

Automutilación: ¿Síntoma o síndrome?

Dr. Armando Nader, Dra. Virginia Boehme

I. Introducción

La práctica de la autoagresión parecería ser de poca frecuencia, sin embargo en nuestra observación clínica hemos apreciado un aumento de esta conducta, la cual adopta múltiples formas de presentación.

El poco conocimiento que en la comunidad médica existe sobre la automutilación (AM) nos motivó a realizar una revisión de la literatura para comprender este fenómeno, delimitarlo mejor, analizar lo que sucede con los niños y por último permitirnos algunas reflexiones acerca de ella.

Karl Menninger en 1935 publicó el primer artículo sobre este tema y en 1938 publicó un libro llamado *"Man Against Himself"* donde intentó describir la AM y categorizarla. Este autor acuñó el término de "suicidio focal" sugiriendo cierta relación con la ideación suicida y esta conducta. Lamentablemente esta consideración llevó a confusión y a malas interpretaciones ya que la AM no se acompaña siempre de la constelación suicida.

En la década de los 70, algunos autores británicos sugirieron que la auto agresión constituiría una entidad clínica independiente como un síndrome que requería una categorización diagnóstica propia, al cual Favazza denominó *"Deliberate Self Harm Syndrome"*.

A partir del año 1989 se han publicado varios estudios clínicos con diferentes series de pacientes, intentando describir las características clínicas de la AM (1-4). Entre ellos se destaca el de Favazza y Conterio (1). Este estudio se inició en relación a un programa de televisión dedicado al tema. Se recogieron más de mil cartas de televidentes identificados con

el problema y que requerían mayor información. Los autores seleccionaron una muestra de 254 personas que quisieron participar en la investigación, de las cuales 240 eran mujeres. Ellos concluyeron que se trataría de un fenómeno extendido y oculto y lo llaman "epidemia silenciosa".

II. Características clínicas y epidemiológicas

La AM se puede definir como un acto deliberado y repetitivo que persigue dañar el propio cuerpo sin intención suicida (2-3-4).

En la literatura inglesa se la nombra como self-injury, self-mutilation, self-harm, self-cutting y self-aggression. En la literatura española se la denomina como auto mutilación, auto daño, auto agresión, auto heridas, etc.

Las formas más frecuentes de AM corresponden a cortes, golpes y quemaduras. Menos frecuentes son: sacarse costras; inserción de objetos bajo la piel; torniquetes; auto ahorcamiento; rascarse en exceso; morderse las uñas, la piel periungueal y los dedos; morderse los labios y/o la lengua; sacarse el cabello; tatuarse en exceso; fracturas; amputaciones que pueden afectar dedos, mamas e incluso genitales y extremidades (4-5-6). Favazza describió 3 formas de presentación de la AM: La primera la denominó "Mayor", la cual es la más rara y extrema. Esta forma provoca una desfiguración permanente, como por ejemplo castración o amputación de extremidades. La segunda forma es llamada "Estereotípica" y comúnmente se manifiesta con golpes repetitivos de la cabeza, compresión de los globos oculares y mordeduras. La tercera forma es la más frecuente y la definió como "Superficial" y es la que usualmente compromete a la piel y fanéreos a través de cortes, quemaduras, onicotricotilomanía, interferencia

con cicatrización de las heridas, etc.

La localización más frecuente de las heridas son los brazos, piernas y abdomen. Los instrumentos utilizados son hojas y máquinas de afeitar, cuchillos cartoneros y corrientes e incluso las propias uñas.

Habitualmente los golpes consisten en estrellar la cabeza o los puños contra una superficie dura como murallas, mesas o el suelo.

Las quemaduras se infieren con cigarrillos o fósforos, afectando la piel de brazos, piernas y abdomen.

El perfil característico de una persona que comete AM es el de una mujer de clase media, con un nivel intelectual sobre el promedio y que inicia esta conducta en la adolescencia. Conterío y cols.6 señalan que la edad promedio de inicio de esta conducta es a los 14 años de edad. Nichols 7, en el año 2000, realizó una recopilación de datos epidemiológicos, encontrando que la incidencia en la población general es de 1,4 %. En este grupo de automutiladores, entre el 85 al 97 % eran de sexo femenino. Si se busca la incidencia solamente en adolescentes, esta puede llegar al 12 %, siendo su inicio coincidente con la menarquia (1).

III. Cuadros clínicos

Hasta el momento la AM no se ha descrito como una entidad clínica independiente e históricamente se la ha considerado formando parte de una variedad de trastornos psiquiátricos (1-2-3-4-5-6-8).

Los trastornos psiquiátricos asociados a la AM, según la clasificación DSM IV 11 son:

- Cuadros orgánicos cerebrales
- Trastornos del desarrollo de la infancia
- Esquizofrenia y otras psicosis
- Trastornos del ánimo
Depresión y Enfermedad bipolar
- Trastornos de ansiedad
Crisis de pánico, T.O.C. y T.E.P.T.
- Trastornos disociativos
- Trastornos de la conducta alimentaria

- Trastornos del desarrollo de la personalidad
Límite, antisocial
- Trastornos relacionados con sustancias
- Trastornos del control del impulso
Tricotilomanía
- Trastornos facticios

Frente a la variedad de cuadros clínicos en los que se presenta la AM, radica la dificultad de comprensión del fenómeno, la complejidad en delimitarla y la incertidumbre acerca del pronóstico y tratamiento.

IV. Fenomenología de la automutilación

Estos eventos pueden ser rutinarios o azarosos y se relacionan con estados emocionales intensos, alcanzando un estado máximo donde la persona siente que va a explotar si no canaliza las emociones. Puede ser angustia, rabia, culpa, pena, sensación de impotencia, etc. a los que le sigue un acto impulsivo que no da tiempo a la reflexión.

Puede ocurrir con leve y transitoria oscuridad de conciencia y síntomas disociativos como despersonalización. Cuando tienen recuerdo de actos anteriores, los pacientes refieren la condición de inevitabilidad del acto por el alivio que sienten, a pesar de que reconocen que es dañino. Actúan en medio de un estado crepuscular leve y podrían darse cuenta que se están auto hiriendo, incluso en algunos casos esperan ver fluir la sangre para detenerse y no sienten dolor físico hasta un tiempo después. Los pacientes describen que la lesión física permite que fluyan las emociones y el dolor psicológico intolerable a través del cuerpo, produciendo un alivio y sensación de bienestar inmediato. Esta sensación es transitoria ya que a continuación aparecen fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que inducen a esconder las lesiones y a no referirse a lo ocurrido.

El acto mutuatario les permite un contacto firme consigo mismo y con lo externo, les ayuda a diferenciar el sí mismo del entorno y por lo tanto un mejor juicio de la realidad.

La AM que busca el alivio de la tensión, no tiene como objetivo la intención de muerte, por lo tanto no es un acto suicida. Sin embargo en

otro momento, estos individuos pueden realizar reales intentos de suicidio, es decir se puede dar una patología mixta (9).

Existirían distintos tipos de actos automutilatorios de acuerdo a las características clínicas, significados personales, vivencias acompañantes y objetivos buscados. Lo que hasta el momento hemos descrito es lo que en 1994 Pipher describió como "tipo catártico" (12) y que Ross y McKay lo catalogan como "con propósito terapéutico" (13).

Hemos observado que el acto de auto agresión puede estar relacionado a la vivencia de extrema angustia y despersonalización, donde esta conducta persigue la reintegración del sí mismo. Este tipo de AM fue llamada por Simpson en 1980 "AM reintegrativa" (14).

De acuerdo a nuestra experiencia, en un mismo paciente pueden coexistir los tipos catártico y reintegrativa.

Hay que señalar que existen actos de autoagresión que se presentan en otro contexto, con diferentes objetivos y respondiendo a otras motivaciones, lo que hace aparecer la AM en forma secundaria y relacionada a otras entidades psicopatológicas. De acuerdo al tipo de patología adquiere formas particulares de presentación y significación.

En los cuadros en los que el paciente busca la manipulación del entorno las conductas de auto agresión se realizan para exhibirlas y obtener ganancias. Esto ocurre en los Trastornos disociativos (histeria); Trastornos facticios y Personalidad antisocial.

En los Trastornos disociativos lo que se persigue es la gratificación afectiva, centrando la atención del entorno en sus lesiones, por lo tanto, las exhibe. En los Trastornos facticios, la ganancia consiste en perpetuar el rol de enfermo y en los Trastornos de Personalidad antisocial, el objetivo fundamental sería el evitar sanciones sociales o lograr escalar posiciones de autoridad entre sus pares, mostrando sus lesiones como verdaderos "trofeos de guerra".

En los cuadros psicóticos los actos pueden

asociarse a alucinaciones auditivas, cenestésicas o ideas delirantes con contenidos místicos, demoníacos, persecutorios, sexuales, etc.

La relación entre los Trastornos de la conducta alimentaria y la AM merece considerarse en forma especial, ya que su asociación es muy frecuente y además ambos trastornos afectan de preferencia a mujeres jóvenes y adolescentes (8). Simpson en 1980 (14) hizo notar una conexión entre la AM y la anorexia nerviosa, señalando un origen similar de ambas. Esta correlación estaría fundamentada en la auto agresión dirigida al cuerpo en una etapa del desarrollo en la que la imagen corporal y la sexualidad adquieren gran relevancia. La alteración de la imagen corporal y las tendencias autodestructivas asociadas a una pobre autoestima, hacen que el dolor físico provocado por la auto agresión, el hambre y la purgación coexistan como elementos que causan dolor y que la paciente utiliza para autoflagelarse. A través de esta conducta busca recuperar el control de sí misma. Alderman en 1997 (15) sugiere que los Trastornos de la conducta alimentaria y la AM están conectados y no son necesariamente causa-efecto sino que estos trastornos son formas diferentes de responder a un conflicto más complejo.

V. Automutilación en la infancia

El fenómeno de autoagresión en los niños presenta mayores dificultades en su definición y estudio. Los trabajos de investigación en esta edad son muy escasos y las formas que adquiere esta conducta son más sutiles y bizarras. No es raro que la autoagresión aparezca como "accidentes" que se presentan en forma repetitiva. Además de las lesiones traumatológicas, el órgano más comprometido es la piel y fanéreos. Clásicamente se encuentra la tricotilomanía de cuero cabelludo, cejas y/o pestañas; la onicofagia o ambas. La existencia de lesiones atípicas como escoriaciones profundas; pruritos intensos y prolongados; dermatitis atópica con lesiones de grataje o de tipo purpúrico en ciertas regiones del cuerpo y de distribución caprichosa, deben hacer sospechar al clínico (Pediatra o Dermatólogo) la existencia de un trastorno psiquiátrico (10).

No es infrecuente encontrar niños que frente a una frustración intensa o ansiedad caen en episodios de descontrol sicomotriz que se pueden asociar a golpes con la cabeza o de las extremidades contra superficies duras.

En nuestra experiencia lo más frecuente de encontrar es a un niño que viene por otro motivo de consulta y que en la historia clínica aparecen antecedentes de "accidentes" frecuentes y que en el examen físico se encuentran lesiones dérmicas por remoción precoz de costras; lesiones de labios y mucosa bucal por mordeduras; uñas con estigmas de onicofagia; tracción voluntaria y repetitiva de las articulaciones de las manos; etc.

A medida que el niño crece y no es tratado, el patrón de auto agresión se va haciendo más intenso.

En el diagnóstico diferencial de la AM en el niño, debe considerarse el abuso sexual y maltrato físico. Aunque es más raro, debe considerarse el Síndrome de Münchhausen que puede afectar a la madre.

En los adolescentes pueden aparecer formas especiales y sutiles como son el tatuaje y uso de aros colgantes en distintas partes del cuerpo. Hay adolescentes que refieren que la conducta auto agresiva la descubrieron y adoptaron después de practicar un método de embellecimiento corporal (punciones al colocarse aros) o después de un corte o quemadura accidental donde experimentaron sentimientos de alivio.

VI. Etiopatogenia

- Factores Biológicos

Algunas investigaciones sugieren que el acto de la AM estaría relacionado con la liberación de mediadores químicos cerebrales de carácter adictivos como lo son los opiodes. Se postula la liberación de endorfinas que serían las responsables de las sensaciones de alivio que experimentan estos pacientes y que inducen a la repetición de la conducta. En esto se basan los autores que plantean que existiría una supuesta "adicción" (6).

- Factores Sociales

La mayoría de los pacientes provienen de hogares donde han recibido maltrato tanto físico como emocional, siendo frecuente la existencia de abuso sexual. Es habitual encontrar antecedentes de enfermedades mentales y alcoholismo en la familia.

Las familias con reglas muy estrictas que reprimen la expresión emocional o las familias aglutinadas con padres intrusivos que no permiten una adecuada diferenciación y reconocimiento de los sentimientos y percepciones propias, generan ambientes facilitadores de la AM.

Este tipo de ambiente es capaz de trastornar el vínculo temprano generando una patología de éste y condicionando la aparición de conductas AM en el futuro.

- Factores Psicológicos

Estos pacientes presentan una muy baja autoestima con dificultades en la vinculación y poca capacidad para lograr intimidad. Tienen una insaciable necesidad de aprobación y afecto; inmadurez emocional; falencia en el control de impulsos e hipersensibilidad a la opinión del otro. Así como en los pacientes alexitímicos, tienen dificultades para percibir y expresar sus propias emociones, especialmente las negativas. No desarrollan destrezas de autocuidado, no se sienten merecedores de bienestar y al no lograr calmar su propia ansiedad incurren en conductas de autoagresión, a modo de una autoayuda distorsionada.

Paradójicamente, su meta es terminar con el sufrimiento interno, aunque eso signifique atacar su propio cuerpo y padecer dolor físico.

VII. Tratamiento

Es fundamental el tratamiento del cuadro psiquiátrico de base en el cual se presenta la AM. Con frecuencia hay comorbilidad asociada del Eje II que se refiere al desarrollo de la personalidad la cual debe ser reconocida y

manejada.

Frente a la conducta específica de AM, contamos con dos herramientas esenciales: la psicoterapia y la farmacoterapia.

El enfoque psicoterapéutico debe abordar al individuo, familia y en el caso de los adolescentes, su entorno escolar.

A nivel individual, planteamos una Psicoterapia realizada en dos etapas.

La primera sería **una intervención en crisis** dirigida a establecer un vínculo terapéutico y a extinguir el acto AM. La técnica más usada es la cognitivo - conductual de tiempo limitado cuyo objetivo es lograr que el paciente reconozca sus emociones, sea capaz de expresarlas de manera más adaptativa y desarrollar habilidades en resolución de problemas. Debe fomentarse la autoestima y el autocuidado. En 1985, Karen Conterio instauró en Chicago un programa denominado S.A.F.E. que significa *Self Abuse Finally Ends* (6).

La segunda etapa consiste en una **psicoterapia de largo aliento** considerando la psicopatología de base y la organización de la personalidad. Las técnicas dependerán del enfoque del terapeuta.

En el ámbito familiar, lo primero es dar apoyo a la familia debido al alto impacto afectivo que provoca la conducta automutilatoria y junto a eso develar y aceptar el problema.

Posteriormente se buscan cambios en los patrones de relación interpersonal, enfatizando una comunicación más funcional y un ambiente contenedor y protector.

En el último tiempo se ha puesto el énfasis en los grupos de rehabilitación en hospitales diurnos con equipos multidisciplinarios, realizando un contrato terapéutico, por tiempo limitado e integrando técnicas guíales.

El objetivo de la farmacoterapia es controlar la impulsividad, disminuir la angustia y manejar los desórdenes del pensamiento. Para ello contamos con un 'arsenal bien conocido de

ansiolíticos, antipsicóticos tradicionales y atípleos y de antidepresivos.

VIII. Discusión

La naturaleza bizarra y cruenta de la AM que genera resistencia para reconocerla, tanto en la población general como en los terapeutas, asociada a que es una conducta que los pacientes ocultan, hacen que el diagnóstico no sea fácil. Un punto de partida para enfrentar adecuadamente este cuadro es generar mayor conciencia entre el público y los profesionales de salud mental.

El término más usado en la literatura es el de automutilación, sin embargo a nosotros nos parece más adecuado el de *autoagresión corporal*, porque tiene un significado más amplio que describe y abarca mejor el fenómeno. En la práctica la existencia de verdaderas mutilaciones es de rarísima ocurrencia.

Tradicionalmente los psiquiatras hemos visto las autoagresiones corporales del tipo catártico y/o reintegrativas considerándolas como un signo de gravedad y que puede reflejar patología de la organización de la personalidad a nivel limítrofe o psicótico.

Después de nuestra revisión, pensamos que esta conducta merece ser analizada con mayor profundidad ya que sería más que un signo o síntoma de una psicopatología. Esta reflexión está basada en el hecho que autoagredirse corporalmente conlleva toda una constelación clínica, psicológica, sociocultural y del desarrollo de la persona que es indispensable integrar en la evaluación de cada paciente. Creemos, como lo plantearon Pattison y Kahan el año 1983 (16), que para avanzar en la comprensión de este fenómeno ayudaría el considerarlo como un síndrome o sea como un conjunto de síntomas y signos con factores etiopatogénicos comunes. Esto ha sucedido en otras áreas de la psiquiatría, como en los Síndromes Suicida! y el Dolor Crónico que al ser considerados como una entidad clínica en sí mismas han permitido progresar en su conocimiento, tratamiento y prevención.

Nuestra intención es abrir espacios de discusión

y fomentar la investigación de la autoagresión corporal en nuestro medio con el objetivo de lograr diagnósticos más precoces e integrales para prevenir complicaciones futuras que aún no conocemos.

IX. Conclusión

Se realiza una investigación bibliográfica acerca de la automutilación, tema poco investigado y reportado en la literatura extranjera.

Planteamos que el término "automutilación" es muy limitante y proponemos el de Autoagresión Corporal. Consideramos que este fenómeno comprende un espectro muy amplio de conductas, desde pequeñas heridas hasta amputaciones de un miembro. Del mismo modo su aparición se relaciona con una psicopatología muy variada que va desde el alivio de la angustia en un desarrollo anormal de la personalidad hasta un cuadro psicótico delirante.

Le damos mayor importancia a un tipo de autoagresión física que definimos como un acto deliberado y repetitivo que persigue dañar el propio cuerpo sin intención suicida, con fines catárticos y/o reintegrativos.

Proponemos considerar este tipo de autoagresión física como un Síndrome, mas allá de un signo o síntoma, que deberá ser definido más acuciosamente en futuras investigaciones.

Bibliografía

1. Favazza AR, Conterio K: Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:283-289
2. Herpetz S: Self -injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91:57-68

3. Yaryura - Tobías JA, Neziroglu EA, Kaplan S: Self-mutilation, anorexia and dysmenorrhea in obsessive-compulsive disorder. *Int J Eating Disord* 1995; 17: 33-38.
4. Favazza AR: Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Annals* 1992; 22(2):60-63
5. Mac Aniff L, Kiselica M: Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *J of Counseling and Development* 2001; 79:46-52.
6. Conterio K, Lader W: *Bodily Harm*. Edited by Hyperion, New York, 1998.
7. Nichols P: *Bad Body Fever and Deliberate Self-injury*. Bloomington, 2000.
8. Favaro A, Santonasto P: Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:537-542.
9. Stanley B, Gameroff M, Michalsen V, Mann J: Are suicide attempters who self mutilate a unique population?. *Am J Psychiatry* 2001; 158:427-432
10. Hansen R: Pediatric psychocutaneous disorders. *Current Opinión in Pediatrics* 1997;367-371.
11. DSM-IV Breviario. Criterios Diagnósticos. Editado por Masson S.A., Barcelona, 1997.
12. Pipher M: *Reviving Ophelia: Saving the selves of adolescent girls*. New York: Ballantine Books, 1994
13. Ross RR, Me Kay HB: *Self - mutilation*. Lexington, MA: DC Heath and Company, 1979
14. Simpson M: *The Many Faces of Suicide*. McGraw-Hill, New York 1980
15. Alderman TA: *The scarred soul: Understanding and ending selfinflicted violence*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 1997
16. Pattison EM, Kahan J: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983; 140:867-872.

