

Enfermedad por autolesión. ¡Primero me corto, luego existo!



Shelf-harm disease. First, I cut myself, then I exist!

Antonio David Pérez-Elizondo*

RESUMEN

Las autolesiones son heridas de los tejidos provocadas consciente y deliberadamente en el propio cuerpo con el propósito de modificar el estado de ánimo, sin finalidad suicida. Es una conducta adictiva de naturaleza impulsiva socialmente inaceptable. Se observa más en mujeres y jóvenes adolescentes. Los antecedentes de maltrato infantil y condiciones familiares desfavorables son factores potenciales de riesgo. Sin duda requiere un abordaje médico profesional interdisciplinario.

Palabras clave: Autolesión, cortes en la piel, trastorno psiquiátrico, adolescencia.

ABSTRACT

The self-injuries are wounds of the tissues caused consciously and deliberately in the body itself with the purpose of modifying the mood, without suicidal purpose. It is an addictive behavior of a socially unacceptable impulsive nature. It is observed more in women and young adolescents. Potential risk factors are the history of child abuse and unfavorable family conditions. It certainly requires an interdisciplinary professional medical approach.

Keywords: Self-injury, skin cuts, psychiatric disorder, adolescence.

INTRODUCCIÓN

El término *cutting* o *risuka* hace referencia a lesiones corporales consciente e intencionalmente autoinfligidas, muchas veces de baja letalidad sin un verdadero propósito suicida; el objeto transitorio es disminuir una intensa angustia emocional; una conducta aberrante y socialmente inaceptable. Las frases duras y frecuentes entre la población involucrada tales como «primero me corto, luego existo», o «mi cuerpo representa cómo me siento» sólo expresan la única forma inmadura e irracional que conocen para comunicarse.¹

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En relación con la incidencia y prevalencia de este trastorno psicológico cada vez más reconocido, están lejos de alcanzar una estadística fidedigna debido a la validez cuestionable del número de pacientes registrados que acude a un Servicio Hospitalario de Urgencias. Tanto en Gran Bretaña como en otros países se han efectuado varios estudios que calculan que hasta 1 de cada 130 jóvenes puede experimentar comportamientos autoagresivos; se documenta además mayor canti-

* Médico Internista-Dermatooncólogo. Hospital para el Niño, Instituto Materno Infantil del Estado de México. Profesor de Pre- y Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. Miembro de la Sociedad Mexicana de Pediatría. Miembro de la *American Academy of Dermatology*. Miembro de la *American Academy of Family Physicians*. México.

Recibido: 09/02/2020. Aceptado: 14/04/2020.

Citar como: Pérez-Elizondo AD. Enfermedad por autolesión. ¡Primero me corto, luego existo! Arch Inv Mat Inf. 2020;11(2):77-81. <https://dx.doi.org/10.35366/101554>



dad de pacientes adolescentes y jóvenes adultos, e incluso raros casos infantiles reportados. Es de hecho más observado en mujeres en una relación del 3-4:1 respecto a los varones explicado por una mayor administración farmacológica reconocida y su intrínseca naturaleza de contener ideas y sentimientos violentos. Es de gran interés conocer que alrededor de 4% de la población adulta en general refiere historia de autolesiones, hallazgo semejante en aquellos casos que cursan con diversas psicopatías asociadas.²⁻⁴

Las mujeres manifiestan más sus autolesiones con cortes figurados o lineares en la piel (85%), mientras los hombres lo realizan mediante quemaduras físicas y/o químicas (30%). No son ajenos la autoflagelación, los golpes violentos en la cabeza, tracción intensa del pelo, arañazos, pellizcos, o introducción subcutánea de objetos punzocortantes y en casos extremos mordeduras en labios, boca, o brazos, mutilación de dedos, amputación de extremidades o castración.⁵

COMORBILIDADES Y CONDICIONES PSICOGÉNICAS

La conducta de la autolesión y excepcionalmente de la mutilación propia es un grave problema del control de la impulsividad, casi siempre acompañado de variados problemas psiquiátricos como el abuso de sustancias, depresión mayor, trastornos de la personalidad ya antisocial o límite, un intenso estrés postraumático o verdaderas psicosis. Durante el interrogatorio dirigido es prudente brindar en lo posible la suficiente información al personal especializado en salud respecto a los potenciales factores de riesgo para orientar la sospecha diagnóstica y oportuno abordaje multidisciplinario. En este apartado en particular, destaca el pertenecer al género femenino o un bajo nivel socioeconómico, individuos con orientación homosexual o bisexual, antecedentes de maltrato infantil en cualquiera de sus variantes, negligencia, abuso emocional, físico y/o sexual; asimismo, la violencia en el núcleo familiar o social próximo, experiencia de aislamiento o reclusión. Se debe identificar una base de capacidades distintas como

entidades del espectro autista, retraso psicomotor, entre otros muchos.^{6,7}

Linehan documenta que la enfermedad de la autolesión se observa con mayor frecuencia en personas cuya dinámica social acontece en un ambiente «invalidante»; se interpreta el término como aquel entorno agresivo y hostil que desvirtúa los intentos fracasados de comunicación de las experiencias íntimas de una persona con reacciones enajenantes, erráticas e inapropiadas. De esta manera, se le advierte al sujeto que el análisis interpretativo de sus acciones y emociones son equivocadas e impropias, su inflexión consecuente da lugar a sentimientos de culpa, responsabilidad y vergüenza que conlleva al autocastigo reiterado, en muchas ocasiones con mayor cantidad y gravedad de las lesiones.⁸

MOTIVOS DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA

Aunque son difíciles de explicar las causas de las lesiones autoprovocadas, pueden contemplar lo siguiente:

Sensación de «vacío existencial prolongado»: sin duda muchos adolescentes experimentan un doloroso y sufrido sentimiento de aislamiento social, más aún de su círculo familiar cercano, provocando anhedonia y marcada frustración. La búsqueda incesante pero fallida de sentirse «vivos» los obliga a suplir tales episodios continuos de soledad por actos vivenciales duales de placer y dolor al autolesionarse con la finalidad de manifestar «aquí estoy, existo».

Adjudicación del control: la experiencia de situaciones interpretadas como desagradables e incómodas al no poder influir sobre los demás o manipular tales sucesos a la propia conveniencia conlleva inexorablemente a desplazar el enojo o rechazo en medidas equivocadas de control en lo que sí se puede anular la extrema ansiedad, la expresión corporal de la autolesión.

Llamar la atención de los demás: la enfermedad de la autolesión o *self-cutting* es el único medio de manifestar la falta de afecto, contacto físico y comunicación interpersonal de apoyo y empatía;



Figura 1:

Erosiones sangrantes lineales de distribución paralela en antebrazo.



Figura 2: Cicatriz atrófica eritematosa sobre tatuaje.



Figura 3: Placas erosivo-costrosas por quemadura.

en otras circunstancias por capricho insulso como advertencia amenazante e interés dirigido a inculpar o responsabilizar a la figura jerárquica próxima de sus actos.

Autocastigo: casi siempre los individuos afectados padecen cuadros depresivos acompañados de baja autoestima y sentimientos de odio, rechazo o vergüenza, considerándose los culpables de los acontecimientos o inferencias negativos sucedidos. La desbordada impulsión emocional conduce irremediabilmente a cometer la conducta de la autoagresión.

Evasión de malestares emocionales: bien se sabe que cualquier dolor corporal es capaz de obstaculizar el proceso primario del pensamiento con distorsión resultante de las emociones. En aque-

llos casos susceptibles, la intrusión parásita inesperada de ideas obsesivas molestas favorece la culminación del acto autolesivo con la finalidad de anularlas, una forma irracional del control anímico.

Conducta parasuicida: se estima que un 15% de los pacientes afectados tiene pensamientos suicidas en cualquier momento, afortunadamente la propia inseguridad y miedo de experimentar una situación más lejana de control reprime la intención.⁹

Desde el punto de vista neurobiológico, algunos autores consideran la activa intervención de diferentes neurotransmisores cerebrales estabilizadores del estado del humor y el comportamiento agresivo. Winchel y Stanley descartaron la influencia del sistema dopaminérgico y de los opioides en la etiopatogenia del trastorno; sin embargo, argumentan la importancia singular de la disminución de los niveles séricos de serotonina en la dinámica del comportamiento agresivo. Del mismo modo, Coccaro y colaboradores informan que cifras bajas de la 5-hidroxitriptamina se correlacionan con aumento de la intensidad animicodepresiva, irritabilidad y agresividad con potencial riesgo de cometer actos lesivos. Se postula que la deficiencia anatomofuncional del neurotransmisor dificulta aprender distintas maneras eficaces de controlar la impulsividad en aquellos individuos imposibilitados por experiencias vitales psicotraumáticas, evitando la recurrencia de la autolesión como mecanismo de sobrevivencia.¹⁰

MANIFESTACIONES CLINICOMORFOLÓGICAS

En la práctica médica cotidiana, en muchas oportunidades no se presenta el motivo principal de consulta, y por lo regular desempeñando el papel de un gran simulador patológico, la piel es el órgano blanco más



Figura 4:

Zona erosionada de base húmeda enrojecida por aplicación de aceite caliente.



Figura 5: *Morsicatio buccarum et labiorum.*

lastimado por actos autolesivos conscientes, compulsivos y fallidos de pretender exteriorizar emociones adversas.

De manera ocasional, se observan heridas mucocutáneas por cortes abigarrados o lineares con objetos filosos o puntiagudos (*Figuras 1 y 2*), secuelas cicatrizales por vigoroso frotamiento corporal, marcas orientadoras de quemaduras químicas o térmicas (*Figura 3*), equimosis extensas por golpearse intencionalmente la cabeza, placas pseudoalopécicas por tracción intensa del pelo (*Figura 4*), mordeduras en labios, boca, mejillas o brazos, conducta facticia también conocida como *morsicatio buccarum et labiorum* (*Figura 5*); amplias zonas tegumentarias denudadas por arrancamiento, pellizcamiento o perforaciones premeditadas.

Se destaca que lo más frecuente es el empleo de múltiples y distintos métodos de autoagresión en cada ocasión. Es de singular interés comentar el ocultamiento de las cicatrices del daño mediante prendas de vestir durante años, evitando la estigmatización y los juicios sociales.¹¹⁻¹⁴

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Se reconoce que la enfermedad de la autolesión es un estado psicopatológico complejo cada vez más identificado, pero muchas veces poco diagnosticado; la intervención médica profesional multidisciplinaria es mandatoria. Se recomienda actuar de manera comprensiva y empática sin repulsión dramática, con verdadera actitud de apoyo y ayuda.

A la fecha, no existe alguna opción terapéutica eficaz; en algunos pacientes es posible la administración de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), así como fármacos antipsicóticos como la clozapina, naltrexona o el topiramato con resultados inconsistentes. Es imprescindible su conjunción con psicoterapias cognitivo-conductuales o mentalizantes enfocadas en la transferencia y modificación de los afectos.¹⁵⁻¹⁷

COMENTARIO

Los así llamados *cutters*, en su búsqueda incesante y perturbadora de alivio emocional, sólo encuentran el autodaño, franqueando el abismo existencial doloroso inscribiendo huellas de un maltratado retorno. Se conoce que alrededor de 10% de los casos solicitan ayuda, éste y el resto de los pacientes son objeto de la ignominia o mala interpretación por el personal de la salud sin recibir la atención integral apropiada que, aunado a la comorbilidad psiquiátrica acompañante, aumenta la gravedad de la situación clínica en la que se vive con posibles resultados funestos. Sirva este manuscrito para invitar al médico general y especialistas a identificar, interpretar y evaluar detenidamente el contexto ambiental, antecedentes personales y familiares, así como los motivos inductores que promueven este comportamiento anormal y el fundamento mental subyacente que nos conduzca a planificar una estrategia de atención interdisciplinaria y eficiente.

REFERENCIAS

1. Pérez-Elizondo AD. Risuka y la comunidad médica: una reflexión interpretativa. *Rev Argent Dermatol.* 2015; 96 (4): 1-7.
2. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc.* 2000; 23 (1): 47-55.
3. Hawton K, Williams K. The connection between media and suicidal behavior warrants serious attention. *Crisis.* 2001; 22 (4): 137-140.
4. Hawton K, van Heeringen K. *The international handbook of suicide and attempted suicide.* West Sussex: John Wiley & Sons; 2000.
5. Javierre E, Amiguet M, Mengual JM, Fuertes A, Ruiz PM, García N. Lo último entre adolescentes. Los cortes en la piel. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2016; 46: 35.
6. Fox C, Hawton K. *Deliberate self-harm in adolescence. Child and adolescent mental health series.* London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2004.
7. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5.* Madrid: Panamericana; 2014. p. 803-806.
8. Linehan M. *Suicidal people: Orre population or two?* In: Mann JJ, Stanley M (Eds.). *Annals of the New York Academy of Science: Vol 487. The psychobiology of suicide.* New York: New York Academy of Sciences; 1986. pp. 16-33.
9. Zaragoza JF. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2017; 47: 37-45.
10. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior; a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry.* 1991; 148 (3): 306-317.
11. Andover MS, Primack JM, Gibb BE, Pepper CM. An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Arch Suicide Res.* 2010; 14 (1): 79-88.
12. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging

- adults. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 37 (4): 725-735.
13. Carvajal Oviedo HU, Choque Huanacio CC, Poppe Mujica V, Gantier Fernández DN, Rivera Pérez YJ. Autolesionismo: síndrome de *cutting*. *Arch Boliv Med.* 2014; 22 (90): 50-55.
 14. Pérez-Elizondo AD. «*Morsicatio buccarum et labiorum*». ¿De qué se trata? *Arch Inv Mat Inf.* 2016; 8 (2): 65-67.
 15. Royal College of Psychiatrist. *Managing deliberate self-harm in young people. Council report CR64.* London: Royal College of Psychiatrists. Gaskell Publications; 1998.
 16. Pérez-Elizondo AD, del Pino-Rojas GT, Gómez-Espinoza M. Excoriaciones psicogénicas: identificación, interpretación y abordaje de una patología de atención compartida. *Rev Argent dermatol.* 2013; 94 (4): 11-13. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2013000400004&lng=es
 17. Large M, Babidge N, Andrews D, Storey P, Nielsen O. Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophr Bull.* 2009; 35 (5): 1012-1021.
- Conflicto de intereses:** Se declara no tener algún conflicto de intereses general o en lo particular.
- Financiamiento:** Es un escrito financiado por el autor.
- Correspondencia:
Dr. Antonio David Pérez-Elizondo
E-mail: antonioidavid64@gmail.com