

Modificaciones corporales, autolesión y salud[†]

Souza y Machorro Mario,* Cruz Moreno Lenin**

RESUMEN

Se revisa la historia del tatuaje y la perforación corporal en contexto socio-antropológico para ubicar sus motivaciones culturales, religiosas, tribales, sexuales, etc. Se describen tales modificaciones corporales desde una visión epidemiológica juvenil, dada la carencia de estudios nacionales en el tema. El trabajo se centra en las vertientes de las complicaciones médicas *locales* (psoriasis, esclerodermia, infecciones, desgarros, cicatrices, dolor) y *sistémicas* (gangrena, sífilis, tuberculosis o lepra) e infecciones bacterianas y virales (hepatitis B y C, y VIH/SIDA) y la psicopatología (conducta compulsiva asociada a trastornos ansioso-depresivos, de personalidad -límitrofe-, parafilias sexuales -somasoquismo-, o psicosis) de la práctica autolesiva. La motivación para realizar modificaciones corporales parte de la percepción/reacción a condiciones negativas vividas a lo largo de la vida (resentimiento, insatisfacción), integración social reducida y comportamiento guiado por la "necesidad" paradójica de provocación-aceptación, erotismo-dolor. Tal personalidad se asocia a una constante búsqueda de novedad, tendencia a la actividad exploratoria e intensa excitación en respuesta a los estímulos nuevos, vía impulsividad y excitabilidad. El análisis de la psicopatología y la retórica traslucen los estudios actuales en el campo e indican que los adolescentes exhiben a menudo conductas desviadas y actividades ilegales (consumo de psicotrópicos, pandillerismo, juego patológico, delincuencia, etc.). Los portadores, más proclives a participar en conductas de riesgo sexual, homosexualidad y otras, muestran más trastornos alimentarios, actividades sexuales múltiples y de riesgo a la salud. Se concluye destacando la suicidalidad desde la óptica psicodinámica que incluye las recomendaciones de los organismos internacionales para promover los programas educativos comunitarios.

Palabras clave: tatuaje, perforación corporal, práctica autolesiva.

Corporal modifications, autoinjury and health

ABSTRACT

We review the anthropological aspect of the history of the tattoo and the corporal perforation in context to locate his cultural, religious, tribal, sexual motivations, etc. Such corporal modifications are described from an epidemiological juvenile vision, given the lack of national studies in the topic. The work centres on the slopes of the medical local complications (psoriasis, esclerodermia, infections, tears, scars, pain) and systemic (gangrene, syphilis, tuberculosis or leprosy) and bacterial and viral infections (hepatitis B and C, and VIH/SIDA) and the psychopathology (compulsive conduct associated with anxious-depressive disorders, of personality -bordering-, paraphiliac sexual -somasochism-, or psychosis) of the autoharmful practice. The motivation to realize corporal modifications departs from the perception/reaction to negative conditions lived along the life (resentment, dissatisfaction), social limited integration and behavior guided by the paradoxical "need" of provocation - acceptance, eroticism - pain. Such a personality associates to a constant search of newly, trend to the exploratory activity and intense excitement in response to the new stimuli, route impulsiveness and excitability. The analysis of the psychopathology and the rhetoric they reveal the current studies in the field and indicate that the teenagers exhibit often deviant conducts and illegal activities (consume of psychotropic, vandalism, pathological game, delinquency, etc.). The carriers, more inclined to take part in conducts of sexual risk, homosexuality and others, they show more food disorders, sexual multiple activities and of risk to the health. The suicidality ends up by being outlined from the optical psychodynamics that includes the recommendations of the international organizations to promote the educational community programs.

Key words: Tattoo, corporal perforation, autoharmful practice.

Desde el neolítico la historia humana se ha plagado de modificaciones corporales: aplicación de joyas, vestimentas, peinados y mutilaciones,¹ que implican: cortar, cercear o lesionar de forma permanente el esqueleto o los dientes y practicar escarificación, tatuaje (T), circuncisión, perforación corporal (PC) y ablación de clítoris.² El tema preocupa a investigadores socio-antropológicos y clínicos, para evaluar la asociación entre factores y con-

ductas de riesgo, y las modificaciones corporales, especialmente entre jóvenes, tanto por sus complicaciones médicas como por la psicopatología subyacente.³ Es muy amplia la lista de *complicaciones médicas locales* (psoriasis, esclerodermia, granuloma sarcoidal, induración e infecciones bacterianas y virales, tétanos, tuberculosis, desgarramiento tisular, reacciones alérgicas, cicatrices y queloides, dolor crónico, lesiones bucodentales, sangra-

[†] Congreso Internacional de Adicciones 2007. "Modelos de vanguardia para la atención". Centros de Integración Juvenil, A.C. Ciudad de México, octubre 22-26, 2007.

* Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Profesor y Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones, CIES-SEP.

** Maestro en Salud Pública y en Medicina Social. Subjefe del Departamento de Normatividad de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Profesor de la Carrera de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, UAM-Xochimilco.

dos) y *sistémicas* (gangrena, sífilis, lepra, chancro, verrugas, hepatitis tipos B y C, VIH/SIDA, cáncer de piel, endocarditis bacteriana).⁴ Y cuando se infectan (incluyen agentes como pseudomonas, estafilococias y estreptococias recurrentes), que provocan diversas consecuencias (abscesos, glomerulonefritis aguda, endocarditis, erisipelas, artritis séptica, osteomielitis, dermatitis alérgica, quiste epidérmico, rasgadura de lóbulos auriculares, ruptura uretral, obstrucción de vías aéreas, dientes protrusivos y/o agrietados, migración o rechazo de la PC, sangrados, dolor crónico, síndrome tóxico, estado de choque, septicemia e incluso la muerte) que agravan los padecimientos previos (diabetes, cáncer, hipertensión, epilepsia, SIDA, hepatitis y en los venoadictos refuerzan la anergia y la comorbilidad de la dependencia). De modo que la exclusión de los portadores como donadores de sangre es una de las consecuencias del espectro lesivo en muchos países.⁴ La otra gama de complicaciones que afecta los habituales procesos adolescentes (oposición a la autoridad, búsqueda de identidad propia, narcisismo reactivo-compensatorio, cambios en la autoconfianza, inestabilidad afectiva, búsqueda de nuevas experiencias, conductas de riesgo contra la salud) derivan del rechazo social a la modificación corporal y su reto implícito. No obstante, el portador suele considerar que su “arreglo” lo tornará “único” y distinguido, por lo que incursiona en cualquier experiencia social-antisocial para “incorporar” a su vida en forma permanente, personas, fechas, símbolos, etc.⁵

Las modificaciones se relacionan con conductas de *búsqueda de sensaciones nuevas*, que persiguen la aceptación de sus pares y son motivadas por la percepción-reacción a condiciones negativas inconscientes de su vida (insatisfacción y resentimiento). La PC se asocia además a una pobre integración social y a una conducta guiada por la paradójica necesidad de provocación-aceptación y el antagonismo erotismo-dolor. Tal tipo de personalidad muestra una constante tendencia a la actividad exploratoria en respuesta a estímulos nuevos, cuyos patrones conductuales se caracterizan por impulsividad y excitabilidad.⁶ Véase cómo la psicopatología adolescente reúne distintos grados de inhibición intelectual o dedicación escolar excesiva; variaciones del talante, sobre observación y conductas centradas en el cuerpo. Su autoscopia excesiva y su mala interpretación, inducen la producción de modificaciones para intentar “escapar” de la autocensura.

Estudios internacionales documentan que los adolescentes y otros que no lo son tanto -ya que existen adolescentes de todas las edades-, exhiben conductas desviadas y actividades ilegales con consumo de psicotrópicos; pandillerismo; juego patológico; delincuencia, participación en ambientes y fiestas “rave” donde se consumen tóxi-

cos; conductas de riesgo sexuales; sadomasoquismo; homosexualidad y otras patologías sexuales superpuestas, anorexia-bulimia, ideación e intentos suicidas.⁷

Al efecto, cabe señalar la diferencia entre las lesiones somatomórficas de la piel (neurodermatitis) y las auto infligidas en forma habitual y repetitiva, que tipifican clínicamente la autolesión como conducta compulsiva asociada a trastornos ansioso-depresivos, de personalidad límite, parafílicos, psicosis y abuso-adicción a psicotrópicos. Además, el tipo, número, ubicación de los T, etc., son factores de riesgo a la vez que sospecha predictiva de complicaciones y predictores tanto de mal manejo de la salud como de conducta autolesiva y violencia.⁸ La PC se correlaciona con desempleo, falta de participación religiosa y suicidio, especialmente entre las mujeres más jóvenes portadoras de uno o varios T y PC.

Estudios en personas hospitalizadas o régimen penitenciario, muestran aumento de conductas violentas, trastorno de conducta, delincuencia y criminalidad. Aunque en poblaciones escolarizadas, ciertos núcleos militares y en profesionales adultos, no se ha podido establecer dicha correlación, se ha documentado la consistente diferencia entre portadores y no portadores, amén del tipo amateur o profesional de lesión, pues el amateur se relaciona con aumento de insatisfacción con el T, problemas de conducta y baja escolaridad.⁹ Entre los más jóvenes, se presenta mayor riesgo suicida, dependencia nicotínica y a drogas ilegales y conductas violentas e impredecibles asociadas al consumo étlico. Las drogas de mayor riesgo y gravedad (cocaína y metanfetaminas) son más frecuentes y las consumen más, quienes sufren mayor número de lesiones. Los varones son más proclives al uso de T y las mujeres a las PC o ambas.¹⁰ Llama la atención que la contratransferencia del personal de salud indique actitudes negativas hacia los portadores, pese a que las pautas de conducta de riesgo y problemas asociados sirven para su diagnóstico.

Por otro lado, el análisis psicodinámico muestra entre otras cosas, que la anorexia-bulimia que puede acompañarles, patentiza una relación de amor-odio entre el portador y su cuerpo, ya que con la intención de “adornarlo” y embellecer lo que no se requiere, accede a la paradoja de hacer inatractivas las zonas de su cuerpo.¹¹ Por ello, la “naturalidad” social con la que desea verse este fenómeno, promovido por una filosofía autolesiva, ignorancia en temas de salud e interés mercantil, se interpreta como la manipulación de un “arreglo” innecesario y peligroso. Una cicatriz es una lesión; estigma disruptivo que rompe la continuidad imaginaria y la perfección del concepto perceptual de integridad corporal; una señal subjetiva que asume distintos significados psicofísicos y sociofamiliares. Las lesiones pretenden establecer una diferencia de re-

emplazo de los usos y costumbres de la cultura, creando un orden separado y una negación de la sumisión a la cultura simbólica, cambiándola por un nuevo orden. De-seando ser visto como diferente, el sujeto al lesionarse se distancia de la cultura dominante, por lo que el estigma simboliza su rebeldía. Y como al asumir una identificación imaginaria, el portador rechaza la identidad simbólica colectiva, negándose a la adaptación que interpreta como sumisión a ella.¹² El T y la PC actúan en conjunto formando una misma categoría y encarnando el mismo proyecto: marcar un *ethos* (carácter) disidente a partir de la alteración corporal. Y si bien las modificaciones son distintas en grado, se inspiran en la misma tónica ritual de mortificación,¹³ para después expiar la culpa colectiva y redimirla después en la identidad marcada que se ostenta.¹² La comunicación humana, dice Tapia, puede entenderse como un drama simbólico, donde los sujetos buscan aliviar culpas y alcanzar la redención. Los símbolos humanos se guían por el principio de jerarquía y del orden. La jerarquía implica niveles de autoridad, e individuos que se ascienden o descienden por entre esos niveles. Los órdenes simbólicos permiten expresar ese dinamismo, que es a menudo moralizado, pues define la compatibilidad o incompatibilidad con las reglas y las jerarquías que se establecen en la vida diaria. Cuando evidentemente no todos pueden obedecer las estructuras, y cuando los valores y creencias se contraponen en la pirámide de las jerarquías, inevitablemente surgen prácticas que violan las reglas y reeditan una forma secular de representar “la caída”, expresada en símbolos de trasgresión por los que el individuo se redime.¹²

De acuerdo con Burke¹³ existen dos formas dramáticas de redención o de “purificación simbólica”, que son la “imagen de víctima” y la “mortificación”. Esta última da cuenta de la forma retórica de la PC y el T, donde se genera la imagen de un auto sacrificio simbólico que tiene como objetivo esa redención, también simbólica. Ambas modificaciones envuelven la actividad de la identificación y la mortificación (sacrificio), a través de emblemas visibles de transformación o de re-nacimiento”.¹² Su retórica está presente en tanto que actos que muestran auto violaciones o auto mutilaciones sobre el cuerpo elegidas voluntariamente que pueden ser de varios grados y que muestran esta capacidad de autocontrol y auto elección por encima de las jerarquías dominantes. Con ello se produce una paradoja retórica, pues tales modificaciones no son tanto *una necesidad de desagregación social como una necesidad de mostrar hacia los demás que se están agregando a partir de su ‘desagregación’*, tal es el drama retórico de la mortificación expuesta (para ser reconocida).¹² No es de sorprender, por tanto, que las investigaciones señalen que muchos de ellos actúen el re-

sentimiento derivado de sus antecedentes de rechazo, abuso psicofísico y sexual, historia de abuso/adicción familiar e individual a psicotrópicos, diversas conductas agresivas, delincuencia, arrestos, etc.¹⁴ Tal psicopatología de matices histéricos e incluso perversos, consta en la literatura,¹⁵ pero la autolesión directa, destructiva y deliberada, vista como alteración sin conciencia de intento suicida, difiere de los actos autodestructivos involuntarios de los autistas y débiles mentales.¹⁶ Como síntoma, se tipifica la conducta autolesiva, equivalente a cortadura, quemadura, fractura, infibulación, abrasión dérmica, tricotilomanía. La nosología psiquiátrica ubica la autolesión en dos entidades: trastornos sexuales y de personalidad límite. Los primeros son parafilias (sodomismo) y el segundo, reúne conductas dañinas e inconscientes, formando parte del “continuo” autodestructivo entre mutilación y suicidio, donde la permanencia de la inestabilidad emocional e interpersonal, corroboran el diagnóstico.^{16,17}

Un estudio reciente señala que los factores y conductas de riesgo de las modificaciones incluyen familias monoparentales, convivientes y amigos cercanos con T, intención actual de tatuarse, creencia de irreversibilidad, fracaso escolar, mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, mayor número de intoxicaciones alcohólicas, relaciones sexuales diversas con inicio a edad temprana y mayor número de parejas sexuales; presencia de PC sin arrepentimiento.¹⁸

En México, la prevalencia de psicopatología del T en pacientes hospitalizados con enfermedad psiquiátrica, refiere: trastorno de personalidad (38%), abuso-adicción a sustancias (33%), depresión (17%) y esquizofrenia (12%).¹⁹ Pero lo más interesante y grave a la vez, es a relación estrecha entre el deseo de regulación afectiva como intento de eliminar los episodios disociativos, de despersonalización o desrealización, en su calidad de conducta autolesiva y la suicidalidad.²⁰ Teóricamente la conducta autolesiva pretende afirmar la autonomía, definiendo los límites interpersonales entre el sí mismo y el otro; influir en la relación interpersonal, a efecto de manipular la ayuda sentida como necesaria aunque contradictoria por su condición de autocastigo, y postergar la ira para canalizarla hacia la búsqueda de sensaciones pro bienestar. Los individuos auto lesivos muestran ideación suicida y, aunque la relación aún no es clara entre autolesión y suicidio, se ha establecido un correlato comórbido, que incluye además depresión, consumo de psicotrópicos, dolor psíquico, disfunción cognitiva y disregulación serotoninérgica y noradrenérgica, lo cual da pauta clara a su manejo.

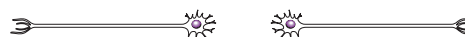
Cabe señalar que aunque la autolesión y el intento suicida, difieren en su motivación (letalidad, grado de desesperanza, deseo de dejar de vivir y atracción por la vida,

etc.) y mecanismos de expresión, quienes se autolesionan e intentan el suicidio, exhiben los más altos niveles condicionantes de estrés y disponen de menos factores protectores que quienes sólo se autolesionan o sólo intentan suicidarse. De ello se desprende que el estado autolesivo y la frecuencia de lesiones guardan relación directa y proporcional con el suicidio.²¹

El uso de escalas para el estudio de la autolesión permite medir su extensión y objetivar tal conducta, diferenciando ubicación topográfica, tipo de lesión, número de ellas y grado de severidad, etc., lo que ayuda al clínico a evaluar la condición global del paciente.²² Como el fenómeno autolesivo constituye una realidad social, la falta de información apropiada favorece la mala interpretación de estas prácticas, llevando a conclusiones tan favorables como equívocas. La sociedad precisa por tanto, de programas terapéuticos *ad hoc* y educativo-preventivos sobre educación para la salud mental,²³ que enfrenten eficazmente los riesgos a la salud, en especial los derivados de la modificación corporal: una noxa más de moda, tan innecesaria para el individuo como para la colectividad.

REFERENCIAS

1. Hopkins JT. *Body art: Marks of identity*. New York: American Museum of Natural History; 2000.
2. Souza y MM. Desarrollo psicosexual y educación sexual. *Ginecología y Obstetricia de México* 2004; 72: 475-86.
3. Schildkrout E. Inscribing the body. *Annual Review of Anthropology* 2004; 33: 1, 319.
4. Stirn A. Body piercing: Medical consequences and psychological motivations. *Lancet* 2003; 361(9364): 1205-15.
5. Reinsfeld S. A case of adolescents with multiple tattoos. *El cuerpo tatuado: una mirada sobre los adolescentes con tatuajes múltiples*. *Revista de Psicoanálisis* 1999; 56(2): 299-308.
6. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 573-88.
7. Carroll ST, Riffenburgh RH, Roberts TA, Myhre EB. Tattoos and body piercings as indicators of adolescent risk-taking behaviors. *Pediatrics* 2002; 109: 1021-7.
8. Stirna TA, Hinz A, Briherl E. Prevalence of tattooing and body piercing in Germany and perception of health, mental disorders, and sensation seeking among tattooed and body-pierced individuals. *J Psychosomatic Research* 2006; 60: 531-4.
9. Huxley C, Grogan S. Tattooing, Piercing, Healthy Behaviours and Health Value. *J Health Psychology* 2005; 10(6): 831-41.
10. Mayers LB, Judelson DA, Moriarty BW, Rundell KW. Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergraduates and incidence of medical complications. *Mayo Clinic Proceedings* 2002; 77: 29-34.
11. De Godoy MMS. A perverse intrapsychic relationship. *Revista Brasileira de Psicanálise* 1997; 31(4): 943-57.
12. Tapia A. Retórica de la disidencia: tatuajes y piercing. En: *El árbol de la retórica. Teoría, análisis y crítica de la cultura y la comunicación a partir de la teoría retórica*. Disponible en: <http://www.elarboldearetorica.blogspot.com> (Consultada el 2 de mayo de 2007).
13. Chao PS. *Tattoo and Piercing: Reflections on Mortification*. In: Pirelli LJ (ed.). *Rhetorics of Display*. University of South Carolina Press; 2006.
14. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68: 609-20.
15. Caplan R, Komaroni J, Rhodes M. Obsessive-compulsive disorder, tattooing and bizarre sexual practices. *Br J Psychiatry* 1996; 168(3): 379-80.
16. American Psychiatric Association, APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. 4th Ed. Washington, D.C.; 2000.
17. De los Santos Sánchez-Barbudo A. Aspectos psicopatológicos de la personalidad en el tatuado. *Psicopatología* 1985; 5(3): 271-8.
18. Busaniche JN, Eymann AM, Mulli V, Paz MC, Catsicaris C. Asociación entre adolescentes tatuados y conductas de riesgo. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(4): 309-15.
19. Cassab MJ. Psicopatología de la expresión a partir de los tatuajes en pacientes psiquiátricos internados: Un estudio epidemiológico. *Neurol Neurocir Psiquiat* 2002; 35(2): 89-96.
20. Hicinbothem J, Gonsalves S, Lester D. Body modification and suicidal behavior. *Death Studies* 2006; 30: 351-63.
21. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 226-39.
22. Greenspan L, McLellan BA, Greig H. *Abbreviated Injury Scale and Injury Severity Scale: A scoring chart*. *J Trauma* 1985; 25: 60-4.
23. Souza y MM. Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(2): 91-3.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx