años en México “las autolesiones han pasado de 344 a 507, un incremento del 47%, realizadas en su mayoría por chicas. (Citado por Mejía, 2021, p. 3).

En Inglaterra y Escocia se han llevado a cabo varios estudios en los que se estima que hasta 1 de cada 130 adolescentes puede autolesionarse. Se recogieron datos en un estudio de monitorización de conductas autolesivas en Oxford entre los años 1985 y 1995; la población incluía todos aquellos pacientes menores de 20 años que acudían al Hospital General de Oxford con autolesiones. Durante el tiempo que duró el estudio, 1.840 individuos acudieron al servicio de urgencias con autolesiones. Se observó que la incidencia aumentaba con la edad y que eran más frecuentes en mujeres que en hombres. Además, las mujeres acudían con más frecuencia que los hombres debido a ingestas medicamentosas: 91,2% de mujeres frente a 82,5% de hombres. (Zaragozano, 2017)

Según Mosquera el suicidio es una solución definitiva a un problema temporal, la autolesión es una solución temporal a un problema temporal. Obviamente, es un mecanismo extremo que a la larga acarrea más problemas para el sujeto que se autolesiona, pero es importante recordar que en muchos casos es su forma de mantenerse con vida. (2013, p. 30)



4.5 Las autolesiones desde un enfoque de género

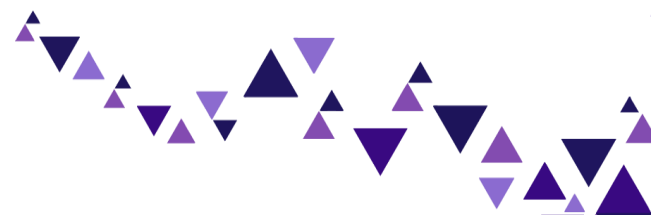
El abordaje de autolesiones no suicidas con mujeres y niñas debe de considerar analizar aspectos esenciales de su vida de que estén relacionadas con el papel de la familia, la identidad, las relaciones interpersonales y hechos de violencia evitando la subjetividad en la atención con prejuicios, estereotipos y estigmas en contra de ellas. La experiencia narrada por las mujeres y niñas reflejan los sistemas sociales patriarcales que no les permite solicitar ayuda y optan por sufrir en silencio, las autolesiones se convierten en un escape para huir de la violencia, por la falta de la cultura denuncia y de pedir apoyo para manejar sus emociones.

Las mujeres y las niñas son víctimas de violencia sistémica que normaliza el no acceso a la salud mental diferencia para mujeres y niñas al punto de criminalizarlas cuando hablan de las violencias que han vivido, se hace necesario crear estrategias de comunicación para el cambio de comportamientos con enfoque de género con mensajes clave sobre la importancia de la salud mental de las mujeres y niñas en sus comunidades.

Para comprender este problema e identificar los mecanismos y estrategias para atenderlo y abordarlo, es fundamental disponer de datos fiables e información que permita un análisis mucho más amplio de lo que es la violencia en una mujer adulta, niñas, niño y adolescente, así como un marco para visibilizar sus diferentes formas, efectos y los contextos en los que ocurre.

Además, es fundamental dentro de la atención y abordaje hacer un análisis desde un enfoque de género, dado el desequilibrio de poder que se da entre las personas involucradas, la naturalización de la violencia y la carga psicológica que implica para la víctima, en un sistema social donde se atacan algunas consecuencias, pero no así las causas de la violencia contra mujeres, adolescentes y niñas. Es prioritario revertir las consecuencias psicológicas, la victimización secundaria, terciaria e incrementar las intervenciones y servicios, para que se brinden puentes que generen herramientas de resiliencia, autoestima, para las sobrevivientes de cualquier tipo de violencia.

Al no ser prioritaria la salud mental de las mujeres, se carece de mecanismos accesibles para hablar de las situaciones que les atraviesan la vida y el cuerpo, las cuales pueden generar diferentes

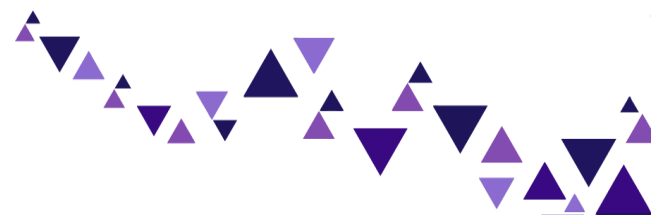


efectos a nivel físico y psicológico en las víctimas de violencia. A nivel psicológico, las mujeres, adolescentes y niñas sobrevivientes de diversas formas de violencia sin acompañamiento psicológico adecuado, normalmente carecen de autoestima, tienen muchas emociones de culpa, vergüenza, inutilidad, entre otras que hacen complejo desarrollar habilidades sociales de resiliencia y sanación de los episodios violentos de los que ha sido víctimas. Ello como consecuencia de la interiorización del discurso del agresor como propio, lo que genera una imagen negativa de sí misma.

El estigma social de atender la salud mental como se atiende la de cualquier otro órgano del cuerpo, es un obstáculo de acceso, aunque también existen barreras actitudinales, de acceso a servicios en las comunidades y de carencia de sistemas de apoyo que ayuden a las personas a atender de forma prioritaria su salud mental ante cualquier trauma, situación crónica de estrés, problema social y/o violencia. Normalmente se prioriza la atención cuando las situaciones han evolucionado a trastornos de depresión, ansiedad, conducta alimentaria o trastorno de estrés postraumático. Muchas víctimas también presentan conductas autodestructivas como las autolesiones, el abuso de sustancias o incluso la ideación suicida o las tentativas de suicidio. Alteraciones del sueño, alimentación, falta de energía, inhibición del deseo sexual y fatiga.

Lo importante es lograr generar procesos de atención y prevención para que las mujeres encuentren espacios seguros, donde se logren generar habilidades emocionales que les ayuden a disminuir los efectos de los traumas generados por la violencia. Buscando en los entornos comunitarios abordar las causas primarias de la VCM como son las relaciones desiguales de poder, la discriminación basada en género, el sistema de cuidados, la misoginia y la violencia jerárquica y excluyente contra las mujeres. Mecanismos de violencia profundamente arraigados en las estructuras y normas sociales, lo que normalmente consolida una cultura de negación y silencio.

Siendo las autolesiones no suicidas uno de los mecanismos que las mujeres utilizan ante escenarios donde no encuentran formas de gestionar sus emociones y/o situaciones a las que se enfrentan, es necesario buscar mecanismos de prevenirlas y tratarlas de forma temprana. Para lo cual es prioritario normalizar hablar del tema sin estigma ni discriminación, con profesionales que puedan abordar la temática sin prejuicios, con mecanismos eficaces, eficientes, con enfoque de derechos



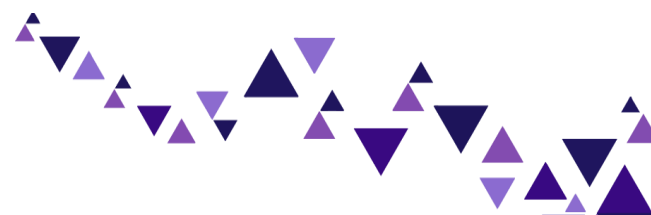
humanos, pertinencia cultural y género. Lograr que las mujeres vivan libres de violencia pasa por proteger su integridad psicológica, donde se sientan seguras, protegidas y auto realizadas.

Intervenir tanto en prevención como en atención en el tema de autolesiones no suicidas, es parte de ayudar a las mujeres, adolescentes y niñas a encontrar mecanismos de resiliencia, manejo del estrés y gestión de entornos sociales violentos. Lograr que profesionales de todas las áreas desde una perspectiva humanizada donde el bienestar de la persona sea primordial y las mujeres logren ser sobrevivientes de la violencia, quienes superan los traumas y desarrollan mecanismos de resiliencia.

4.6 Las autolesiones y sus factores de riesgo

Siguiendo a Nock, (2010), existen varios factores de riesgo y vulnerabilidades en relación a las autolesiones, en relación con la violencia basada en género, es importante tener en cuenta los factores culturales, económicos, políticos, a continuación, se mencionan los siguientes:

- **Culturales:** estereotipos y prejuicios de género, normas sociales en relación a la feminidad y masculinidad, la percepción del género, comunidades con visiones patriarcales y sexistas que legitiman la violencia para asegurar el dominio y la superioridad de los hombres. Una comprensión de la esfera familiar como privada y bajo la autoridad masculina y una aceptación general de la violencia como parte de la esfera pública y como un medio aceptable para resolver conflictos y afirmarse. La perspectiva histórica donde la mujer es vista como propiedad de los hombres lo que legitima el castigo físico de la mujer, mientras legitima el control sobre la sexualidad de las mujeres, las normas sociales sobre la sexualidad y la libertad u opresión sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- **La forma como una sociedad percibe la violencia contra la mujer:** se protege o se culpa a las víctimas, en algunas sociedades se ve como vergonzoso y débil a las mujeres que denuncian, hablan sobre la VCM. En algunos sistemas legales la violencia se evalúa en parámetros subjetivos y se culpa a las mujeres de atraer la violencia contra ellas mismas a través de su comportamiento, lo que favorece a los agresores y deja desprotegida a las víctimas

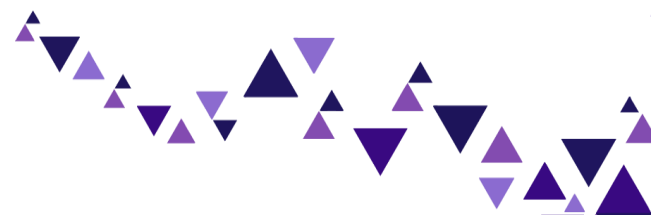


quienes no denuncian o solicitan apoyo debido a la desconfianza en las autoridades públicas. Las personas con orientación sexual e identidad de género no hegemónica en muchos casos se sienten desprotegidas legalmente ante la violencia de la que son víctimas. Todo lo anterior dando lugar a altos niveles de frustración cuando se es víctima de violencia.

- **La feminización de la pobreza:** hace que las mujeres sean principalmente vulnerables a la violencia, los patrones sistemáticos en la intersección de la violencia y la pobreza se intensifican convirtiéndose en barreras para salir del círculo de la violencia. Con el Covid-19 se visibilizó que cuando el desempleo y la pobreza afectan a los hombres, ellos pueden utilizar la violencia para reafirmar su masculinidad, lo que lleva a entornos de riesgo más vulnerables para mujeres, adolescentes, niñas.
- **Factores Políticos:** la carencia de políticas públicas, la baja representación de las mujeres y de paridad en posiciones de toma de decisión, acceso al poder y política implica poca priorización para realizar cambios sociales, lograr igualdad. La necesidad de destinar presupuestos para generar acciones que generen transformaciones sociales en relación a la VCM. Ante esta situación las mujeres en muchos casos no encuentran mecanismos eficientes y eficaces que ayuden a gestionar los efectos emocionales de la violencia.

Por todos los factores anteriores expuestos, las autolesiones no suicidas en sobrevivientes de violencia deben ser de interés en las políticas de salud para determinar las particularidades del comportamiento y analizarlo desde un enfoque de género y lograr procesos de salud mental más amplio de las afectaciones a las mujeres y niñas.

Es fundamental registrar casos desde un enfoque más integral, que permita el análisis simbólico y el imaginario social como afecta especialmente a las mujeres y niñas en sus vidas. Generalizar los procesos entre hombres y mujeres vulnera los derechos de las mujeres a una atención de salud diferenciada y especializada. Los datos que presentan los diversos estudios realizados con perspectiva de género se limitan al uso de variables de género femenino y masculino para determinar frecuencias numéricas de quien es el más afectado.



V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

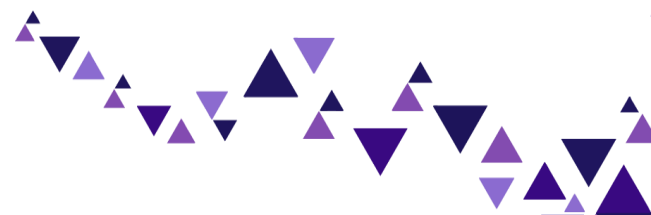
5.1. Experiencia y abordaje desde la Salud Mental

Dentro de este proceso de investigación según la metodología, se entrevistaron a varios profesionales que trabajan en la salud mental, tanto con enfoque psicológico, médico y psiquiátrico. De acuerdo a los y las entrevistadas la incidencia de las autoagresiones ha aumentado en los últimos años, especialmente en adolescentes y personas jóvenes y es más usual en las mujeres.

Este estudio muestra que, al igual que en otra parte del mundo, las autoagresiones siguen sucediendo, es un fenómeno que debe de abordarse, atenderse de una forma profesional especializada, no importa el lugar, las circunstancias, la familia y la comunidad y el país.

Los entrevistados y entrevistadas coinciden que las autolesiones se refieren a: *“las lesiones que las personas se causan a sí mismas, caracterizados por diferentes sentimientos de culpabilidad, vergüenza, odio y muchas veces cargados de pensamientos negativos y autodestructivos”*. El 100% de los entrevistados/as, opina que las autolesiones son el inicio para intentar o tener ideas de suicidio. Sin embargo, de los casos que han conocido solamente han atendido las conductas de autolesiones. Identifican que autolesionarse es una vía para *“expresar el dolor y/o “sentirse bien”*, así como liberar otro padecimiento emocional, es: *“cambiar un dolor por otro”* (Entrevista No. 5 y 7, 2022).

Asimismo, expresan que las diferentes formas de violencia que sufren los adolescentes y jóvenes provocan que se autolesionen. Para conocer y comprender mejor sobre la violencia y sus formas han tomado cursos, talleres y leído sobre el tema y sobre las causas que la provocan, junto a la experiencia de los casos que han abordado. Uno de los entrevistados expresa que: *“he atendido casos cuando realice las prácticas como bombero voluntario”, fue una mujer adulta, que relató que sufría de violencia contra la mujer”*, sin embargo, considera fundamental diferenciar cuando una persona se hace daño y cuando se lo están haciendo, para identificar qué hacer y cómo actuar de inmediato. (Entrevista No. 10 y 11, 2022).



Desde su actuación como médicos, psiquiatras y psicólogos/as, SÍ, han conocido casos de personas adultas, adolescentes y niños y niñas que se autolesionan. Por ejemplo, solo el Hospital Federico Mora reportan que atienden en consulta externa de 2 a 3 casos por semana, esto quiere decir, un aproximado de 12 casos atendidos al mes, cifra bastante alarmante que muestra cómo el fenómeno de las autolesiones está presente en la vida de las personas, en su mayoría son mujeres adultas. El centro hospitalario solamente atiende personas adultas. (Entrevista No. 1, 2022).

En los Hospitales y Centros de Salud, reportan que el número de personas atendidas con estas conductas es de 20 a 25 casos promedio por al año. Las edades más usuales son de 12 a 25 años y la mayoría de la población son mujeres, pauta clínicamente significativa vinculada al trauma, a la violencia y las agresiones sexuales. Según, una especialista menciona que las autolesiones son identificadas cuando los adolescentes llegan a realizarse exámenes de laboratorio y al momento de tomarles las muestras se puede visibilizar las cicatrices y los cortes en las muñecas y antebrazos, añade también que los casos a veces se presentan manifestando dolor de cabeza sin explicación alguna y en el historial clínico se establece que se han estado golpeando la cabeza contra la pared y presentando alucinaciones y delirios, estos casos son traslados de inmediato a la emergencia de un hospital público, al área de psiquiatría para el tratamiento y seguimiento (Entrevista No. 8, 2022).

En el caso del pediatra y paramédico identifican los casos cuando hacen el primer chequeo médico o cubren una emergencia, quien manifiesta que las personas que autolesionan se quejan poco de dolor físico, pero discuten más, de acuerdo a la experiencia en la mayoría de los casos que ha atendido las personas se encuentran en un estado de alteración o shock emocional. Ambos entrevistados coinciden que se debe de actuar de inmediato y remitir a un especialista de la salud mental para estabilizar emocionalmente. En el caso del paramédico, un dato muy importante que compartía desde su experiencia es que, en la mayoría de los casos de autolesiones, las personas se niegan a ser trasladadas a un centro de atención, manifiestan que se tomarán una pastilla para el dolor físico y/o poner hielo. (Entrevista No. 10 y 11, 2022).

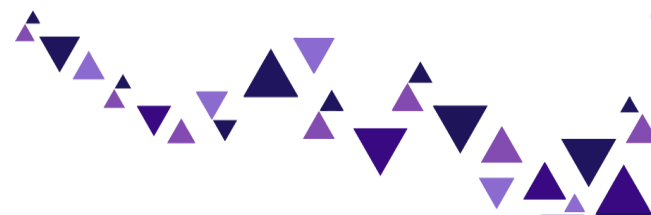
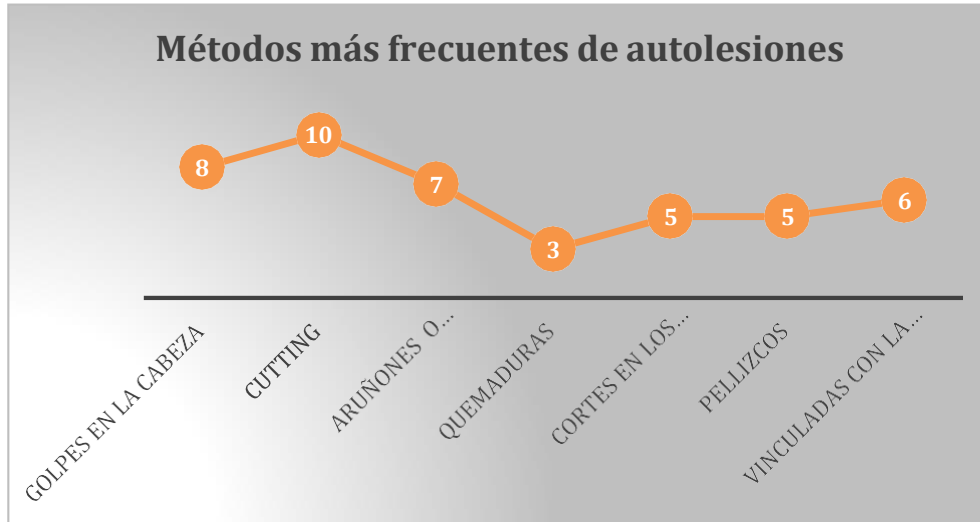


Figura 2:

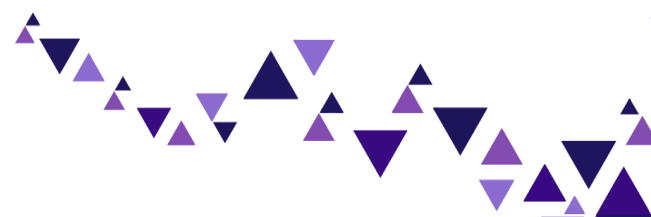
Métodos de autolesiones identificados por los profesionales de salud mental.



Los profesionales identificaron que dentro de los métodos más frecuentes para hacerse daños están: a) golpes en la cabeza contra la pared; b) cortes en los brazos (miembros superiores); c) arañones/rasguños en la piel, golpes en los brazos y piernas; d) quemaduras; e) pellizcos y f) el cutting, como una de las prácticas más usuales. Sin embargo, dentro de los entrevistados describen otros modos de agresiones que están relacionada con las de tipo ingestión, tales como: dejar de comer (anorexia), comer mucho (bulimia), comer de forma compulsiva, asimismo el alcoholismo, consumo de drogas recreacionales, tabaquismo, entre otras. Estos son trastornos de la alimentación y bebidas ingeridas que se identifican como factores agravantes que pueden llevar a recurrir a estas prácticas para poner fin o calmar la ansiedad que en esos momentos se sufre.

Sin embargo, para identificar el cutting, es importante que los profesionales de la salud mental tomen en cuenta los criterios y/o indicadores para el diagnóstico y que les permita planificar los tratamientos psicoterapéuticos, médicos y/o psiquiátricos. De acuerdo a Crawford, citado por Mancheno (2028, p. 37). Dice que los síntomas deben presentar los siguientes criterios:

- Preocupación por el daño físicamente provocado
- Imposibilidad para resistirse a las conductas auto dañinas que resultan en lesiones de tejido.



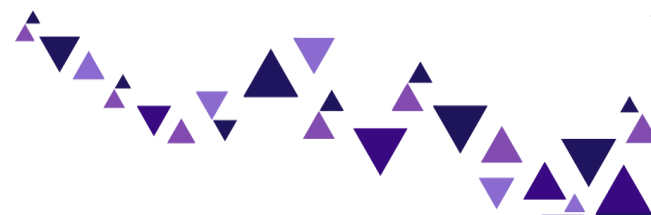
- Incremento de la tensión previa a la autolesión y sensación de alivio después del acto.
- En la automutilación no tener una intención suicida.
- El tratamiento suele ser médico y psicológico, en el mismo incluye la administración de psicofármacos.

Asimismo, resultado de las entrevistas con profesionales y grupos focales, también se identificaron otros indicadores, que ayudan a conocer cuando una persona se está autoagrediendo, entre las que se mencionan: (Entrevistas 5,6,7,8, grupo focal 1 y 2, 2022).

- ✓ Usar ropa manga larga todo el tiempo (sin importar el clima: cálido y/ frío).
- ✓ No participar en actividades deportivas (acuáticas, foot-ball y basquetbol, entre otras).
- ✓ Presentar síntomas de soledad y depresión.
- ✓ Temor a chequeos médicos y de laboratorio.
- ✓ Presentar problemas al caminar y en la postura corporal.
- ✓ El uso exagerado de accesorios en las muñecas (pulseras, relojes y/o muñequeras).
- ✓ Aislarse de los grupos y actividades sociales, así como de la familia.
- ✓ Problemas gástricos y estomacales sin explicación alguna.
- ✓ Presentar dolores de cabeza sin explicación y golpes externos.
- ✓ Mirada ausente y caída.
- ✓ Poco manejo de emociones (miedo, tristeza, agresividad, etc.).
- ✓ Cambios en el estado de ánimo.
- ✓ Descarga emocional en las redes sociales.

Principales causas y/o factores de riesgo de las autoagresiones, según los profesionales

Para los psiquiatras del Hospital Federico Mora de acuerdo a la experiencia, quienes se autoagreden en su mayoría son personas que presentan trastornos mentales y de la personalidad, tales



como: la psicosis, antisocial, límite de la personalidad, histriónico y narcisista, además también han presentado otros síntomas como el delirio, trastornos afectivos, entre los que se encuentra la depresión severa y algunos casos pacientes que convulsionan. (Entrevista No. 1, 2 y 3, 2022)

Un trastorno de la personalidad, según el DSM-5 TM, se refiere a: un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos o más (o más) ámbitos. (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS-5, 2014, p. 359).

Los resultados arrojan que los pacientes que acuden al psiquiátrico en su mayoría son personas con bajo nivel de escolaridad, además identifican otros factores de riesgo que están vinculados con la falta de apoyo de parte de la familia, así como los trastornos disociativos que se determinan por las alteraciones que sufren los pacientes como la pérdida de la conciencia, identidad, memoria, el tiempo y espacio y las percepciones de sí mismo y de su entorno y que en su mayoría no han sido diagnosticados y atendidos con la intervención y tratamiento adecuado.

Messer & Fremouw, menciona que uno de los principales síntomas de las autolesiones es la desrealización y la despersonalización. El argumento de la vinculación sigue dos instancias, la primera menciona que la autolesión induce una disociación como un mecanismo de enfrentamiento contra afectos perturbadores, y la segunda instancia presume que la autolesión permite romper con un estado disociativo perturbador. (Citado por Mancheno, 2018, p. 36).

Los otros profesionales entrevistados siempre en la rama de la salud mental y médica, manifiestan que dentro de las causas están: a) el maltrato que reciben de terceras personas, b) la violencia sexual, violencia dentro de la familia, c) disfuncionalidad de las familias, d) la pobreza extrema, e) redes sociales mal utilizadas (Tik-Tok), f) falta de educación e información, g) abandono de los padres, h) adicciones, i) decepciones amorosas e infidelidad, j) enfermedades crónicas y terminales (cáncer, VIH, SIDA, ITS), y por último también se identificaron los factores emocionales que tienen que ver con el manejo de las emociones (la tristeza, el enojo, la culpa, la depresión), así como la baja autoestima y la afectividad de los chicos y chicas.

De acuerdo al estudio realizado en Guayquil, Ecuador, se determinó que las autolesiones tienen

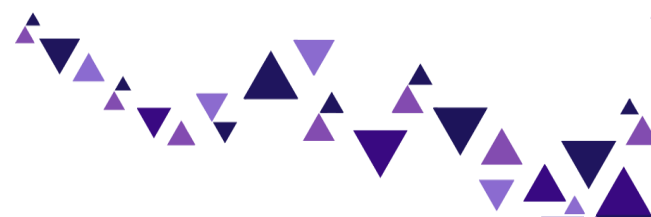


efecto sobre la salud emocional de las personas que la sufren, debido a las siguientes causas: malas relaciones con compañeros y profesores, falta de compromiso con la vida escolar y bajo rendimiento escolar. (Sarmiento y Triviño, 2017, p. 16)

Otro de los factores de riesgo y de vulnerabilidad también tiene que ver con las redes sociales, como lo expresaban algunos de los entrevistados: *“en las redes sociales existe tanta información y contenido informal, donde se promueve este tipo de prácticas y suicidios, por ejemplo, me invitaron a un centro de privados de libertad y se descubrió páginas de internet donde se circulaba información sobre el suicidio y se promovía”*. *“Es muy común hoy en día que los Tik-Tok promueva video sobre autolesiones. Se habla del poco sentido de la vida y promueve que otros practiquen la autolesione”*. (Entrevista No. 12, 2022).

De acuerdo al estudio realizado por Agüero, et. al, concluían que los adolescentes usaban las redes sociales para publicar fotos o participar en grupos sobre esta temática, para compartir, contenerse y pedir ayuda. Allí podían resignificar sus cortes, hablar con naturalidad y sentirse visibles, observadas. No obstante, otras/os adolescentes evaluaban negativamente el uso de redes sociales con estos fines, pues sentían que solo era para “llamar la atención” o “por moda”. (2018, p. 12)

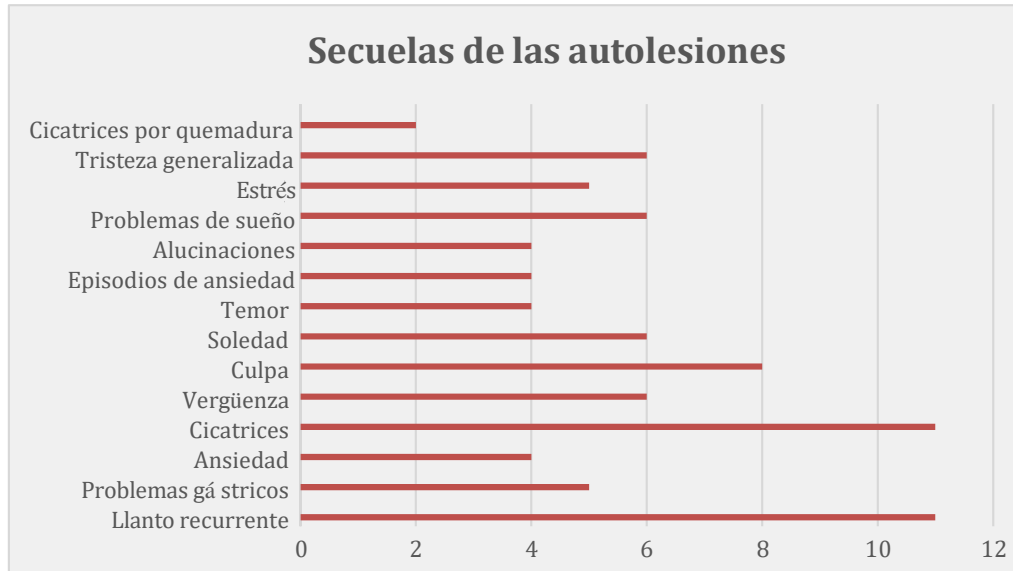
Para las profesionales que integran el área de psicología de Fundación Sobrevivientes, dentro de los factores de vulnerabilidad y de riesgo están aquellos que se vinculan con las relaciones intrapersonal y los casos analizados muestran presencia de cuadros de estrés crónico o agudo, ansiedad y/o depresión, así mismo, en todos los casos se observó bajo manejo de comunicación asertiva y resolución de conflictos.



Secuelas de las autoagresiones de acuerdo a los profesionales de salud mental

Figuras 3:

Secuelas identificadas por los profesionales en salud mental.



Dentro de las secuelas a nivel físico y psicológico, los psiquiatras mencionan que están relacionadas con los episodios depresivos (acompañado de falta de placer, tristeza generalizada, cambios en el ciclo de sueño), así como la ansiedad, estrés, estrés postraumático y las alucinaciones (pacientes que se lesionan por alucinaciones corporales y que los lleva a una emocionalidad inestable).

Según los psicólogos/as y personal de salud entrevistados dicen que en la mayoría presentan trastornos de ansiedad, depresión, tristeza profunda, taquicardia, traumas, cicatrices físicas, miradas caídas, soledad, llanto recurrente, enojo, vergüenza, culpa, soledad, problemas gástricos, miedo, shock nervioso y por último señalan y no menos importante, la alteración y sufrimiento emocional que presentan los adolescentes y jóvenes que han buscado ayuda. A nivel de secuelas físicas mencionan que son las relacionadas con las marcas de las quemaduras y las cicatrices en los brazos y piernas principalmente.

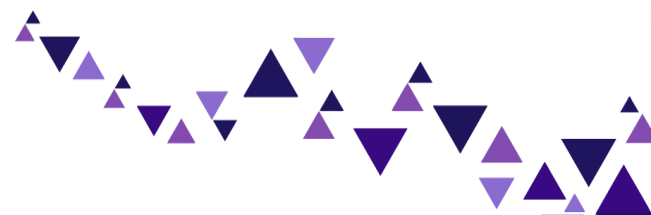
¿Cómo aliviar este dolor emocional? Es una pregunta que muchos profesionales de la salud se

hacen, si efectivamente, se está tratando con un fenómeno que causa un dolor y sufrimiento humano profundo y que tiene repercusiones en todas las dimensiones humanas de la persona. Los chicos y chicas experimentan estados tan recónditos de sufrimiento, pensamientos o sentimientos negativos, cortarse exterioriza el sufrimiento y la aflicción, es una vía de escape y una sensación temporal de bienestar. (Entrevista No. 6, 2022)

Según los resultados, la mayoría de profesionales e instituciones de salud pública no cuentan con protocolos o guías para el abordaje estructurado de los casos que atienden. La atención la realizan como bien se ha mencionado a través de psicofármacos de acuerdo al hospital psiquiátrico, tales como: las benzodiacepinas IM o también es necesario antipsicóticos y asindéticos, antipsicóticos en paciente que presentan alucinaciones, esto les permiten el control de los síntomas y control de las conductas y/o reacciones. Sin embargo, en el caso del paramédico en la institución cuentan con unas guías para atender estos casos y según lo manifestado reciben constantemente talleres y proceso de formación.

En el caso de las psicólogas/os y/o médicos la intervención la realizan con terapia cognitiva conductual y/o con una revisión física de acuerdo al motivo de consulta, muy pocas veces, en el caso de los médicos, se les pide una rutina de exámenes médicos para determinar si se están auto lastimando, generalmente recomiendan acudir a un especialista de la salud mental, que les permita aprender estrategias y mecanismos para afrontar esta situación de auto lastimarse. En Fundación Sobrevivientes cuentan con un Protocolo de Atención del Área de Psicología, el cual sugiere los enfoques, estrategias y métodos terapéuticos para la atención de los casos. Es fundamental, según entrevista, tener claro e identificar el tipo de terapia con que se abordará el caso, tomando en cuenta la historia personal, los traumas y/o estrés postraumático, así como las causas que han provocado las conductas autolesivas. (Entrevista No. 6, 2022).

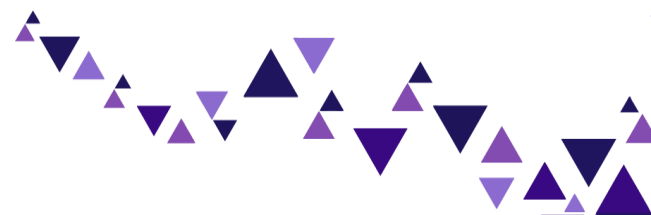
Según esta investigación las personas que autolesionan hacen uso de estrategias de evitación y carecen de estrategias de solución de los problemas y el apoyo tanto familiar como social, por lo que es fundamental un abordaje y atención integral, con enfoque de género y con un enfoque centrado en el desarrollo de competencias emocionales y estrategias de afrontamiento que ayuden a hacerle frente a un estrés mucho más adaptativo.



Recomendaciones de los profesionales de salud mental

Dentro de las recomendaciones que los profesionales de la salud mental, psiquiatría y médicos compartieron están:

- Promover espacios de empoderamiento en los niños, adolescentes y mujeres adultas.
- Motivar y crear oportunidades de apoyo a través de actividades artísticas y deportivas (cursos, talleres de pintura, aprendizaje de otros idiomas, cocina, etc.).
- Mayor información sobre el abordaje este tipo de casos.
- Brindar mayor cobertura de atención psicología y médica.
- Normalizar la atención psicológica y no estandarizarla como algo de locos.
- Contar con protocolos de atención y abordaje de los casos de autolesiones.
- Brindar mayor cobertura de atención psicología.
- Motivar e incentivar el apoyo de psicólogos y trabajar en conjunto con la municipalidad e invertir financieramente en estos casos.
- Procesos de formación y capacitación para fortalecer la autoestima de las personas, desde los más pequeños.
- La creación de la Unidad de Atención a NNA víctimas de cualquier tipo de violencia y se les brinde una atención integral, incluya lo psicológico, legal, social, educativo, etc. y buscar alternativas de emprendimiento como forma de buscar alternativas que les permita evitar la codependencia a este tipo de autoagresión.
- Brindar talleres de formación y capacitación en las escuelas sobre este tema.
- Inversión en la salud mental de las familias.
- En tiempos aún de COVID-19, tomar en cuenta el contexto para poder hacer las intervenciones, ya que el cofinanciamiento provocó secuelas emocionales a límites en los adolescentes y jóvenes.
- Publicar y divulgar información sobre este tema, aprovechando las redes sociales, radios comunales y otros espacios dentro de las comunidades. Se hizo incidencia a través de la radio, en las ferias de la salud, promocionando la salud mental.



Dentro de este marco es importante tomar en cuenta que las personas que se autolesionan lo entienden mayoritariamente como vía de escape al dolor emocional y no todos los individuos que se autolesionan sufren un trastorno por Autolesión No Suicida. Lograr que la perspectiva de abordaje en prevención y atención a NNA y mujeres se pueda integrar desde una visión en la cual las ANS se entiendan como una reacción a un estado emocional angustioso dará paso a comprender que los detonantes, el contexto, pudiendo hacer intervenciones oportunas, eficaces y de calidad.

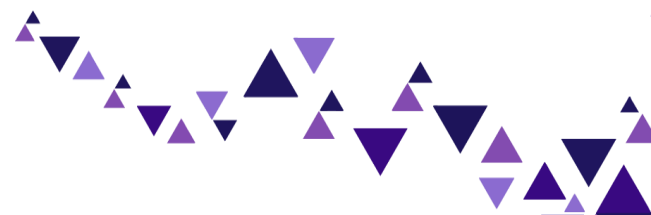
Dejar de estigmatizar, juzgar, medicalizar y pensar que es un tema de psiquiatras, hará que quienes están a autolesionándose logren intervenciones de prevención y atención desde una óptica centrada en la persona, comprendiendo sus realidades, sus motivaciones, así como ayudándoles a encontrar nuevas formas de gestionar sus emociones, sufrimientos y malestares.

5.2. Experiencia y abordaje desde las Trabajadoras Sociales

La muestra del grupo de trabajadoras sociales se tomó aleatoriamente, cuidando que fueran de diferentes instituciones para tener una variedad de ópticas desde la atención que brindan a niños, niñas, adolescentes y mujeres. Las entrevistas se iniciaron con la conceptualización del término de violencia, en general todas estuvieron de acuerdo en que la violencia es todo daño que produce una persona contra otra. Una de las entrevistadas al definir la violencia incluye sus efectos cuando menciona: *“Es dañar a otra persona con el uso de la fuerza, afectando de manera psicológica o físicamente.”* (Entrevista No.14, 2022)

Para las profesionales la conceptualización del término de autolesiones significa, aquellas acciones que atentan contra el cuerpo, así como falta de control de impulsos para lastimarse a sí mismo. Otras las entrevistadas dice que es infringirse daño a uno mismo, que afectan la integridad física y psicológica.

Algunas de las entrevistadas agregaron que las personas que se auto agreden lo hacen para conseguir un alivio al dolor que sienten, para refugiarse, para sentir bienestar, para regular sus emociones y otras para obtener placer. Esto coincide con lo que dicen algunos teóricos sobre las autolesiones: *“lo definimos como la mutilación deliberada del cuerpo o de una parte del cuerpo,*

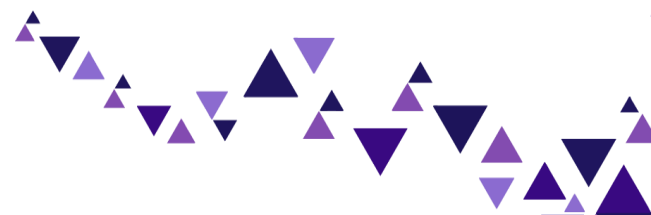


no con la intención de cometer suicidio, sino como forma de manejar emociones que parecen demasiado dolorosas para que las palabras las expresen.” (Karen Conterio y Wendy Lader, 2008, p. 7)

La experiencia de trabajo de las entrevistadas les ha permitido conocer casos de autolesiones en diferentes circunstancias, al respecto mencionaron los tipos de lesiones que conocen, los cuales se enlistan a continuación:

- Físicas y emocionales
- Masoquismo
- Depresión
- Cortes en la piel en extremidades
- Quemaduras con cigarro
- Flagelaciones
- Baja autoestima
- Consumo de sustancias o pastillas
- Bulimia
- Anorexia
- Intento de suspensión o asfixia
- Puyones con agujas
- Morderse

Dentro del listado anterior se menciona la bulimia y anorexia como tipos de lesiones, aunque es una forma de lesionar el cuerpo, esto corresponde, según el DSM-5 a un tipo de trastorno alimentario y de ingestión de alimentos, como se mencionó anteriormente. La baja autoestima no es un tipo de lesión. Conterio y Leder afirman que las autolesiones *“pueden incluir cortar la piel o quemarla, hacerse moretones a uno mismo a través de un accidente premeditado. También puede ser rascar la piel hasta que sangra o interferir la curación de heridas.”*(2008, p.7) Se puede notar que la mayoría de las entrevistadas tiene una idea clara de los tipos de lesiones que una persona puede infringirse a sí mismo, sin embargo, no se descarta que sea necesario ampliar un poco el tema e identificar con mayor precisión los tipos de agresiones que corresponden a las autolesiones propiamente dichas.

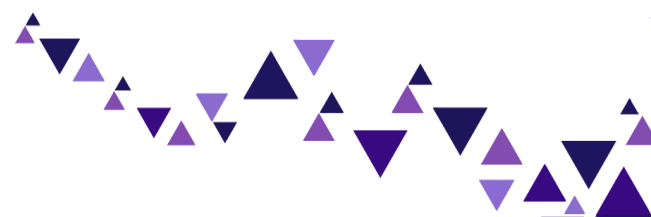


También se evidenció que cerca de la mitad de las entrevistadas pensaban que las autolesiones son intentos de suicidio, una de ellas argumentó lo siguiente: *“Si, porque al final lo que provoca el cortarse las venas es quitarse la vida.”*, coinciden en que dependía del caso, que con el tiempo podrían llegar al suicidio. Solamente una persona indicó que *“regularmente lo hacen como un escape de su realidad.”* Es curioso que, en la parte de la definición, la mayor parte de las entrevistadas ligó el concepto con una descarga emocional debido a la incapacidad de poder expresarlas de otra manera, sin embargo, cuando se les cuestionó por su relación con el suicidio, algunas ya no fueron tan coincidentes con la idea inicial. (Entrevista No. 15 y 13, 2022)

En relación a las causas y/o factores de riesgo identificados por este grupo de entrevistas, identifican las siguientes:

- Presión social con grupos de personas violentas
- Machismo
- Angustia económica
- Violencia intrafamiliar
- Violencia psicológica y emocional
- Frustración económica y educativa
- Abandono
- Relaciones sociales
- Pérdidas de seres queridos
- Abuso, abuso sexual o trauma
- El ambiente violento donde se desenvuelven los jóvenes
- Problemas familiares
- Acoso o bullying
- Violencia de género
- Moda
- Malas amistades o grupos negativos
- Falta de atención de los padres
- Falta de respeto y temor de Dios

Es notorio que la violencia tanto de género, como intrafamiliar, física y psicológica sea una de las principales causas de las autolesiones, a esto se une al machismo y los ambientes violentos que



pueden frecuentar algunos jóvenes, donde se exponen otro tipo de factores como acoso, bullying, malas influencias, entre otros, volviéndose un tejido de riesgos que solamente sigue engendrando más violencia; en el caso de las autoagresiones, contra la misma persona que sufre otros tipos de violencia.

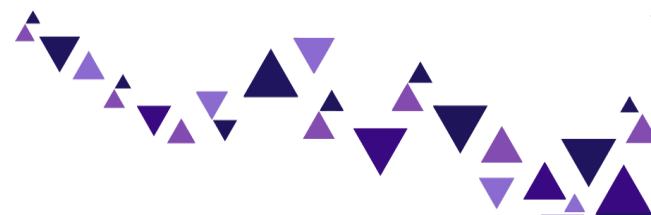
Los efectos de sufrir violencia de cualquier tipo llegan a paralizar a las personas, optando por callar su sufrimiento y la única forma que encuentran para desahogar su dolor es lastimándose. A esto se une la cultura de la no denuncia y del silencio.

Las víctimas de violencia creen que son merecedoras de todo ese sufrimiento y por eso es muy importante promover la atención a la salud mental de las niñas, niños, adolescentes y mujeres. En relación a ellos las trabajadoras sociales entrevistadas, exponían algunas de las actividades que realizan para este fin, entre ellas están: a) los grupos de ayuda, b) el monitoreo en coordinación con otras instituciones, c) atención psicológica que brindan los estudiantes de Psicología, d) algunas instituciones han implementado podcast para jóvenes donde motivan a cuidar la salud mental y otras trabajan orientaciones a padres de familia. Solamente una persona indicó que no se trabajan acciones para promover la salud mental en su lugar de trabajo.

Como parte de las recomendaciones que comparten, las entrevistadas están de acuerdo en que es importante mejorar algunas de las acciones que realizan con el fin de prevenir y atender este tipo de agresiones, y esto va desde hablarle a las personas con respeto, brindarles los primeros auxilios psicológicos (PAP) cuando sea necesario, hasta crear convenios con municipalidades, universidades e instituciones que apoyen a los jóvenes, promover acciones en bienestar de las estudiantes, realizar acciones conjuntas con padres de familia y fortalecer las capacidades del personal que trabaja en las instituciones. En los lugares donde no cuentan con una psicóloga ven la necesidad que se apertura una clínica de atención psicológica.

5.3. Experiencia y abordaje desde los centros educativos

Para la recolección de información de los centros educativos, se tomaron aleatoriamente centros privados y públicos para tener una visión de ambos sectores de la sociedad. En la ciudad capital,



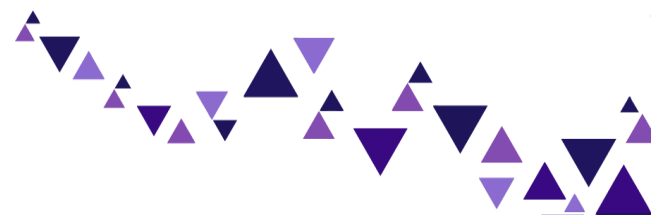
por ser un lugar que aglutina mayor cantidad de población y de centros educativos se tomó una muestra de cuatro centros y dos por cada uno de los otros departamentos priorizados. Para el efecto, se contó con el apoyo de directores, orientadores y docentes.

Se inició la entrevista verificando el conocimiento que tenían sobre el término de autolesiones. En relación a ello la mayoría coincidió en que se refiere al daño que una persona se hace a sí misma de manera física, algunos ampliaron su concepción, agregando que también se pueden dañar de manera psicológica. Solamente uno de ellos la definieron en forma poco clara diciendo: *Una conducta apartada de la realidad, en donde el individuo perdió la autoestima.* (Entrevista No. 24, 2022)

De acuerdo a la teoría investigada, se pudo evidenciar que la mayoría tiene una concepción acertada sobre el concepto de autolesión, al compararla con la definición de Carvajal, quien afirma que es *“toda conducta deliberada que tiene como fin de producir daño físico al propio cuerpo, sin la intención de generar la muerte, es decir, su letalidad es baja, y tienen como principal objetivo reducir la intensidad de emociones desagradables”*. (Citado por González y Tezón, (2016), p. 15).

Sin embargo, cuando se les preguntó si consideraban que las autolesiones eran intentos de suicidio, de las 10 personas entrevistadas, el 70% dijo que sí y solamente un 30% contestó que no. Cabe resaltar, que en la explicación posterior que dieron a su respuesta positiva, encontraban una relación directa entre lesionarse y causarse la muerte debido a que este tipo de conducta si no se trata, podría llevarlos a tomar acciones más drásticas, como el suicidio.

Dentro de los tipos de autolesiones que identificó el personal docente y administrativo fueron los a) cortes en la piel, b) golpes en la pared con la cabeza o con el puño, c) jalones de pelo, d) arañones, e) pensamientos autodestructivos, f) la falta de autocontrol, g) el no cuidarse a uno mismo, h) la ingesta de medicamentos o veneno, inclusive uno de los docentes incluyó el tatuarse. En este sentido es importante notar que las autolesiones no suicidas -ANS- que aborda este diagnóstico, se refieren a aquellas en las que “la persona que recurre a la autolesión como estrategia tenderá a repetirlo, ya que este comportamiento le ayuda a sentirse mejor”. (Mosquera, 2013, p. 32).



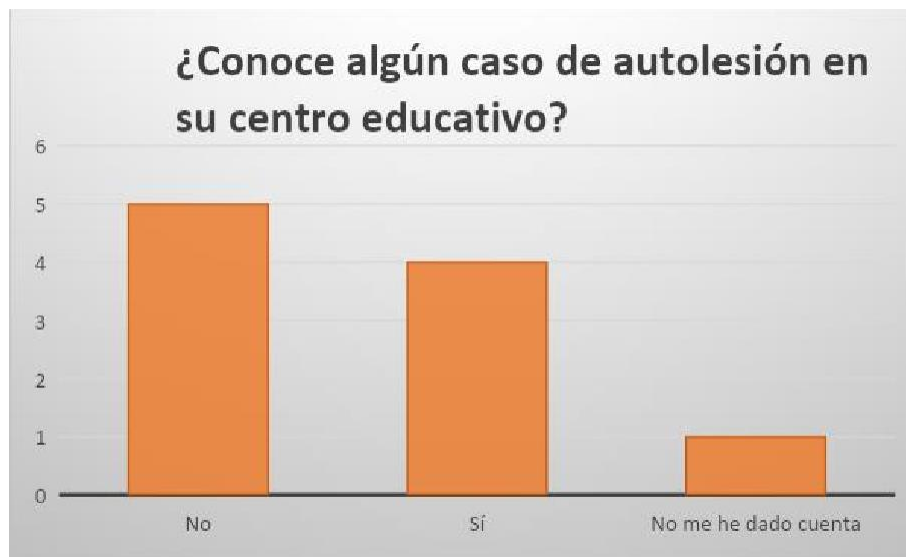
Mosquera en su libro *El lenguaje del dolor*, menciona que los tatuajes, los piercings y las modificaciones corporales son entendidos como adornos, que han sido aprendidos culturalmente, son formas de expresar estatus, preferencias, pertenencia, en definitiva: identidad, no así para desahogar emociones o manifestar el dolor que experimentan. (2013, p. 31)

El 100% de los entrevistados estuvieron de acuerdo que el tipo de lesión más común son los cortes en la piel, que deja cicatrices, con objetos punzocortantes y gillets. Además, el 40% mencionó que los pensamientos autodestructivos son otra forma de lastimarse a sí mismo.

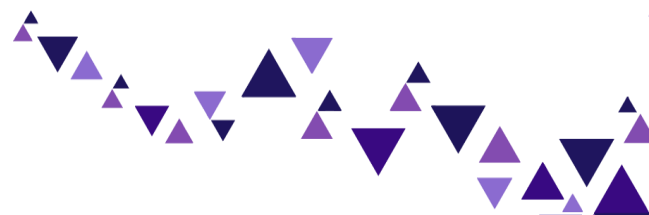
Dentro de los casos de autolesiones que han conocido en los centros educativos de las personas entrevistadas, se pudo identificar los siguientes datos:

Figura 4:

Casos de autolesiones reconocidos en centros educativos.



Cuatro de los seis centros educativos entrevistados afirmó haber conocido más de algún caso de autolesión, aunque los datos de los casos son bajos, entre siete y un caso previo a la pandemia. Es importante hacer notar que estos fueron detectados gracias a los comentarios que sus pares hicieron a sus docentes. El tiempo que las y los estudiantes pasan en la escuela le permite a las y los docentes tener la oportunidad de observar y enterarse de cualquier situación que esté fuera de lo normal. Por



ello, la escuela resulta ser un lugar muy importante para la detección de autolesiones. Sin embargo, las escuelas públicas y privadas no cuentan con una ruta clara para atender los casos identificados, por lo general quien identifica un caso lo refiere a la dirección o a la orientadora, en caso de contar con una persona que dé apoyo psicológico. De los centros educativos que se entrevistaron, solamente tres de ellos tienen una persona destinada a la orientación psicológica.

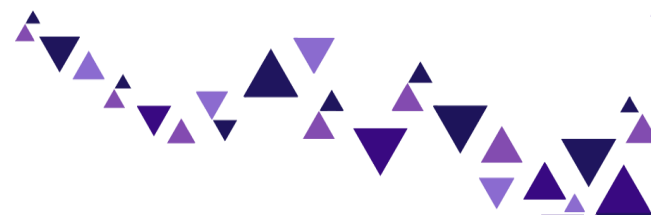
Es importante hacer notar que de los centros educativos que reportaron algún caso, dos corresponden al sector público y dos al sector privado, esto nos da una visión de la generalización de esta problemática y que no depende de la situación económica de las personas, por ello es necesario darle la atención necesaria en cualquier estrato social.

El hecho que no se hayan detectado casos en todos los centros entrevistados, no descarta la posibilidad de que hayan existido y no lo notaron, como mencionó una de las personas entrevistadas: *“No me he dado cuenta, pero quizá sí porque se autolesionan en partes del cuerpo que están cubiertas y no se ve.”* (Entrevista No. 18, 2022)

Dentro de la información recabada se pudo establecer una serie de rasgos o características que pueden ayudar a detectar los casos de autolesiones, entre ellas están:

- Se aísla
- Es agresivo
- Callado
- Pública en las redes sociales temas relacionados a las autolesiones o las propias
- Nudillos rojos
- Cicatrices en brazos o piernas
- Moretones
- Uso de playeras de manga larga
- Falta de concentración en clase
- Falta de apetito
- Cambios en el estado de ánimo
- Bajo rendimiento escolar

Como se mencionó anteriormente, el entorno educativo presencial ofrece la oportunidad para la



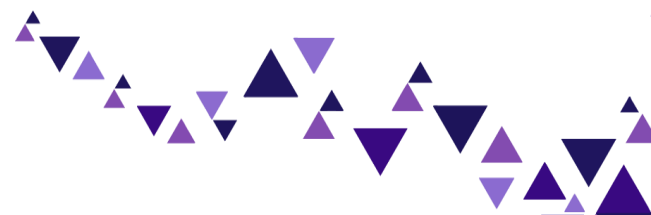
detección oportuna de casos de autolesiones como otros casos de violencia, por ello es imprescindible que las y los docentes conozcan sobre estas temáticas para reconocer los indicios de alerta.

Las ANS son un problema de salud pública, la cultura del silencio y la carencia de mecanismos de abordaje con enfoques humanizados hace que no se prioricen en el país. Existe un gran desconocimiento y estigma en relación el tema, carencia de datos estadísticos, todo lo anterior hace que mujeres y NNA carezcan de mecanismos de atención diferenciados y especializados.

Además, de tener claridad en los indicadores de alerta es necesario conocer y comprender las causas o factores de riesgo que pueden detonar este tipo de conductas autolesivas. Como resultado de las entrevistas realizadas a docentes y personal administrativo se identificaron los siguientes:

- Baja autoestima
- Mala comunicación con los padres
- Malas amistades
- Consumo de drogas
- Consumo de alcohol
- La música que escuchan
- Separación de padres
- Problemas familiares
- Problemas de pareja
- Desprecios entre pares
- Angustia por autodefinirse
- Retos en redes sociales y juegos
- Maltrato por parte de los padres de familia
- Ciberacoso
- Abandono
- Tristeza

Si se ve en el listado anterior, algunos de los puntos anotados son formas de autolesión, como por ejemplo el consumo de drogas, de alcohol, no son en sí la causa del problema, es otra forma de lastimarse, como se mencionó en el análisis realizado al personal de salud. Sin embargo, se

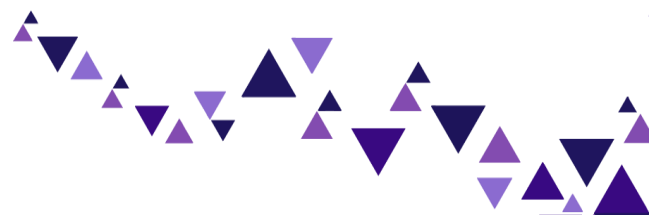


encontraron causas importantes como los problemas familiares, que fue una constante en seis de las entrevistas realizadas. Podemos notar que hay otros factores como el maltrato por parte de los padres de familia, la separación de los padres, abandono y la mala comunicación, que están muy ligados a la problemática familiar que enfrentan muchos niños, niñas, adolescentes y mujeres en general.

En este sentido es preocupante que la familia sea una de las mayores causas de las autolesiones, ya que como dice el artículo 42 de Constitución Política de Guatemala: “*La familia es el núcleo fundamental de la sociedad.*” (2002) Y como tal, debe ser el fundamento sobre el cual se desarrollen las personas de manera integral. En este sentido, la familia tendría que ser un factor de protección y garante del bienestar físico y mental de todos sus integrantes y no al contrario. Sin embargo, muchos de los problemas familiares se derivan del machismo y la violencia que afecta a muchas familias del país, y en la Costa Sur y Guatemala no son la excepción.

Ante esta realidad es necesario identificar factores de protección que permitan resguardar a las niñas, niños y adolescentes de esta problemática. Al respecto se detectaron varias acciones que pueden implementarse desde la escuela como formas alternativas de ayuda y apoyo a los y las estudiantes, por ejemplo: a) charlas de orientación sobre estos temas, b) talleres, c) formación a padres de familia, d) atención psicológica individual y grupal, e) aprovechar los períodos libres para realizar reflexiones cotidianas, f) buen control de los estudiantes, g) prácticas espirituales y oraciones, h) orientación psicológica, i) realizar deporte y actividades recreativas. Sin duda todas estas actividades le brindarán a la población estudiantil un entorno más favorable, donde pueda encontrar apoyo en caso de necesitarlo.

Lamentablemente la mayoría de las escuelas no cuentan con una orientadora y/o psicólogo/a que pueda brindar apoyo psicológico al estudiantado, en muchos de ellos, si se da el caso les sugieren que busquen apoyo profesional fuera de la institución educativa. Solamente el 30 % de los centros educativos entrevistados cuentan con una orientadora o departamento de orientación, en estos casos, el proceso que siguen en caso de alguna agresión, es remitir al estudiante con dicha persona. Luego, se informa a la familia del caso. En los centros educativos donde no hay orientadora, han establecido diversas rutas:



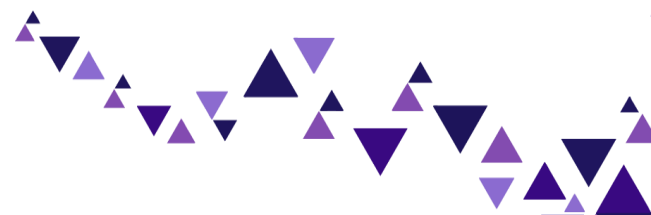
- Informar a la dirección o autoridades del centro para tomar una decisión.
- Hablar con el estudiante para indagar cómo está, por qué se lastima. Luego comunicar a los familiares de la situación y se recomienda la búsqueda de apoyo profesional con un psicólogo.
- Remitir al comité de disciplina para analizar qué hacer. Si es grave se denuncia a la PGN.

Como se puede apreciar, no hay mucha claridad del procedimiento a seguir, aprovechan las instancias que tienen a mano para tratar de resolver o bien de alertar a la familia, sin embargo, si la familia, como se mencionó en los factores de riesgo no es un lugar seguro, la derivación del caso debería de cambiar. Por ello se ve la necesidad de dar orientaciones más claras sobre los elementos a considerar previo a tomar una decisión y redireccionar el caso.

Todas las personas entrevistadas manifestaron su preocupación por la salud mental de sus estudiantes y estuvieron de acuerdo en su gran mayoría que es muy importante atenderla y la manera en la que la abordan es variada:

- Los establecimientos que cuentan con una orientadora, delegan en su persona esta responsabilidad, la cual realiza entrevistas con estudiantes, les brinda charlas de orientación sobre diversos temas, en algunos centros lo trabajan por grados y en otros por grupos en un salón de usos múltiples. Además, atiende los casos que le remiten.
- Los centros educativos que no cuentan con una persona para orientación, delegan en los maestros guías la responsabilidad de dar acompañamiento al grado que le corresponde, dándoles reflexiones sobre temas variados.
- Una de las instituciones mencionó que la encargada es la comisión de disciplina, que es la que se encarga de dar orientaciones al respecto.
- Otros dos centros indicaron que, aunque les parece muy importante, no se tiene acciones determinadas para este fin.
- Y una última escuela mencionó que abordan la salud mental a través de orientación religiosa.

Aunque hay una buena intención en los abordajes son muy generales y quizá se diluyan en el



quehacer estudiantil, por ello es necesario brindar algunas pautas que ayuden a planificar acciones periódicas y secuenciales que favorezcan la salud mental de las y los estudiantes.

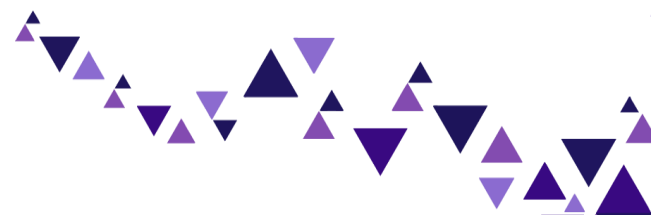
Estas acciones pueden partir de las mismas sugerencias que los docentes y personal administrativo realizaron como propuestas de mejora. A continuación, se incluye el listado:

- Organizar talleres sobre la temática.
- Charlas con especialistas en el tema.
- Buscar ayuda profesional fuera del establecimiento.
- Formación a los docentes sobre estos temas.
- Observar a los estudiantes para identificar cambios.
- Incluir estos temas dentro de los cursos de Ciencias Naturales o Emprendimiento.
- Nombrar una orientadora para el centro.
- Realizar actividades deportivas, sociales y culturales.
- Implementar la escuela de padres.
- Brindar formación en valores a los estudiantes.
- Crear un grupo de apoyo emocional dentro del centro educativo.

La implementación de escuela de padres fue una de las acciones que se repitió varias veces en las entrevistas, esto nos indica que es una necesidad sentida y es una puerta de oportunidad para organizar una formación secuencial desde la familia. Así como esta, hay otras acciones que podrían fortalecer un plan de prevención contra las conductas autolesivas y otras formas de violencia.

5.4. Experiencia y abordaje desde las encargadas de la Dirección Municipal de la Mujer – DMM– y Pedagogo de Gobernación

Se recopiló información con las encargadas de la Dirección Municipal de la Mujer de los departamentos priorizados: Guatemala, Escuintla, Retalhuleu y Suchitepéquez. A esta dependencia llegan muchos de casos de violencia, entre ellos, en Guatemala sí se han identificado casos de autolesión como lo mencionó la entrevistada: “Sí, dentro de los casos que hemos conocido ha habido algunos de autolesiones”. Estos se han derivado de la situación de violencia dentro de las familias. En los otros departamentos, solamente se conocieron casos fuera de la oficina, pero que no llegaron a ser denunciados directamente a la municipalidad. (Entrevista No. 28, 2022).

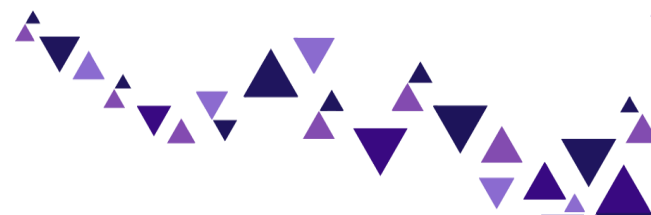


La entrevistada de la DMM de San Sebastián Retalhuleu manifestó: “Acá se ve mucho la venta del cuerpo de las niñas y también embarazos a temprana edad. Por la pobreza que hay y que muchas madres están solas, se van a trabajar y dejan solos a sus hijos.” Estas situaciones son factores de riesgo para que una persona se lesione. Por su parte el entrevistado del área pedagógica de Gobernación de Guatemala, confirmó que a la institución han llegado algunos casos de autolesiones “en casos de violencia contra la mujer, buscan como escape de salida manifestaciones auto físicas del ámbito privado. Los casos que más atiende la DMM de los departamentos de la Costa Sur son problemas de tipo familiar. (Entrevista No.3, 2022)

De los casos que han conocido, aunque no hayan sido denuncias directas, las encargadas y el entrevistado de Gobernación pudieron identificar los tipos de lesiones que son más comunes, entre ellas: a) cortes en la piel, b) rasguños, c) ingesta de sustancias tóxicas, d) quemaduras con cigarrillos, e) jalones de pelo, f) lesiones con agujas y g) golpes. Todas estas manifestaciones de auto agresiones consideran que han sido causadas por múltiples factores de riesgo, entre ellos: a) abuso sexual, b) acoso o bullying, c) baja autoestima, d) depresión, e) desintegración familiar, f) maltrato familiar, g) problemas familiares, h) víctimas de violencia, i) separación de los padres, j) problemas económicos y k) el fallecimiento de víctimas primarias (papá o mamá).

Otra causa son los juegos en las redes sociales, que les piden realizar acciones que pone a las y los jóvenes en riesgo, por ejemplo, el juego de la “Ballena azul”, o el “Free Fire”. Además de estos rasgos es necesario tener una visión más integral, como lo mencionó una de las entrevistadas: “podríamos observar su entorno social, el aislamiento que presentan en su entorno e ir asociándolo con la violencia que se suscita dentro de las familias.” (Entrevista No. 28, 2022).

Las DMM entrevistadas consideran que hay algunas características que pueden ayudar a identificar los casos de autoagresión, sobre todo en el caso de los adolescentes, grupo que se indicó más vulnerable a este tipo de conductas. Entre las mencionadas está: a) el cambio de comportamiento, b) las cicatrices en piernas y brazos (lugares más comunes para lastimarse), c) uso de ropa con manga larga, d) se ven deprimidos, e) suelen cargar objetos punzantes en sus mochilas, f) moretes,



g) se aísla, h) tiene ansiedad, i) mal humor o es agresivo. Por su parte el entrevistado de Gobernación, mencionó que se podría detectar algún caso de auto agresión a través de un peritaje forense y un examen toxicológico para determinar si se agrede.

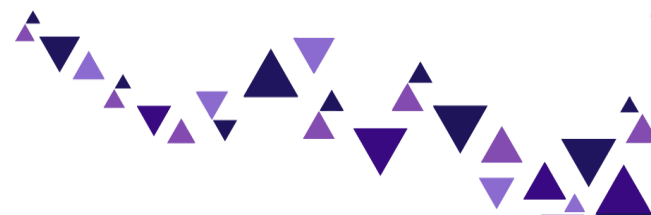
Por su parte las encargadas de las DMM entrevistadas hacen lo que pueden con los recursos que tienen para atender y derivar a las víctimas que llegan a las oficinas. Esto se debe a la función que tienen, como lo menciona una de las entrevistadas: *“Somos un ente coordinador, cuando el usuario acude a nuestra oficina, primero se les permite tomar el control y mantener la calma, que se desahogue. Luego, se deriva.”*(Entrevista No. 28, 2022)

Ninguna de las DMM entrevistadas cuenta con un psicólogo de planta que les colabore, algunas oficinas lo derivan al Centro de Salud y otras a otras instituciones. En el caso de DMM de Escuintla se apoyan de la CICAM, institución que brinda atención psicológica. En el caso de Suchitepéquez, han recibido mucho apoyo de la Fundación Sobrevivientes: *“Brindó ayuda psicológica a 40 mujeres y vimos que fue de mucha ayuda. Por ejemplo, una señora que era muy sumisa, ahora está totalmente renovada, es otra persona.”*

Por la naturaleza del trabajo, las acciones que pueden llevar a cabo son más de articulación institucional, en este sentido propusieron una serie de actividades que pueden favorecer la prevención de conductas autolesivas, entre ellas: a) crear programas de emprendimiento, b) dar capacitaciones, c) campañas de prevención y fortalecimiento de la salud mental, d) implementar más actividades culturales y recreativas que les interesen a las y los jóvenes. Además, una persona recomendó realizar diagnósticos educativos ya que la población más vulnerable se encuentra en las escuelas.

5.5. Experiencia y abordaje desde el equipo de psicólogas Fundación Sobrevivientes

De acuerdo a la entrevista realizada con la asesora del área de psicología de Fundación Sobrevivientes y grupos focales con el equipo de psicólogas que lo integran, la atención y abordaje de los casos los ha realizado tanto con terapia individual como grupal. La intervención la realizan a partir de los lineamientos y herramientas básicas que se encuentran en el Protocolo de Atención

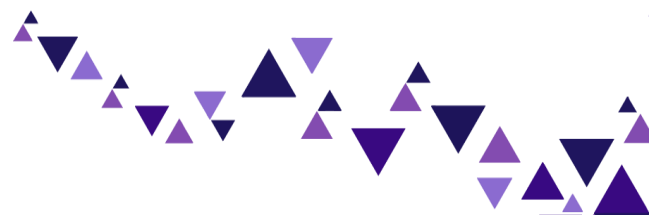


del área, el cual propone un camino para un abordaje psicosocial con perspectiva de género y de derechos humanos, combinado con los enfoques humanistas, psicodinámico, existencial y cognitivo conductual. (Entrevista No. 6, 2022).

El objetivo del abordaje, acompañamiento y seguimiento para estos casos y otros, es promover espacios de confianza, sostén, autenticidad, empatía, escucha y contención, que les ayude a las usuarias y usuarios, como les llaman, a retomar o reconfigurar su proyecto de vida, frente a la experiencia de silencio y dolor que ha provocado la violencia en sus distintas manifestaciones (Protocolo de Atención del Área de Psicología, 2021, p. 5).

De los casos que se han atendido en Fundación Sobrevivientes, los tipos de agresiones más frecuentes es el cutting, el arrancarse los cabellos (tricotilomanía), así como los cortes superficiales en partes del cuerpo, cortes en los brazos y piernas, cortes en los tobillos. De acuerdo a Villarroel, el cutting o también llamado self injury o risuka se refiere a los continuos cortes en la piel que algunas personas se realizan de manera intencional sin el propósito inmediato de atentar contra su vida, en muchas ocasiones estos cortes se convierten en adicción. Para algunos es un grito de ayuda ya que podría resultar peligroso si se subestiman las consecuencias que pudieran tener dichos cortes, pues al final de cuentas es un problema que hace referencia al control de los impulsos; en otras palabras, a la incapacidad para resistirse a actuar los pensamientos agresivos que aparecen de manera repetitiva y/o repentina. (Citado por Mancheno, 2018, p. 26).

En el caso de la tricotilomanía, se refiere a un trastorno dismórfico corporal que normalmente es provocado por una situación de dolor, tensión y ansiedad y que arrancándose el cabello provoca una sensación de placer. Según, el DSM-5, (312.39-F63.3), se caracteriza por arrancarse el propio cabello de manera recurrente, lo que produce pérdida de cabello. El hecho de arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo. Asimismo, la satisfacción de aliviar un dolor profundo emocional, haciéndose daño físico. Como lo menciona una usuaria en una de las sesiones de terapia grupal: *“usted no se imagina que rico se siente cuanto una se corta la piel, alivia todo lo que está adentro”* y/o *“arrancarse el cabello es quitarse un peso de dolor que estoy sintiendo por tanta violencia”* (Entrevista No. 6, 2022).



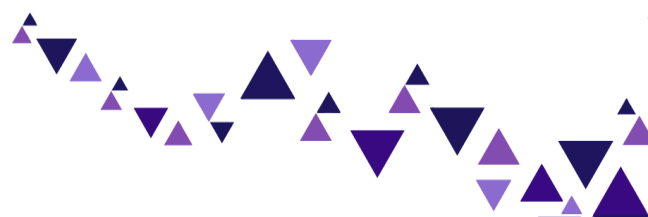
Según la información del grupo focal, las mujeres que se autolesionan han pasado por eventos violentos, tales como: violencia sexual, intrafamiliar, carecen de redes de apoyo, factores de vulnerabilidad, poca credibilidad de los hechos violentos que han sufrido, separación de los padres, abandono, pérdida de familiares o duelos no resueltos, En el caso de los niñas, niños y adolescentes se observó inestabilidad emocional, violencia de diferentes tipos e influencia de los pares, maltrato físico y psicológico por parte de los padres o personas cercanas. Dos de los casos analizados tienen relación con categorías protegidas como la orientación sexual y la identidad de género.

Para estos casos la intervención se ha realizado tomando en cuenta los lineamientos del protocolo y las rutas establecidas para atención, se hace una entrevista inicial y, a partir de la misma, se inicia con la planificación de la terapia de recuperación, la cual incluye un plan terapéutico donde se identifica la terapia más efectiva con un camino claro a seguir. (Entrevista No. 6, 2022).

Cabe mencionar también que dentro de este abordaje clínico es fundamental otros factores que ayudan a romper el silencio sobre las autolesiones, se trata de: observación y escucha activa de su relato, el reconocimiento de sus mecanismos de defensa y canalización de sus emociones, estableciendo una empatía positiva, logrando establecer un Rapport alto, escritura libre y la observación y diálogo libre. Estas acciones forman parte para establecer la confianza y la alianza terapéutica, la cual ha funcionado para un tratamiento adecuado en el marco de las autolesiones. (Grupo focal No. 4 y entrevista No. 6, 2022)

En relación con la idealización suicida en las mujeres, las participantes expresaron que en las mujeres sobrevivientes de violencia sexual y otros tipos de violencia que iniciaron el proceso terapéutico 7 de 10 expresaron haber tenido ideas suicidas. De 5 casos de suicidio y/o intento de suicidio el 2% ya había presentado autolesiones con anterioridad. Considerar e identificar las causas más comunes de una autoagresión es importante, ya que permite identificar los mecanismos para la prevención e intervención a tiempo.

Con el afán de fortalecer este estudio, se realizó un análisis de 6 casos que fueron atendidos en el área de psicología de Fundación Sobrevivientes. Los mismos fueron abordados y atendidos desde

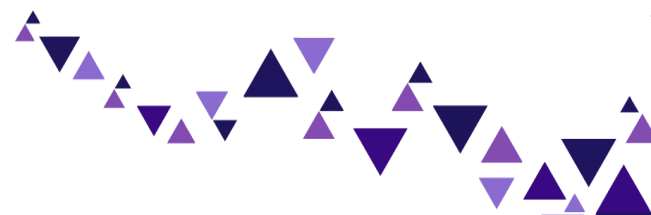


un enfoque multidisciplinario, se contó con las profesionales de Psicología y jurídico. Es importante entender que la cultura del silencio en el manejo del dolor emocional puede llevar a varias formas de autolesiones, sin embargo, las ANS que están presente en los siguientes seis casos es el cutting y cortes en brazos y piernas. Estos casos se registraron en los años del 2017 al 2021. (El análisis se encuentra en la sección de anexo No. 2).

En los casos que se han atendido se presentan múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo ello sin importar la edad y ubicación geográfica, la mayoría de las mujeres no consultan por el tema de las autolesiones sino por factores de eventos violentos. Las autolesiones tienen su diagnóstico específico que a veces no es tomado en cuenta y se analiza como un síntoma de un trastorno. Alguno de los casos se registró en un periodo significativo que marca un aumento de violencia en contra de las mujeres por causas del Covid19 el quedarse en casas significaba para las mujeres estar conviviendo con su agresor las 24 horas por 7 días. Los factores de riesgos aumentaron significativamente y la respuesta institucional de seguridad y justicia en pro de los derechos de las mujeres, demoro en tener una respuesta ante esta crisis.

En la mayoría de los casos el agresor sexual fue alguien conocido y en 3 de los casos fue parte de la estructura familiar era el padre, padrastro o abuelo. 2 de los casos las ANS subieron de nivel y se presentan intentos de suicidio y por lo cual fueron remitidos a atención psiquiátrica. En general estos casos por el tipo de violencia generada su manifestación se vincula a las autolesiones no suicidas como un mecanismo de abordaje del estrés post traumático.

Dentro de las recomendaciones que se sugieren desde el área de psicología están aquellas que tienen que ver con establecer mecanismos de prevención y atención primaria para el abordaje de autolesiones no suicidas en mujeres, adolescentes y niñas como parte de la estrategia de abordar la violencia de género, así como contar con protocolos o guías, que permitan los lineamientos, mecanismos y rutas para una intervención integral, psicosocial, con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.

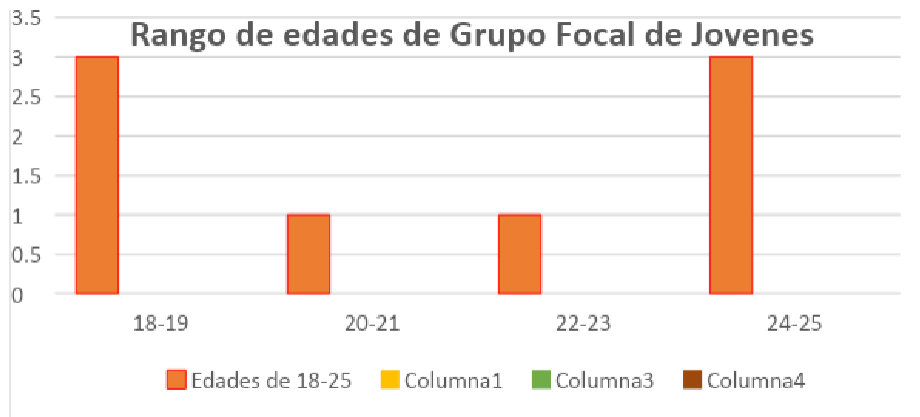


5.6. Experiencia y abordaje desde lo que dicen los y las adolescentes (grupo focal No. 1)

En el grupo focal de adolescentes participaron 7 mujeres y un varón joven. La participación fue de los 4 departamentos y de distintas organizaciones que trabajan con el tema de la violencia contra las mujeres, entre las que se encuentran: Vencedores, APEVIHS, Red JOROLI, SERCATE, Asociación Luna y CPR en la costa Sur y Alianza con Dios.

Figura 5:

Edades de los jóvenes perteneciente al grupo focal.



El grupo conceptualiza la violencia como: *“las agresiones físicas y psicológicas que son ejercidas por otras personas y que van dirigida especialmente hacia las mujeres”*. Refirieron que han sido víctimas de estos dos tipos de violencia, en su mayoría dentro de la familia. Y, sobre las autoagresiones SI las identifican y dicen que son: *“agresiones físicas y psicológicas, derivado de traumas, utilizando esto como un método de desahogo y olvidar así lo que están viviendo. El dolor llega a ser como un alivio de las circunstancias que están viviendo. Es Dañar físicamente tu propio cuerpo directa o indirectamente”* (Grupo focal No. 1, 2022).

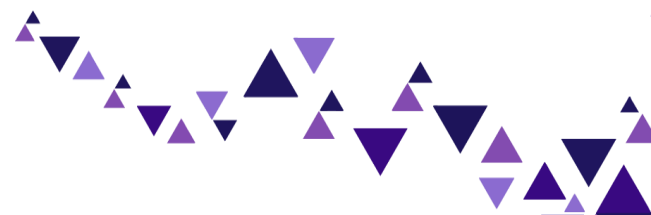


Figura 6:

Gráfico de los casos de autolesiones presentados en el grupo focal de jóvenes.



De acuerdo al gráfico, el 62% dicen que, SÍ se ha hecho daño, incluyendo al varón y, 38% manifiestan que NO. Dentro de las respuestas y reacciones del grupo, se observó quienes negaron hacerse daño, dudaron al dar la respuesta. Se percibió el miedo y la vergüenza de hablar frente a sus demás compañeras y compañero de las cargas emocionales y de las causas que lo provocan, más si se trata de la familia, como bien lo mencionaba una de ellas: *“en las comunidades todos se enteran y después lo ven raro, dicen que estás loca”*. (Grupo focal No. 1, 2022).

Se preguntó sobre la frecuencia y señalan que lo han hecho cuando necesitan el desahogo para olvidar algo que está doliendo emocionalmente, como lo describe el varón: *“en el pasado lo hice como 5 veces en dos años”*, en otros casos, no fueron tan continuas, solamente para poder olvidar.

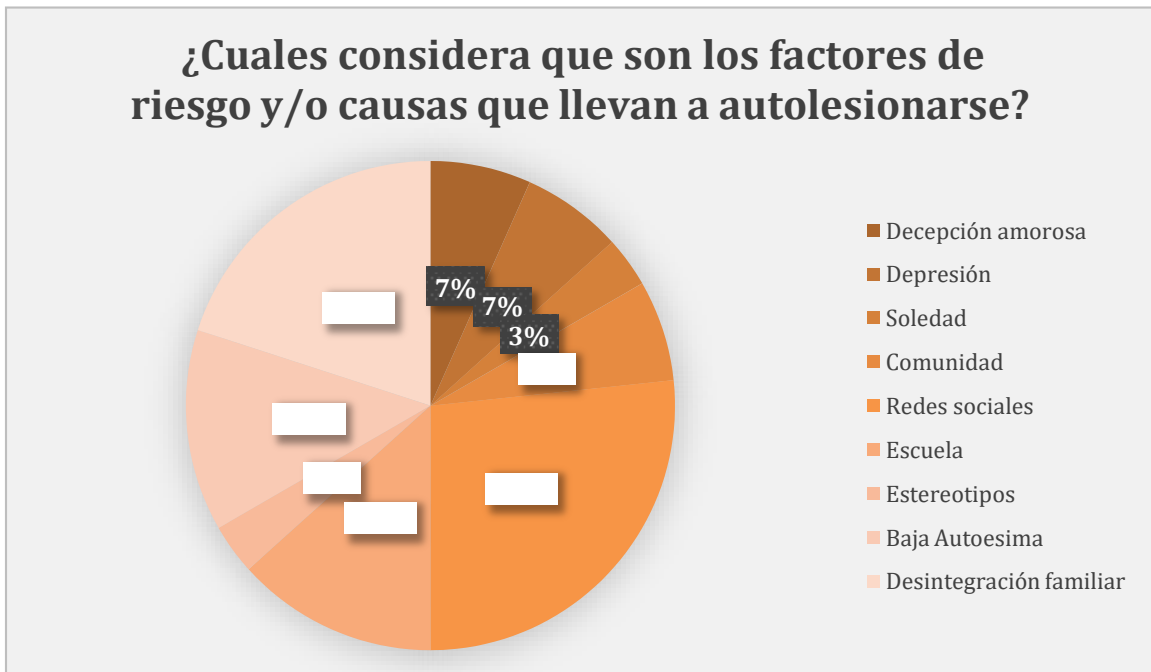
Sobre los objetos que utilizaron para auto agredirse están: los corto punzantes (cuchillos, alambres, gillet, las uñas, entre otros), además compartieron sobre otros objetos que se vinculan a causar moretones en la piel, como lo son un pedazo de madera, un palo, entre otros.

Las clases de autolesiones que se han hecho son con más frecuencia el cutting, lesiones con agujas en ambos senos, rasgarse la piel con las uñas, y los cortes de la piel con alambre (brazos y piernas), también mencionaron de casos que han conocido que la conducta está dirigida a las quemaduras con cigarro o con otros objetos calientes que son utilizados en la costa sur para la cocina (ceniza caliente).

Las entrevistadas/os identificaron varias causas o factores de riesgo que las han llevado a autolesionarse. De acuerdo al gráfico, el 27% dicen que la influencia de las redes sociales es determinante para que las chicas y chicos se hagan daños, tanto física como psicológicamente. Seguido está con el 20% la respuesta que se refiere a que los jóvenes están solos, carecen de redes de apoyo, no solo a nivel familiar, sino a nivel de sociedad, de amigos. Las historias de abandono físico, emocional y afectivo, generan en las personas una autoestima negativa, desconfianza e inseguridad, suelen sentirse indefensos, sin mecanismos y habilidad que les protejan. (Entrevista No. 6, 2022)

Figura 7:

Factores de riesgo que reconocen los jóvenes.



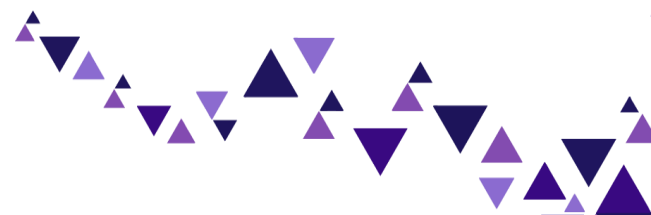
El grupo entrevistado refería que las redes sociales han influido tanto en los estereotipos de hombres y mujeres y en la mayoría de casos buscan compararse con una mujer o hombre ideal, especialmente a nivel físico, pero si no funciona provoca alteraciones en la imagen de sí mismo, llevando a despreciar y marcar su cuerpo, así lo dice una de ellas: *“Las redes sociales causan bullying, un trauma porque queremos ser igual a las personas que se muestran ahí, con cuerpos bonitos y caras bonitas”* (Grupo Focal No. 1, 2022)

Dentro de las secuelas que dejan este tipo de conductas, él y las entrevistadas identificaron las siguientes: a) a nivel físico: cicatrices y marcas en el cuerpo y quemaduras; b) a nivel psicológica: malos recuerdos, traumas, vergüenza, miedo de conocer a otras personas, inseguridad, pesadillas, timidez, temor, ansiedad y depresión. Estas secuelas coinciden con las que identificaron los profesionales de la salud mental y los docentes entrevistados.

Se les pregunto sobre qué tipo de ayuda han recibido y la mayoría de ellas respondieron que no han buscado ayuda. Dos de ellas y el varón entrevistado si recibieron un acompañamiento a nivel psicológico. Señalan que no terminaron el tratamiento, debido a factores económicos, ya que en su comunidad se carece de profesionales especializados que brinden el apoyo psicológico de forma gratuita, les toco que pagar las consultas y sesiones. Sin embargo, dos de ellas manifiestan que recibieron apoyo familiar y una de ellas optó por una actividad artística como reguladora de los procesos de ansiedad, depresión y agresividad que sentía en los momentos que recordaba el hecho doloroso.

Como parte de las recomendaciones que los jóvenes proponen están aquellas que tienen que ver con una atención psicológica especializada. Considera que ir a un psicólogo o psicóloga, previene que este tipo de conductas disminuye el riesgo de lastimarse y de pensar en quitarse la vida. Otras de las sugerencias que proponen son:

- Talleres de prevención sobre las autoagresiones.
- Motivar por medio de lo religioso y la fe.
- Motivar para perder el miedo y romper el silencio.
- Aprovechar las redes sociales e informar sobre las causas y secuelas de las autolesiones en



los chicos y chicas.

- Buscar espacios de meditación.

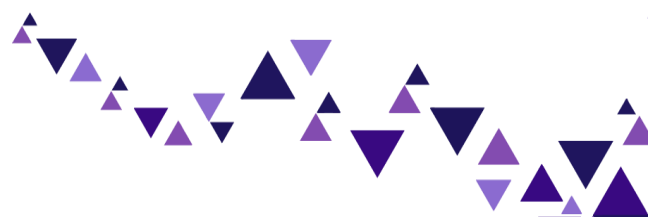
5.7. Experiencia y abordaje desde lo que dicen las mujeres adultas (Grupo focal No. 2)

La participación fue de 5 mujeres adultas. Dentro de las organizaciones que integraron el grupo están: ADEHGUA, Asociación Luciérnagas, Foro de la Mujer y CREAM. Sobre la opinión de la violencia, el grupo manifestó que se refiere a: formas de machismo, normalmente sucede cuando un hombre, la pareja o el cónyuge le pega a su mujer. Las entrevistadas identifican 4 clases de violencia: a) la psicológica, b) la física; c) la económica y d) la agresión sexual. Una de ellas dice: *“en el matrimonio existe también ese tipo de violencia sexual, manipulan a las mujeres a tener relaciones sexuales, pero muchas mujeres consideran que eso es normal”*. (Grupo Focal No. 2, 2022).

Sobre el concepto de autoagresiones, las entrevistadas dicen que se refiere a las agresiones verbales, psicológicas y físicas que afectan o lastiman el cuerpo de una persona, así mismo, opinan que es buscar una salida a los problemas que se tienen.

Figura 8:

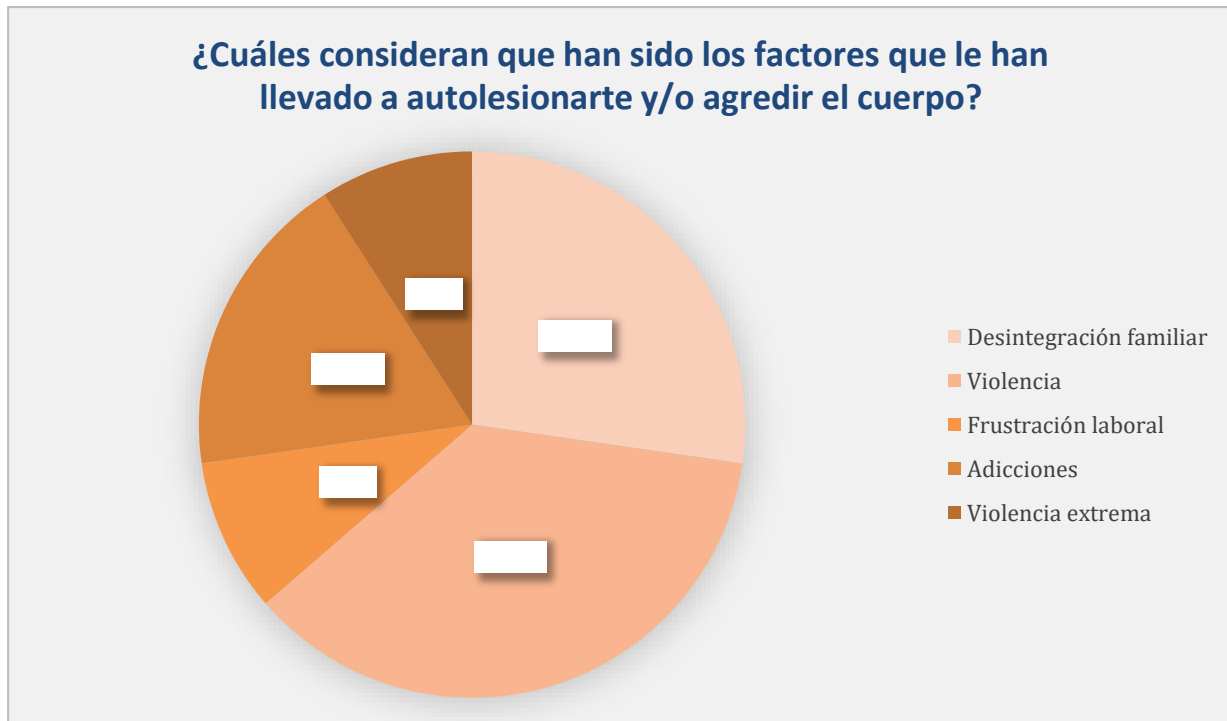
Casos de autolesiones presentados en el grupo focal de mujeres adultas.



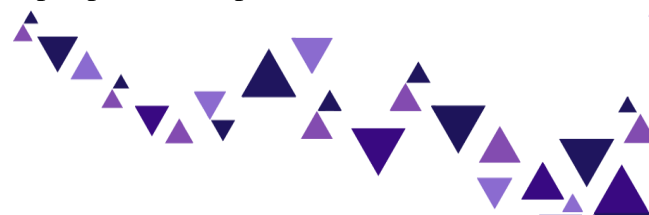
De acuerdo a la gráfica, el 80% manifiestan que NO han atentado contra su cuerpo tanto física como psicológicamente y, solamente una persona, que representa el 20%, dice que, SI lo ha hecho, provocándose heridas cortas en ambos brazos; sin embargo, también intentó quitarse la vida, cortándose las venas. Las entrevistadas compartieron de casos de jóvenes que conocen con este tipo de conductas, donde se han cortado la piel, intoxicado con la pastilla para curar el maíz, que causa la muerte. Uno de ellas expresa: *“los jóvenes de hoy buscan esas salidas, porque no tienen apoyo de los padres y quieren llamar la atención”*. Sin embargo, las entrevistadas están conscientes que no se trata de llamar la atención, es un problema que está pasando en las comunidades y que debe de abordarse las causas que provocan que muchos de los adolescentes y jóvenes se provoquen auto lastimarse.

Figura 9:

Factores de riesgo reconocidos por las mujeres adultas.



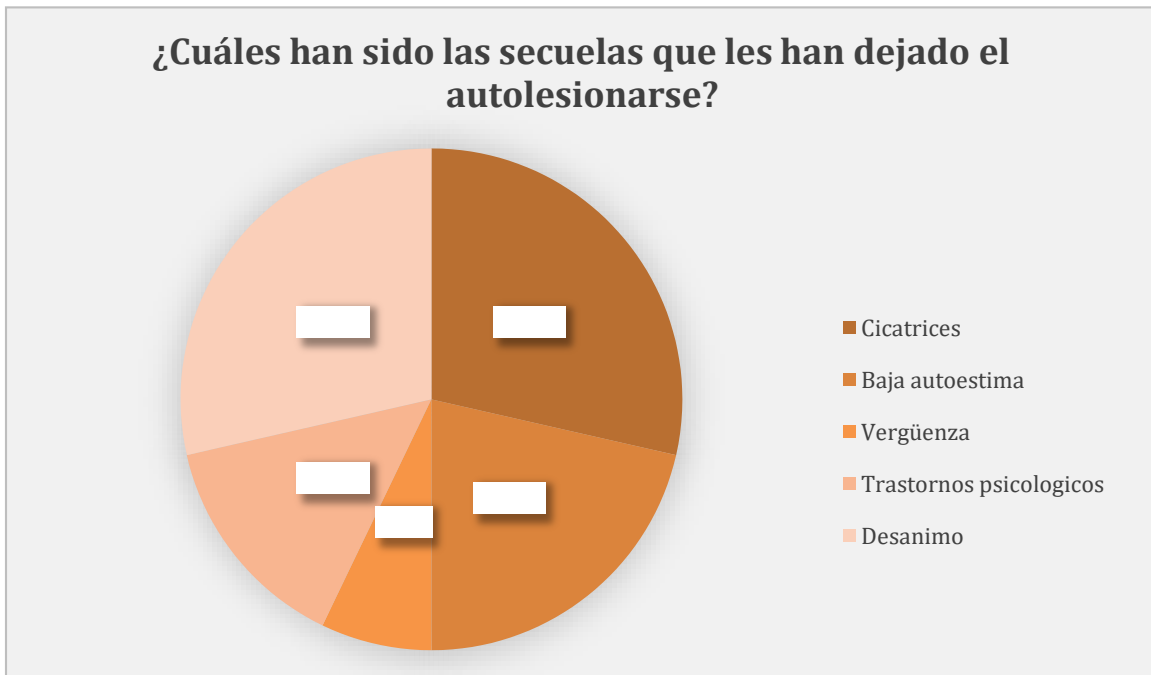
La persona entrevistada que si se ha agredido, identifica que la principal causa que le llevó fue la violencia extrema que sufrió dentro de la familia, especialmente por parte de su padre. Además,



señalan que otra de las causas es la violencia que hoy en día se vive, la desintegración familiar, el poco apoyo de la familia, las adicciones y por último ven el desempleo y la frustración para conseguir un espacio laboral, les lleva a deprimirse, no encontrar salidas y/o los mecanismo de cómo afrontar tanta frustración y dolor.

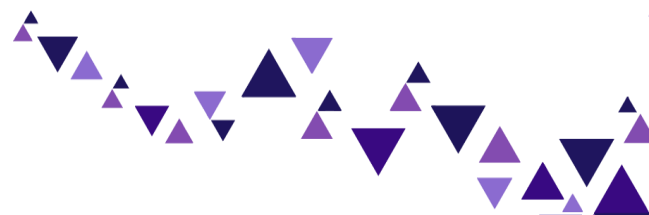
Figura 7:

Secuelas que han dejado las autolesiones, reconocidas por el grupo focal de mujeres adultas.



Cuando se les preguntó sobre las secuelas que deja este tipo de conductas, identificaron tanto físicas como psicológicas y, con el 29% se encuentran las cicatrices que deja en el cuerpo, el desánimo que manifiestan los chicos y chicas, que puede llegar a una depresión severa. Con el 21% se encuentra la baja autoestima, el 14% los trastornos psicológicos y en muchos casos la vergüenza. Una de ellas manifestaba: *los jóvenes no saben qué hacer cuando presentan este tipo de situación, sienten miedo, rebeldía, ansiedad y en algunos casos se salen de la escuela.*

En cuanto a preguntar sobre si han buscado ayuda. Responden las entrevistadas, de acuerdo a su experiencia muchos de los jóvenes especialmente las mujeres, buscan apoyo en los grupos sociales y alternativas diferentes como el realizar deporte o actividades artísticas, ya que en el interior del país el apoyo psicológico es muy limitado, en la mayoría de casos no se cuentan con los recursos

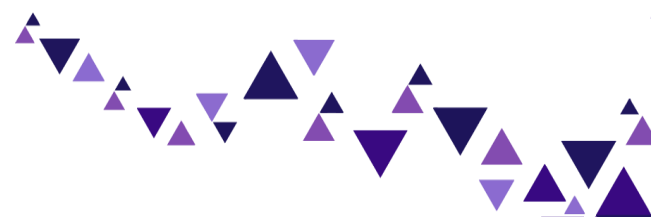


para buscarlo.

Además, en las comunidades aún se manejan mitos sobre el apoyo psicológico y se desconoce del tema por lo tanto se carece de mecanismos de cómo abordarlo. A veces una mínima cantidad de jóvenes acude a los centros de salud, donde el tratamiento adecuado es la terapia psicológica y lo orientan a la religión enlazada a Dios, pero la intervención que realizan es médica y no psicológica. Por ejemplo, la Organización de sociedad civil de ADEHGUA ha brindado atención a la víctimas, a través de un acompañamiento en sanación.

Dentro de las recomendaciones o sugerencias que proponen en este proceso las entrevistas, coinciden que es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Mayor supervisión de parte de los padres de familia y buscar apoyo.
- A través de la psicología capacitar o realizar un proyecto de capacitación a maestros y padres de familia.
- Atender este problema en las escuelas, a veces un solo maestro tiene a cargo muchos estudiantes y no puede identificar cuando está sucediendo un caso con conductas de autoagresión.
- Proceso de formación sobre el tema para las comunidades o las personas que trabajan en el área de salud.
- Elaboración de guías acompañadas de un manual para maestros especialmente en el área rural por falta de educación, dotando a los maestros con herramientas ante estas situaciones y, es importante que estas guías contengan la siguiente información: ¿Cómo abordar e identificar problemas de desintegración familiar y violencia?, ¿Cómo debe ser su actitud?, ¿En dónde buscar ayuda?, ¿Qué pasos seguir para realizar la guía?, ¿Cómo tratar a una persona que se auto agrede?
- Videos informativos en YouTube.
- Publicidad en redes sociales sobre el tema, ya que las redes juegan un papel fundamental para informar, pero también para destruir a una persona.



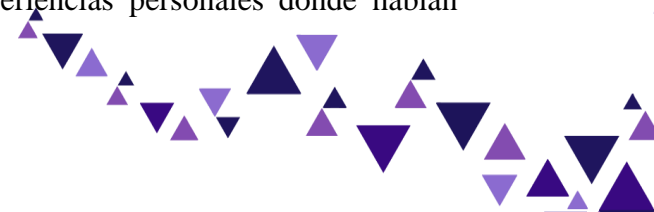
5.8. Experiencia y abordaje desde lo que dicen los facilitadores de AECID y UNICEF (Grupo focal No.3)

El grupo focal de facilitadores estuvo compuesto por 8 personas, 5 facilitadoras, 2 facilitadores y 1 gestora, con representación de dos personas por cada departamento priorizado. Las facilitadoras de Escuintla representaban también a UNICEF y el resto del grupo a AECID.

El grupo de facilitadores coincidió en que las autolesiones son toda clase de daño que una persona se auto infringe, cómo decían *“las autolesiones son daños físicos y psicológicos que le hace uno a su cuerpo y a su mente. Desvaloriza lo que pasa con su cuerpo. Está más enmarcado en adolescentes, la edad comprendida de 14 y 18 años.”*(Grupo focal No.3, 2022)

En su rol de facilitadores no han tenido el conocimiento directo de un caso de autolesiones, sin embargo, la experiencia de vida y laboral que han tenido, les ha permitido, a varios de ellos, tener contacto directo con personas que se autolesionaron. Uno de los casos que comentaron, fue el que se tuvo en la casa hogar en Mazatenango que ahora ya no existe, pero en su momento albergó a niñas en situación de riesgo por causas de violencia. La facilitadora que trabajó como docente en esa casa relató brevemente su experiencia: *“Las niñas llegaban por situaciones de violencia sexual, maltrato y un montón de problemas... Al llegar allí eran mal influenciadas o ellas mismas se auto agredían. Yo estaba allí como docente, yo conocía cómo estaban ellas y podía notar en su personalidad al estar conmigo. También me enteré por la comunicación que tenían conmigo otras compañeras. No podemos decir que no se identifica, porque sí se nota, las mismas niñas nos avisaban cuando había una niña en el baño contándose. Llegaron a hacerse cortes algo profundos, era complicado ver esas situaciones. Otras veces una se cortaba una a la otra. Pero siempre surgía por lo que les había pasado. Me decían que no sentían tranquilidad y cuando recordaban lo que les pasó, la manera de sanar esa herida era a través de los cortes que se hacían...Hubo varias niñas que se auto agredían. Otro caso que relataron fue el del refugio de la niñez Lazos de amor que albergó a las niñas rescatadas de la tragedia del 8 de marzo. En este lugar también *“había varias chicas que se cortaban su cuerpo, ellas decían que era para liberarse, para no regresar a las calles, o para no drogarse.”* (Grupo focal No. 3)*

Además, de los casos anteriores se compartieron tres experiencias personales donde habían



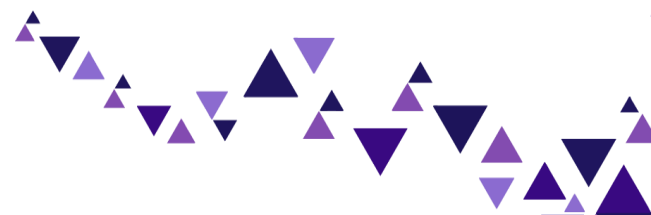
conocido, en época de estudio, a alguna compañera que se autolesionaba, un caso era porque no era heterosexual, sino lesbiana y esto le causó mucho conflicto familiar y social. El otro caso era el de una joven que se lastimaba cada vez que su novio quería dejarla. La tercera experiencia era en relación a dos casos: el primero estaba relacionado con autolesiones por motivos religiosos, la persona pensaba que a través de lastimarse a sí mismo le agradaba más a Dios, el dolor se lo ofrecía a Él. El segundo caso era el de una señorita que le habían roto el corazón y se había dibujado un corazón en el brazo y se lo lastimaba una y otra vez.

Los demás facilitadores no tenían conocimiento cercano de ningún caso debido a *“trabajamos con jóvenes y padres de familia, pero no es tanto el acercamiento que tenemos para poder identificar esas situaciones... estamos trabajando con docentes, y reconocemos que ellos son los que conocen.* Esto se confirma con los datos recopilados en los centros educativos, donde se encontraron algunos casos de autolesión.

El grupo compartió los tipos de autolesiones que conocían eran los cortes en la piel con forma de rayas, o bien con iniciales, corazones o un nombre utilizando gillets o agujas. También, a través de golpes, jalones de pelo, diciéndole que son burros o palabras que las denigran. También se mencionó que en la Costa Sur es común que jovencitas tomen la pastilla para curar el maíz para quitarse la vida.

Dentro de los factores de riesgo identificados, están los problemas familiares, el bullying, problemas de pareja, la pérdida de algún familiar, decepciones amorosas, la propia inestabilidad emocional de la adolescencia, la baja autoestima, la violencia sexual y el acoso.

El grupo de facilitadores analizó que para prevenir este tipo de factores de riesgo es necesario que los padres de familia se involucren más con sus hijos e hijas. *“Es importante que los padres de familia se involucren emocionalmente con sus hijas, para que sepan qué les está pasando, que no solo se preocupen de la parte económica, sino que sepan cómo van en la escuela, cuál es la relación que mantienen con sus compañeros, desde la casa, prevenir y detectar estas situaciones en los adolescentes a tiempo.”* (Grupo focal No. 3, 2022).



Además de la familia, también mencionaron la reactivación de las escuelas de padres en los centros educativos, ya que muchas escuelas ya no lo tienen. Este es un espacio que se puede aprovechar para formar y alertar sobre diversas situaciones. Otra opción es aprovechar el espacio del Centro de Salud, *“se podría aprovechar para que la educadora aborde el tema de autolesiones, ya que no se ha divulgado o no hay muchos estudios. Los padres de familia de niñas y adolescentes, no saben al respecto.”* (Grupo focal No. 3, 2022)

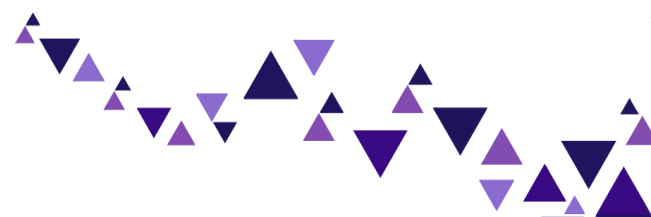
Las redes sociales han sido identificadas como factor de riesgo, sin embargo, en el grupo focal de facilitadores, se propuso usar las plataformas como Tik Tok, publicando acciones positivas. También se sugirió el uso de las guías para padres de UNICEF para la formación de padres de familia. Dentro de las actividades que podrían realizar para prevenir y mejorar el trabajo sugirieron realizar actividades como rallies y charlas sobre la autoestima.

5.9. Experiencia y abordaje desde la Comunidad LGTBIQ+

Dentro de este proceso de investigación se entrevistó a tres integrantes de la comunidad LGTBIQ+, quienes se identificaron como gays, transgénero femenino. Las organizaciones que participaron son; Casa de colores en Retalhuleu, CREAR en Escuintla y de forma independiente y voluntaria una persona del departamento de Guatemala. Sobre el concepto de violencia, lo conceptualizan como: *“todo acto que dañe, lastime a una persona, tanto física como emocionalmente”*. Identifican tres manifestaciones de la violencia: física, psicológica y sexual.

Partiendo de las entrevistas y del contexto, el tema de la discriminación y vulnerabilidad es evidente en la comunidad LGTBIQ+, volviéndose mucho más sensibles a situaciones de riesgo como lo son las autoagresiones. Los entrevistados y entrevistada refieren que las autoagresiones son: *“lastimarse a uno mismo algunas partes o todo el cuerpo”*. Refieren también que cuando se está deprimida se llega a causar daño a sí mismas/os, ya que es una forma de cambiar el dolor por otro.

De los tres casos conocidos, dos de ellos se han provocado cortes en los brazos que fueron heridas cortas. Uno de ellos subraya que no lo ha hecho. La frecuencia con que lo han realizado es:

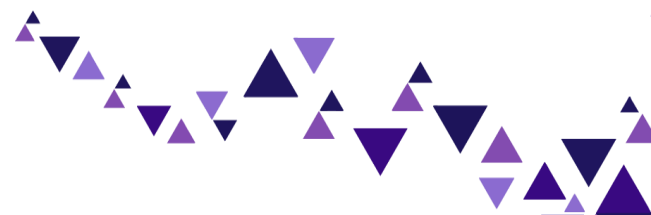


“solamente una vez... 5 veces en dos años”. Sin embargo, uno de ellos manifiesta que inicio con cortes en la piel, luego ideas de suicidio e intento cortarse las venas, la intención fue quitarse la vida, debido a la depresión severa de esos momentos, así como manifiesta: *“fue un trastorno o un trauma pasajero”*.

Los factores de riesgos que identificaron, tienen que ver con: a) explotación sexual, b) maltrato físico y psicológica por parte de familiares, especialmente de los padres, c) maltrato por parte de terceras personas, d) estados de depresión y ansiedad, e) la discriminación y estigma y f) el escaso apoyo que reciben. Por ejemplo, dentro de este proceso compartía el siguiente testimonio: *“me hice daño a causa de la violencia que sufrí dentro de casa, especialmente de mi padre”*.

Cabe señalar que la violencia que sufren la comunidad LGTBIQ+, adquiere diferentes formas, según un estudio realizado por Visibles, señala que las tres formas tienen que ver con: violencia directa, estructural y simbólica-cultural. De acuerdo a esta tipificación, la violencia directa es aquella cuyos efectos son visibles, se detecta quien es víctima y victimario y usualmente puede observarse en la comisión de delitos. Por su parte, la violencia estructural es la que se encuentra dentro de los sistemas sociales como la cultura, identidades colectivas, diseños institucionales y de políticas públicas— que producen algún daño a la satisfacción de los derechos básicos. Y, en tercer lugar, encontramos la violencia simbólica-cultural, que son discursos y normas impuestas para regular la forma de relacionarse en una sociedad, y que contribuye a legitimar o deslegitimar las prácticas sociales. Estas últimas dos no son visibles. Por tanto, la violencia simbólica legitima la violencia directa y estructural proveyendo un marco desde el cual se naturaliza o normaliza una forma de comportamiento, haciéndolas pasar como necesarias en la educación o transmitiéndolas a través de la religión, la ideología, el arte, el lenguaje, la ciencia empírica y la ciencia. (Galtung, citado por Duarte, 2020)

Siguiendo con el análisis de las entrevistas, mencionaban que las secuelas que las autolesiones les han dejado son muchas y están relacionadas con: depresión, ansiedad, trauma pasajero, moretones, cicatrices e intentos de suicidio. Las anteriores son similares con las descritas tanto por los profesionales de la salud mental como por los docentes y otros actores entrevistados. Cabe mencionar que, para compartir esta respuesta, solamente dos de los entrevistados manifestaron su

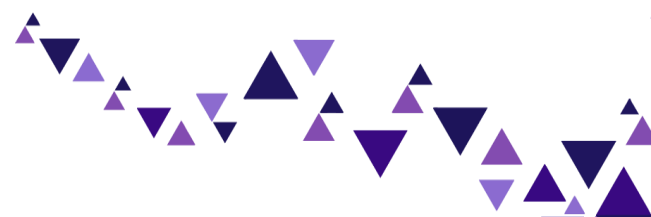


punto de vista.

De los tres entrevistados/as, solamente uno de ellos buscó apoyo para poder dejar las autolesiones y cambiar sus acciones, a través de terapia psicológica. La persona transgénero compartió que el apoyo por parte de la madre fue clave para dejar esta conducta que solamente le hizo daño, refiere: *“solo mi madre me ayudó”*.

Dentro de las recomendaciones que comparten están las siguientes:

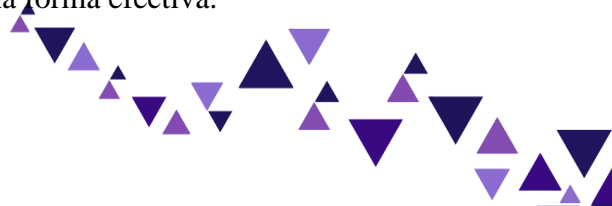
- Integrar grupos de autoayuda y terapia individual, así como espacios amigables, libres de estigma y discriminación.
- Realizar talleres de autoestima a grupos claves y de sanación
- Realizar sesiones de salud mental dirigido a jóvenes en riesgo
- Talleres de concientización y sensibilización sobre el tema de las autoagresiones.



VI. HALLAZGOS

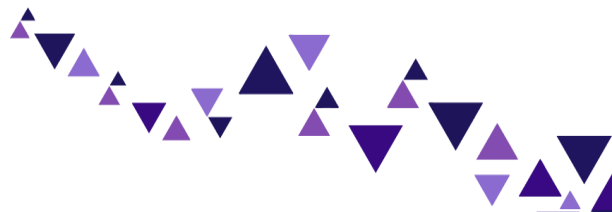
Dentro de los hallazgos encontrados en esta investigación están los siguientes:

- ✓ La disfuncionalidad familiar y el poco apoyo, está estrechamente vinculado a las autolesiones no suicidas, ya que es una de las principales causas y motivaciones de parte de los adolescentes y jóvenes para autolesionarse. La familia debería de ser la primera línea de protección, sin embargo, es quien más daño puede causar, provocando sentimientos y pensamientos negativos hacia sí mismos/as, según los entrevistados y entrevistadas.
- ✓ La poca capacidad con que cuentan los adolescentes y jóvenes en la autorregulación de sus emociones y el sentido a la crisis existencial, que provocan recurrentes pensamientos irracionales negativos hasta llegar a lesionarse a sí mismos y/o pensar en el quitarse la vida.
- ✓ La mayoría de los casos de autolesiones identificados en los centros educativos entrevistados juega un papel fundamental la comunicación que el docente ha tenido con los padres de las víctimas. Los adolescentes tienden a confiar en sus amistados o grupo y es a ellos a quienes les cuentan sus problemas. Y en muchas ocasiones los consejos y apoyo que un compañero le pueda brindar a la víctima no siempre es el mejor. Por ello es importante desarrollar una relación de confianza entre estudiantes y docentes.
- ✓ Las escuelas se convierten en puntos y/o espacios clave para la prevención de conductas autolesivas. Los docentes son personas que pasan más tiempo con los estudiantes, lo que permite desarrollar una confianza, que favorece la oportunidad de compartir con ellos y conocer sus intereses, necesidades, problemas y situaciones en las que requieren de un apoyo o una atención.
- ✓ El desconocimiento del tema en el ámbito de la médica, salud mental y en el área educativa, repercute, en primer lugar, no saber qué hacer cuando se presentan casos de este tipo y en segundo carecer de herramientas y mecanismos dentro del marco de un protocolo y/o guías para intervenir y dar seguimiento de una forma efectiva.



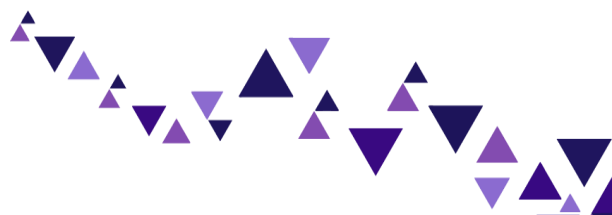
VII. CONCLUSIONES

- Es un riesgo ser mujer, niña y adolescente en los departamentos de Guatemala, Escuintla, Retalhuleu y Suchitepéquez en contextos de altos índices de violencia de género y violencia contra la mujer, sin programas de detección, prevención, atención y abordaje de los casos con conductas de autoagresión no suicida. (ANS).
- La falta de priorización en la salud mental social y comunitaria agudiza la problemática y el silencio se convierte en la primera opción de las víctimas. La falta de protocolos de detección, prevención y atención no permite establecer atenciones diferenciadas y especializadas.
- La intervención de los profesionales de salud médica, mental y psiquiátrica, debe estar orientada con un enfoque integral. Significa una combinación de las ciencias: Humanista y Cognitivo-conducta, con enfoque de género, derechos humanos, inclusivo, que busque principalmente desnaturalizar, comprender e identificar las vías alternas para abordar el tema de las autolesiones no suicidas.
- De los grupos entrevistados (médicos, psiquiatras, pediatras, psicólogas/os, docentes, trabajadores sociales, facilitadores, adolescentes, jóvenes, mujeres adultas y comunidad LGTBIQ+ y personal de instituciones que apoyan a NNA y mujeres víctimas de violencia y DMM, se encontró una constante en la identificación de las características de las personas que padecen de conductas autolesivas, referido a los cortes y cicatrices en brazo, piernas, moretones, y el uso de ropa de manga larga, así como evitan actividades deportivas y artísticas donde exponen partes del cuerpo que han sido lesionadas
- Todos los entrevistados identificaron como casusas detonantes de conductas auto agresivas las siguientes: a) los problemas familiares, b) el escaso apoyo de los padres, c) la violencia sexual, d) el abuso de sustancias, e) la discriminación y f) la violencia intrafamiliar. Además, también identificaron factores emocionales que tienen que ver con la baja autoestima y el manejo de las emociones, sobre todo en la población de



mujeres adolescentes.

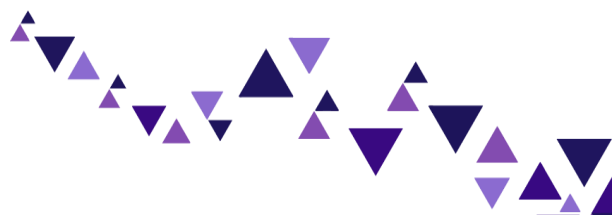
- De acuerdo a los profesionales y otros actores entrevistados la edad promedio donde es más frecuente las autolesiones están entre los 14-25 años de edad. Asimismo, identifican que son las mujeres adolescentes las que más se autolesionan en comparación con los hombres.
- Los cortes y cicatrices para muchos chicas y chicos funcionan como marcas simbólicas de un sufrimiento emocional fuerte, ocasionados por pensamientos y sentimientos irracionales negativos, derivados de los conflictos familiares y la violencia a las que son expuestos. Las autolesiones no suicidas (ANS) son un factor de riesgo que puede llevar a la persona a atentar contra su propia vida.
- Para la elaboración de las 4 guías (abordaje clínico y preventivo) que se describen en esta consultoría, es importante tomar en cuenta los motivos, causas, factores de riesgo identificados, así como los ciclos y/o niveles que pasa una persona con prácticas autolesivas, ya que la disfuncionalidad y el manejo pobre de las emociones, sentimientos, pensamientos provoca estados de incapacidad para enfrentar la realidad.
- La “invisibilización” sobre el abordaje de las autolesiones no suicidas, resulta complejo y se evidencia la emergencia de priorizar un abordaje integral, ya que es un tema con una fuerte carga de prejuicios y estigmas cargados de discriminación social.
- La mayoría de las personas que se autolesionan son mujeres y adolescentes. Las personas LGTBIQ+ tienen más probabilidad de autolesionarse por su orientación sexual e identidad de género. Lastimosamente en la sociedad la comunidad LGTBIQ+, reciben fuertes cargas de racismo y el evitar hablar del tema reduce las posibilidades de autolesiones y aumenta con acciones de revictimización, especialmente por parte de las familias.



VIII. RECOMENDACIONES

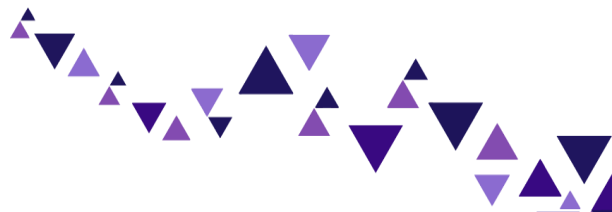
De acuerdo al proceso de investigación, se hacen las siguientes recomendaciones:

1. La importancia de revisar y actualizar los planes de acción de las diferentes instituciones, para incluir temas de prevención y mecanismos de atención primaria en temas de autolesiones no suicidas (ANS) en mujeres, adolescentes y niñas. Esto con el fin de fortalecer las acciones en los departamentos de intervención.
2. Dentro del sector educativo realizar la incorporación en el Currículo Nacional Base CNB, herramientas para el desarrollo de habilidades para la vida de las niñas, niños y adolescentes, que permitan desarrollar competencias para el ejercicio de su derecho a la salud mental.
3. Elaborar Protocolo y/o guías de atención y referencia de casos de violencia, para tomar en cuenta la problemática de las autolesiones no suicidas en mujeres, adolescentes y niñas en los contextos escolares.
4. Promover la formación continua de los profesionales en todo ámbito, donde se aborde el tema de autolesiones no suicidas (ANS) en mujeres, adolescentes y niñas, incluyendo temas sobre la atención y abordaje de los casos.
5. Elaborar mensajes clave en los medios de comunicación que aborde las causas y efectos de la violencia de género. Hay que informar que la salud mental es un derecho y poner fin al estigma de la búsqueda de ayuda profesional.
6. Elaborar orientaciones para promover la prevención de los casos de autolesiones tomando en cuenta los factores de protección que se identificaron en esta investigación así como otros que se consideren pertinentes, de igual manera para atención clínica.



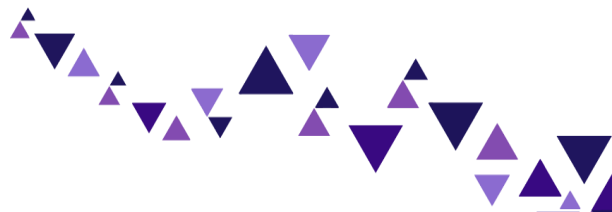
IX. REFERENCIAS

1. Axel. (2007). *Mapa de Guatemala*. [Fotografía]
<https://www.flickr.com/photos/zax14/1700668010>
2. Cárdenas, P. y Reynoso, M. (2017). *Las Autolesiones en adolescentes escolarizados: Causas y consecuencias en el ámbito familiar y educativo*. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/25987/1/An%c3%a1lisis%20de%20casos.pdf>
3. Carvajal, H., Choque, C., Poppe, V., Gantier, D. & Rivera, Y. (2014). *Autolesionismo: Síndrome de Cutting*. Archivos Bolivianos de Medicina. Bolivia.
4. Constitución Política de la República de Guatemala. Guatemala, 2002.
5. Favazza, A. R. (1987). *Bodies under siege: Self-Mutilation in Culture and Psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
6. Fundación Nacional para el desarrollo (2027). *Curso de prevención de la violencia en línea*. Módulo II. Tipología de la violencia. Disponible en:
<http://www.repo.funde.org/id/eprint/1245/1/2-Tipo-Viol.pdf>
7. Fundación Sobrevivientes. (2021). *Protocolo de Atención del Área de Psicología*. Guatemala.
8. González, V, y Tezóz, M. (). *Autolesiones y Aprendizaje Social*. Relación entre la observación de contenidos en internet sobre autolesiones respecto a la ejecución de cutting en una adolescente con trastorno depresivo persistente. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3845/1/Relaci%C3%B3n%20entre%20la%20observaci%C3%B3n%20Viviana%20Gonz%C3%A1lez%20M%202016.pdf>
9. Hamui y Varela (2013). *La técnica de grupos focales*. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-la-tecnica-grupos-focales-S2007505713726838>
10. Karen Conterio y Wendy Lader, Ph.D. (2008) *Daño Corporal*. Traducción de *Bodily Harm*. 1ª edición. Editorial SAFE.
11. Mosquera, Lourdes. (2013). *La autolesión: el lenguaje del dolor*. España.
12. Narciso, R., Estrada, D., Escobar, P., & Reyes, M. (2013). *Caracterización Departamental Escuintla 2012*. Departamento de Escuintla, Guatemala: Instituto



Nacional de Estadística (INE).

13. Narciso, R., Estrada, D., Escobar, P., & Reyes, M. (2013). *Caracterización Departamental Escuintla 2012*. Departamento de Escuintla, Guatemala: Instituto Nacional de Estadística (INE).
14. Mejía, P. (2021). *La autolesión desde la perspectiva de género: Una revisión documental*. Disponible en:
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/33663/2021paolamejia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Organización Mundial de la Salud OMS. (2022). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf?sequence=1
16. Perpiña, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Ediciones Pirámide. Obtenido de
<https://ebookcentral.proquest.com>
17. Rubén, N., Reyes, M., Hernández, P., & Donis, S. (2014). *Caracterización departamental Retalhuleu 2013*. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística (INE).
18. Sarmiento, R., & Triviño, C. (2017). *Las Autolesiones en Adolescentes Escolarizados: Causas y Consecuencias en el Ámbito Familiar Y Educativo*. Obtenido de
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/25987/1/An%c3%a1lisis%20de%20casos.pdf>
19. (UPCV), U. P. (2020). *Política Pública Municipal para la Prevención de la Violencia y el Delito*. Departamento de Retalhuleu, Guatemala: Ministerio de Gobernación.
20. Duarte, G. (2020). *Violencia contra la población LGTBIQ+*. Disponible en:
https://visibles.gt/wpcontent/uploads/2020/05/Violencia_contra_la_poblacion_LGBTIQ.pdf
21. Agüero, G., Medina, V., Obradovich, G. y Berner, E. (2018). *Comportamientos autolesivos en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y*

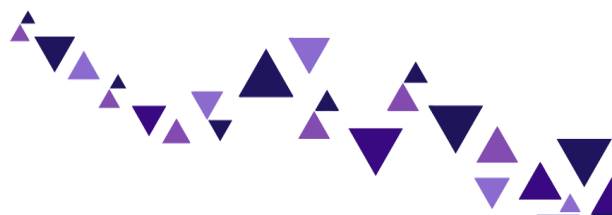




Programa Prevención de la Violencia y el Delito contra Mujeres, Niñez y Adolescencia en Guatemala

contextos. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v116n6/v116n6a06.pdf>

SECCIÓN DE ANEXOS



X.

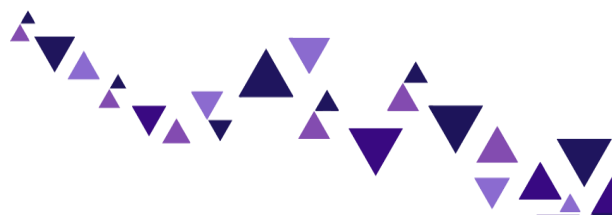
ANEXOS

Instrumentos para la recopilación de información

- **Grupos focal con adolescentes (abordaje clínico)**

Datos del grupo
Nombres:
Lugar: (departamentos)
Nombre de las instituciones:
Fecha:

1. ¿Cómo podrían definir la violencia?, ¿han sufrido algún tipo de violencia?
2. ¿Qué comprenden por autolesionar y/o lastimar su cuerpo?
3. ¿Alguna vez se han lesionado y/o cortado parte su cuerpo?
4. ¿Cuáles consideran que han sido los factores que le han llevado a autolesionarse y/o agredirse el cuerpo?
5. ¿Cómo han influenciado las redes sociales y el internet en autolesionarse?
6. ¿Con qué frecuencia lo han hecho?
7. ¿Qué clase de autolesiones se han hecho?
8. ¿Cuáles han sido las secuelas que les han dejado el autolesionarse? (físicas/psicológicas) Detallen.



9. ¿Han buscado ayuda y/o alternativas para evitar las autolesiones?

10. ¿Qué tipo de ayuda han recibido y dónde? Expliquen.

11. ¿Qué recomendaciones proponen para evitar estas prácticas autolesivas?

Datos del grupo

Nombres:

Lugar: (departamentos)

Nombre de las instituciones:

Fecha:

- **Grupos focal con mujeres adultas (abordaje clínico)**

1. ¿Cómo podrían definir la violencia?, ¿han sufrido algún tipo de violencia?

2. ¿Qué comprenden por autolesionar y/o lastimar su cuerpo?

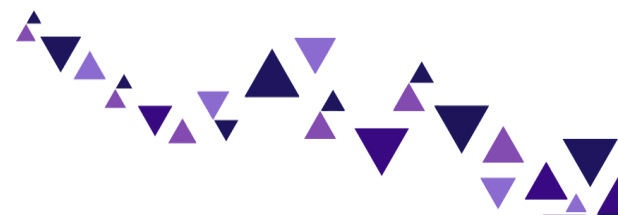
3. ¿Alguna vez se han lesionado y/o cortado parte de su cuerpo?

4. ¿Cuáles consideran que han sido los factores que les han llevado a autolesionarse y/o agredirse el cuerpo?

5. ¿Con qué frecuencia lo han hecho?

6. ¿Qué clase de autolesiones se han hecho en su cuerpo?

7. ¿Cuáles han sido las secuelas que les han dejado el autolesionarse?
(físicos/psicológicos) Detallen.

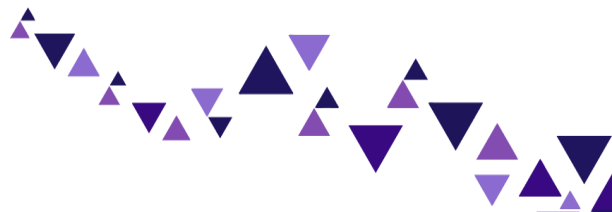


8. ¿Han buscado ayuda y/o alternativas para evitar las autolesiones?
9. ¿Qué tipo de ayuda han recibido y dónde? Expliquen.
10. ¿Qué recomendaciones proponen para evitar este tipo de auto agresiones?
11. ¿Alguna otra sugerencia o comentario?

- **Personal de Salud (Centros de Salud)**

Datos personales	
Nombre:	Sexo:
Lugar:	Fecha:
Centro de Salud:	Público <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/>

1. ¿Cómo podrían definir la violencia?, ¿qué conocimientos tiene al respecto (cursos, lecturas, talleres, etc)?
2. ¿Qué comprende por las conductas autolesivas y/o auto agresoras?
3. ¿Ha conocido casos de autolesiones y/o autoagresiones en este Centro de Salud?
4. De los casos que ustedes han conocido y/o atendido, ¿qué tipo de agresiones son las más frecuentes?
5. ¿En qué edades han sido más frecuentes las autoagresiones que han conocido y/o atendido? Explique.
6. ¿Cuáles considera que han sido los factores de riesgo que han llevado a las personas a auto agredirse o lastimarse? Detalle.

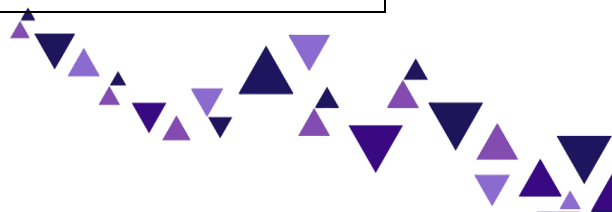


7. ¿Cuáles han sido los síntomas a nivel físico y psicológico que presentan las personas que se auto agreden o lastiman? Explique.
8. ¿Qué tipo de atención y abordaje han realizado para este tipo de casos? Detalle.
9. ¿Cuentan con protocolos y/o guías para el abordaje de este tipo de casos? Explique.
10. ¿Qué factores de protección identifica que pueden evitar que las personas se autolesiones y/o auto agredan?
11. ¿Qué recomendaciones propone para evitar este tipo de casos?

- **Personal Salud Mental/Psiquiatras: (Federico Mora)**

Datos personales	
Nombre:	Sexo:
Lugar:	Fecha:
Centro de Salud:	Público <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/>

1. ¿Qué comprende por las conductas autolesivas y/o auto agresoras?
2. ¿Ha conocido casos de autolesiones y/o autoagresión en este Centro de Atención?
3. De los casos que ustedes han conocido y/o atendido, ¿qué tipo de agresiones son las más frecuentes? Explique.
4. ¿Cuáles considera que han sido los factores de riesgo que han llevado a las personas a auto agredirse? Detalle.
5. ¿Cuáles han sido los síntomas a nivel psiquiátrico que han presentado las personas que agreden su cuerpo? Explique.



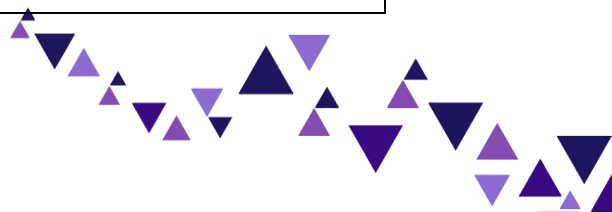
6. ¿Qué tipo de atención y abordaje han realizado para este tipo de casos? Detalle.
7. ¿Qué tipo de medicamentos psiquiátrico son los más recomendables para este tipo de casos?
8. ¿Cuentan con protocolos para el abordaje de este tipo de casos? Explique.
9. ¿Con qué frecuencia atienden las consultas para este tipo de casos?
10. ¿Qué recomendaciones propone para prevenir este tipo de casos?

7.2. Abordaje Preventivo/Pedagógico:

- **Cuestionario para trabajar las entrevistas a docentes.**

Datos personales	
Nombre:	Sexo:
Lugar:	Fecha:
Centro educativo:	Público <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/>

1. ¿Qué comprende por autolesionarse y/o auto agredirse?
2. ¿Qué clases de autolesiones conoce?
3. ¿Se ha dado algún caso de autolesión en su centro educativo? Explique.
4. ¿Considera que las autolesiones son intentos de suicidio? Explique.
5. ¿Cómo cree que podría notar si algún chico o chica se autolesiona? Explique.
6. ¿Qué factores de riesgo provocan que las chicas y chicos se autolesionen? Detalle.

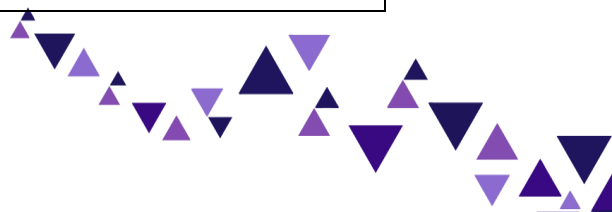


7. ¿Qué haría en caso de notar alguna situación de autolesión en alguno de sus estudiantes? Detalle.			
8. ¿Qué factores de protección considera importantes para prevenir la aparición de conductas autolesivas en estudiantes?			
9. ¿Su centro educativo realiza algunas acciones para trabajar la salud mental con los estudiantes?			
10. ¿Qué grado de importancia le daría usted a la salud mental de sus estudiantes?			
Muy im	ante	Importante	No es importante
¿Por qué?			
11. ¿Qué recomendaciones o sugerencias propone para abordar este tipo de casos dentro del centro educativo?			

- **Cuestionario para trabajar las entrevistas a trabajadores sociales.**

Datos personales	
Nombre:	Sexo:
Lugar:	Fecha:
Institución:	

1. ¿Qué comprende por las conductas autolesivas y/o auto agresoras?
2. ¿Conoce algún caso de autolesión? Explique.
3. ¿Qué clases de autolesiones conoce? Detalle.
4. ¿Considera que las autolesiones son intentos de suicidio? Explique.

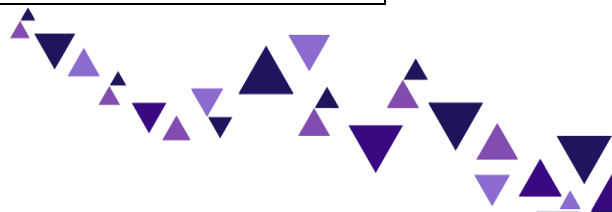


5. ¿Cómo podría notar si alguna persona se autolesiona? Detalle.			
6. ¿Qué factores de riesgo considera que provocan que las personas se autolesionen? Detalle.			
7. ¿Cuál considera que sería el procedimiento a seguir en caso de notar algún caso de autolesión? Detalle.			
8. En la labor que desempeña, ¿se trabaja de alguna manera la salud mental con el personal que atiende? Explique.			
9. ¿Qué factores de protección considera importante para prevenir la aparición de conductas auto lesivas en las personas que atiende?			
10. ¿Qué grado de importancia le daría usted a la salud mental en el trabajo que realiza?			
Muy im	ante	Importante	No es importante
¿Por qué?			
11. ¿Qué acciones o mejoras se podrían implementar en su lugar de trabajo para abordar la salud mental?			

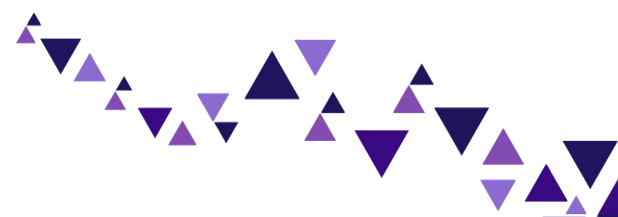
- **Cuestionario grupo focal con gestora, facilitadoras AECID y UNICEF**

Datos personales	
Nombres:	
Departamentos:	Fecha:

1. ¿Qué comprende por las conductas auto lesivas y/o auto agresoras?
2. ¿Conoce algún caso de autolesión en el departamento de intervención? Explique.
3. ¿Qué clases de autolesiones conoce? Detalle.



4. ¿Qué factores de riesgo y/o desprotección ha identificado en los casos de NNA que se autolesionan y/o auto agreden?
5. ¿En qué edades han sido más frecuentes las autoagresiones que han identificado? Explique.
6. ¿Cuál ha sido el abordaje que ha realizado en los casos de NNA que se auto agreden?
7. ¿Ha referenciados casos de NNA con conductas de autoagresión? ¿A dónde? Detalle.
8. ¿Qué factores de protección considera importantes para prevenir la aparición de conductas autolesivas en NNA?
9. ¿Qué acciones o mejoras se podrían implementar para prevenir las autoagresiones en NNA?



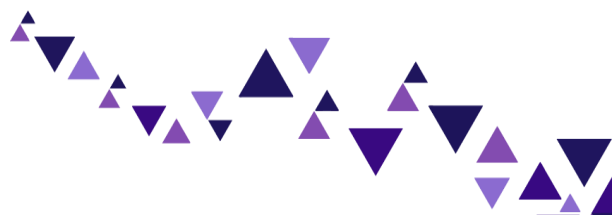
Anexo No. 2: Análisis de casos abordados en Fundación Sobrevivientes

1. En el primer caso analizado se describe que como causa principal que llevó a las usuarias a lastimar su cuerpo fue la limitada red de apoyo, padre ausente, familia reconstruida. Alto nivel de violencia al que ha sido expuesta, sin mecanismos eficaces para sobrellevarlos, presenta baja adhesión al tratamiento, así como carencia de habilidades de comunicación y resolución de problemas. El motivo de consulta fue relacionado a los eventos violentos de los que fue víctima violencia sexual, situación de calle y secuestro. Presenta trastornos de sueño, estrés agudo, desvalorización, baja autoestima y autolesiones en los brazos cutting. A carece de habilidades para poder desarrollar conductas más adaptativas y menos autodestructivas, reaccionando con agresión hacia sí misma para calmar dolor y tener autocontrol. Inconscientemente no sabe cómo resolver y no seguir en el proceso de autodestruirse.
2. En el caso número 2, mujer adulta, presenta una limitada red de apoyo, relación conflictiva con el padre, familia reconstruida, padres separados y con nuevas estructuras familiares, expuesta a violencia en el ámbito escolar, muestra características depresivas, estrés agudo, trastornos de sueño y autolesiones tipo cutting en los tobillos, lo cual en el ámbito ANS responde a controlar el dolor saciando su sensación de poder. La baja adhesión a la terapia, la carencia de redes de apoyo son factores de riesgo para no seguir el tratamiento, ello sumado a la estructura familiar le genera altos riesgos y vulnerabilidades, donde las ANS son un mecanismo de manejar sus procesos emocionales.
3. Caso número 3, es una niña, al igual que las anteriores presenta una limitada red de apoyo, familia disfuncional, conflictiva relación con el padre, familia reconstruida. Expuesta a un alto nivel de violencia, de tipo sexual, verbal, intrafamiliar, carencia de mecanismos eficaces para sobrellevarlos, con baja adhesión al tratamiento, así como carencia de habilidades de comunicación y resolución de problemas. El motivo de consulta fue relacionado a la violencia sexual de la fue víctima, presentó estrés crónico, desvalorización, autolesiones a través del consumo de alcohol y drogas, así como cortes en los brazos. La negligencia de sus padres hace que este frente a altos factores de riesgo y vulnerabilidad, con carencia de mecanismos de control emocional y manejo del estrés.

La identificación de morbilidad en drogodependencia es una forma evasiva de no vivir su realidad de ingerir drogas, autodestruyendo sus neuronas y funciones normales cognitivas ya que están distorsionadas por las sustancias y la negligencia en su cuidado. Debido a las altas emociones aversivas e ideas suicidas, luego que se pasó de las ANS al intento de suicidio se remitió el caso a atención psiquiátrica. De acuerdo a la información proporcionada, el caso tuvo baja adherencia al tratamiento y abandonó la terapia.

4. Caso número 4, mujer adulta, también presenta una limitada red de apoyo, no se tiene información sobre sus padres, su familia actual es reconstruida, ha tenido dos uniones y 3 hijos. Expuesta al caso de violencia sexual de su hija y a factores de violencia intrafamiliar, sin mecanismos eficaces para sobrellevarlos, con baja adhesión al tratamiento, así como carencia de habilidades de comunicación y resolución de problemas. El motivo de consulta fue relacionado a secuelas de abandono, conflictos de pareja e ideas suicidas, presentó estrés crónico, desvalorización, autolesiones relacionadas a pica donde se ingiere sustancias tóxicas no comestibles que le dan un grado de autocontrol a pesar de ser tóxicas para el cuerpo, esta conducta les da autosatisfacción ya que regula la compulsión de ansiedad que le atormenta tratando de resolver con dicha conducta. Asimismo, presenta altos factores de riesgo y vulnerabilidad, con carencia mecanismos de control emocional y manejo del estrés. Es importante dar tratamiento al alta emociones aversivas e ideas suicidas, para que no suba de nivel la autoagresión a suicidio. Lastimosamente, en este caso tuvo que abandonar la terapia.

5. En el caso número 5, presenta una buena red de apoyo, su madre se somete a terapia reforzando lo que mejora su entorno familiar. Familia reconstruida, estuvo institucionalizada, víctima de violencia sexual por parte del padre, con alta adhesión al tratamiento, carencia de habilidades de comunicación y resolución de problemas. El motivo de consulta fue relacionado con la violencia sexual, presento ansiedad, depresión, autolesiones relacionadas a cortarse los brazos y las piernas con botellas u otros objetos, poniendo al descubierto la violencia recibida que se encuentra destrozada y no tiene control alguno y no se puede hacer nada. La alternativa que encuentra E es sentir dolor en otras partes del cuerpo para no sentir la traición del ser querido que la está lastimando y



causando dolor. Este tipo de autolesión es una forma inconsciente de autocastigo sus emociones hacen que no se soporta a sí misma. Contaba con mínimas habilidades de comunicación y resolución de conflictos. Con la terapia aprendió a manejar y regular sus emociones, apoyada por su madre. Se identificó la importancia de involucrar al núcleo familiar para lograr una alta adhesión del tratamiento.

6. Y el último caso, no menos importantes, se refiere presenta una limitada red de apoyo, su entorno familiar es conflictivo, fue víctima de violencia sexual por parte de su abuelo, carece de mecanismos eficaces para regular sus emociones. Con baja adhesión al tratamiento, así como carencia de habilidades de comunicación y resolución de problemas. El motivo de consulta fue relacionado a la violencia sexual, presentó estrés agudo, desvalorización, autolesiones relacionadas a cortarse los brazos, expresando la impotencia y enojo de que repitan el acto de vulnerarla y sentir que ella no tiene salida. Baja autoestima, se ve así misma con un pasado, presente, futuro sin soluciones y solo con sufrimiento en un proceso autodestructivo y no se deja ayudar. Presenta altos factores de riesgo y vulnerabilidad, con carencia de mecanismos de control emocional y manejo del estrés. F tuvo baja adherencia al tratamiento y abandonó la terapia.

