

Las automutilaciones en la adolescencia, cómo reconocerlas y tratarlas

Adolescent self-mutilation. How to recognize and treat this condition

Lucía Maurente¹, Loreley García², Irene García³, Susana Grunbaum⁴, Walter Pérez⁵

*“Ce qu’il y a de plus profond dans l’homme c’est la peau”
 (“Lo más profundo del hombre es la piel”)
 Paul Valéry*

Introducción

Ciertas problemáticas adolescentes tienden a presentarse en las últimas décadas bajo manifestaciones clínicas a vertiente destructiva, de forma auto o heteroagresiva. Estas actuaciones adolescentes, reveladoras de un malestar social, conmueven al equipo de salud por su frecuencia creciente y el daño corporal que conllevan. Los suicidios, los IAE, las toxicomanías las conductas antisociales, la violencia en todas sus formas, los trastornos alimentarios, continúan incrementándose en los países occidentales. Todas estas conductas destructivas, en el sentido de ruptura con el lazo social, tienden a asociarse en algún momento de su evolución a automutilaciones, vía común de una descarga de excitación que el individuo no puede dominar.

Las automutilaciones, marcas carnales del sufrimiento, ponen en evidencia las graves consecuencias que suponen las fallas del sujeto para transformar las experiencias corporales y los afectos en procesos psíquicos capaces de ser elaborados.

Con frecuencia, tras estas manifestaciones subyacen organizaciones psíquicas de la personalidad marcadas por un alto grado de impulsividad y compulsividad, una dimensión alexitímica de inaccesibilidad a los conflictos psíquicos y los afectos y de búsqueda de sensaciones corporales en desmedro de las emociones. Las automutilaciones, sin ser específicas de las organizaciones límites de la personalidad, están presentes en un 80% de los sujetos con este funcionamiento⁽¹⁾.

Las actuaciones destructivas en la adolescencia dan cuenta de sentimientos de abandono y soledad intensos ligados a experiencias tempranas de carencia que es necesario evitar repetir en el cuidado de estos pacientes difíciles. El equipo de salud debe estar capacitado para detectarlas y tratarlas en forma adecuada, evitando actuaciones en espejo que promuevan la escalada ascendente de las respuestas destructivas.

Definición. ¿Qué relación existe entre las automutilaciones y los intentos de autoeliminación?

Las automutilaciones se definen como un daño autoinfligido, al igual que los intentos de autoeliminación (IAE), pero a diferencia de éstos no suponen para el sujeto una intención de darse muerte^(2,3). Si bien las automutilaciones deben ser consideradas como señal de alarma de otras actuaciones de mayor gravedad como el IAE y el suicidio, es necesario diferenciarlas.

Pattinson y Kahan en 1983⁽³⁾, definen tres grandes parámetros aplicados al comportamiento autoagresivo para establecer una clasificación diferencial:

- El carácter directo o indirecto del acto.
- El nivel de letalidad.
- El aspecto repetitivo.

La cuestión de debate continúa siendo si debe considerarse el comportamiento automutilador como una entidad clínica autónoma o como parte integrante de síndromes clínicos diversos, teniendo en cuenta que un tipo de automutilación no corresponde a una dimensión psicopatológica unívoca.

Favazza⁽⁴⁾ propone el “síndrome de automutilaciones repetidas” para dar cuenta de “todos los comporta-

1. Asistente. Clínica Pediátrica. Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Prof. Agda. Clínica Pediátrica. Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Prof. Adj. Clínica Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR

4. Adj. Secretaria Nacional de Drogas. Presidencia de la Republica. Psiquiatra de niños y adolescentes.

5. Prof. Clínica Pediátrica. Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Fecha recibido: 8 febrero 2017.

Fecha aprobado: 19 diciembre 2017.

<http://dx.doi.org/10.31134/AP.89.1.7>

mientos donde se trata de hacerse mal, deliberadamente y de manera directa física, a nivel de su propio cuerpo sin intención de morir como consecuencia de este comportamiento”.

Herpetz⁽⁵⁾ define el comportamiento automutilador: “hacerse mal de forma deliberada, repetida, de manera directamente física, sin intención consciente de suicidarse y que no conduce a lesiones que podrían amenazar el pronóstico vital”.

Walsh⁽⁶⁾, describe el comportamiento autoagresivo como: “intencional, autoefectuado, de bajo compromiso vital corporal, de naturaleza socialmente inaceptable y realizado a fin de reducir un malestar psicológico”.

Los anglosajones caracterizan las “*non suicidal self injury*” (NSSI) como “la destrucción directa y deliberada de una parte de su propio tejido corporal, socialmente desaprobada, en la ausencia de intención de morir”⁽¹⁾.

Es necesario subrayar el aumento significativo del riesgo suicida en sujetos automutiladores. Las lesiones autoinfligidas son pasajes al acto destructivos que dan cuenta de las fallas en los procesos psíquicos de integración y elaboración. Pueden representar la antesala del suicidio por lo que deben ser consideradas como una señal de alarma.

Teniendo presente esto, es importante a su vez que frente a una conducta autoagresiva el clínico individualice la intencionalidad del gesto.

A diferencia de los suicidas, los automutiladores no aspiran a abolir su estado de conciencia sino a modificarlo a fin de aliviar un sufrimiento psíquico impensable, afectos y emociones insostenibles.

Epidemiología

Las automutilaciones son un problema de salud pública relevante ya que su incidencia en adolescentes se encuentra en aumento sostenido^(2,3).

Sus antecedentes se remontan a la existencia misma del hombre pero sus características y significados varían en función de la cultura y la situación socioeconómica⁽⁴⁾. Hasta los años 90 las lesiones autoinfligidas concernían a pacientes con trastornos mentales graves y crónicos, privados de libertad y pacientes institucionalizados. Si bien estos grupos se mantienen con fuertes tasas de automutilaciones, cada vez más sujetos jóvenes de la población general se automutilan.

Walsh (2006) precisa que el riesgo para un sujeto de automutilarse es 90 veces mayor que el de cometer una tentativa de suicidio y que la automutilación es 5 veces y media menos importante que de abusar del alcohol⁽⁶⁾.

La media de comportamientos autoagresivos en población liceal se sitúa en un 14%. Estas cifras aumentan dramáticamente en muestras de adolescentes hospitali-

zados en servicios de psiquiatría, alcanzando el 40 a 61% según estudios realizados en Canadá^(1,7).

La gran mayoría de los automutiladores pasan al acto de forma recurrente. En adolescentes la frecuencia es de 20 a 30 gestos autoagresivos por año (Walsh y Rosen).

En una revisión de 90 estudios sobre la autoagresión, un año después de la LAI, el 16% repite el comportamiento de autodaño y aproximadamente el 2% murieron por suicidio⁽⁵⁾.

Automutilaciones y marcas corporales

Ciertas marcas corporales, como tatuajes o piercings pueden ser formas de identificación normativa entre adolescentes de un mismo grupo, sin que tengan un carácter patológico. La intersubjetividad en la percepción de lo simbólico de estas modificaciones corporales juega un rol central.

Presentación clínica

2/3 de los individuos que se automutilan son mujeres, sin embargo en los últimos años se viene observando una tendencia al aumento de la población masculina^(1,6). En el estudio de Martin en Australia (2006), sobre 2.663 adolescentes de la población general, predominaron los pasajes al acto aislados en mujeres. Cuando se trata de automutilaciones repetidas, las cifras mujer/varón tienden a equipararse.

Existe consenso en cuanto a que la edad de inicio más frecuente para el comportamiento automutilador es entre los 12 y los 14 años^(1,7), por lo que el pediatra debe estar formado para detectarlas y tratarlas oportunamente.

Los cortes son las lesiones más frecuentes, pero pueden encontrarse otras formas como escoriaciones, golpes, pellizcos, mordidas, tricotilomanía, quemaduras o interferencias con la cicatrización⁽⁸⁾.

Las zonas corporales más frecuentemente lesionadas son las muñecas y los brazos (74%), seguidos de piernas (44%), abdomen (25%) y cabeza (23%)⁽⁹⁾.

Con frecuencia las lesiones autoinfligidas pueden ser difíciles de detectar cuando se trata de adolescentes insertos en la institución escolar y en la sociedad sin signos de malestar. Este décalage entre la gravedad del acto y el conjunto de la vida del sujeto hace que muchas veces las automutilaciones pasen desapercibidas.

Las lesiones autoinfligidas en sujetos jóvenes de población no clínica, tienden a ceder entre 6 meses a 2 años de su inicio. La influencia de los pares juega un rol determinante, tanto en el inicio como en el cese de este comportamiento⁽¹⁾.

Comorbilidad

Los comportamientos automutiladores tienden a asociarse a dos grandes entidades clínicas: los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos *borderline* de la personalidad.

25% a 40% de los pacientes con TCA se automutilan, sobre todo los que tienen comportamientos de purga⁽¹⁰⁾.

Herpetz sostiene que un 52% de los sujetos automutiladores presentan un trastorno *borderline* de la personalidad, en tanto un 80% de sujetos con trastorno *borderline* se han autolesionado⁽⁵⁾. Éstos diagnósticos en la adolescencia son provisorios y se hacen en la evolución. El lecho etiopatogénico que subyace a ambos trastornos es de registro traumático. Múltiples estudios señalan el impacto del abuso sexual infantil en el desarrollo ulterior de TCA asociados a comportamientos automutiladores⁽¹⁰⁾.

Si bien las automutilaciones repetidas se asocian en alta frecuencia con trastornos *borderline* de la personalidad, no son condición necesaria ni suficiente y aún menos patognomónica de este trastorno.

La afirmación de sí mismo en negativo, es decir la construcción de una identidad a través de actuaciones destructivas, puede ser una salida posible en jóvenes vulnerables cuando las exigencias sociales se vuelven difíciles o imposibles de acceder y el entorno se muestra poco continente.

Los aspectos adictivos

Es importante considerar que toda conducta repetitiva que tiende a automatizarse puede adquirir un carácter adictivo. Si bien las autolesiones más frecuentes, en población general, son únicas, en ciertas ocasiones pueden multiplicarse, auto reforzando la conducta y reorganizando el conjunto de la personalidad alrededor de ésta.

Las conductas adictivas funcionan como actos anti-pensamiento que permiten cierto control de sentimientos o afectos penosos para el individuo, a la vez que proporcionan una vía de descarga de la agresión y de dominio sobre los otros. En tal sentido, la evidencia muestra que las automutilaciones son formas de autorregular las emociones y la relación con los otros. Éstas pueden calmar sentimientos internos de tristeza, enojo, ansiedad, culpa o vergüenza⁽⁸⁾.

D'onofrio⁽²⁾ propone un modelo comprensivo de los comportamientos autoagresivos y explica que éstos tienen funciones múltiples en un mismo individuo: la regulación de los afectos, el alivio de heridas emocionales, la búsqueda de dominio sobre el dolor y los traumatismos pasados, la comunicación del sufrimiento, el control de

los otros, la búsqueda de un soporte ambiental y asegurar y autenticar un sentimiento de sí mismo.

Detección y tratamiento

El pediatra es el profesional mejor posicionado para detectarlas. El examen físico completo de la piel puede poner en evidencia lo que el sujeto en ocasiones oculta. Debe tenerse en cuenta que con frecuencia los cortes en antebrazos y muñecas son escondidos por el uso de pulseras y adornos. La actitud del médico curiosa, en el sentido de querer saber y dispuesto a escuchar, no enjuiciadora, calma y a la vez interesada, puede ser el primer paso terapéutico. El clínico debe profundizar acerca de la intencionalidad del gesto, diferenciándolo de los intentos de autoeliminación. Esto es relevante a los efectos de establecer la necesidad o no de internación. Es importante realizar una evaluación minuciosa acerca de la historia de estas conductas, estableciendo su inicio, los momentos en que se producen, sus desencadenantes, las zonas corporales lesionadas, el o los mecanismos lesionales, los instrumentos utilizados a tal fin, los afectos o experiencias que se movilizan, si las realiza a solas o acompañado, la respuesta ambiental, los síntomas acompañantes, las ideas de muerte y la existencia de otras conductas auto o heteroagresivas.

La presencia de lesiones autoinfligidas debe promover la rápida consulta al psiquiatra pediátrico entendiendo que son signos de un malestar, antesala de actuaciones con potencial destructivo grave. El psiquiatra pediátrico evaluará el significado y valor de esta conducta en el funcionamiento psíquico global del paciente y el lugar que ésta ocupa en la dinámica familiar y social.

El abordaje farmacológico puede ser necesario en ciertas ocasiones, dependiendo del contexto global en el que se inscribe el comportamiento automutilador. Éste debe ser considerado como parte de una estrategia global de intervención diseñada para cada paciente en particular.

En ciertos pacientes será necesario restablecer la continuidad de la envoltura corporal y psíquica entendiendo que las marcas en la piel señalan las fallas en sostener el sentimiento de unidad y de continuidad existencial.

La psicoterapia es una indicación pertinente en todos los casos, que abre un espacio de escucha y de palabras para construir una narrativa posible en lugar del acto.

Referencias bibliográficas

1. **Gicquel L, Corcos M.** Les automutilations á l'adolescence. Paris: Dunod, 2011.
2. **D'Onofrio.** Adolescent self-injury: a comprehensive guide for counsellors and health care professionals. New York: Springer, 2007.

3. **Pattison E, Kahan J.** The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 1983; 140(7):867-72.
4. **Favazza A, Rosenthal R.** Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44(2):134-40.
5. **Herpertz S.** Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91(1):57-68.
6. **Walsh B.** Treating self injury: a practical guide. New York: Guilford Press, 2006.
7. **Ross S, Heath N.** A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolesc* 2002; 31(1):67-77.
8. **Walsh B.** Clinical Assessment of self-injury: a Practical Guide. Inc. *J Clin Psychol: In Session* 63: 1057-1068. 2007
9. **Favazza A.** Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40(2):137-45.
10. **Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger D.** Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2002; 159(3):408-11.

Correspondencia: Dra. Lucía Maurente.
Correo electrónico: lumaurente@hotmail.com