

Conducta de autolesiones en estudiantes universitarios

Como una introducción a mis comentarios sobre el estudio de Whitlock et al¹ (en este número de *Pediatrics*), me gustaría presentar algunos datos sobre la conducta autolesiva (CAL, el término políticamente incorrecto para la automutilación [AM]) basados en el estudio y el tratamiento durante 25 años de los que se autolesionan. Hasta finales de los años ochenta, la mayoría de los psiquiatras y los psicólogos (la literatura pediátrica fue notablemente silenciosa) contemplaban la AM como una conducta singular, horrible y sin sentido que estaba de alguna forma relacionada con el suicidio simbólicamente o de hecho. Sólo algunos investigadores intentaron comprender realmente este fenómeno.

En mi libro de 1987, *Bodies under siege*², que fue revisado ampliamente y favorablemente, se ordenaba la automutilación dividiéndola en dos categorías principales que yo definí como cultural y patológica. Al examinar los rituales de mutilación profundamente asentados, algunos de los cuales remitían a la edad de piedra, determiné que servían principalmente a tres propósitos: 1) conseguir la gracia y mejorar las relaciones con Dios; 2) mantener la estabilidad social, y 3) conseguir la curación física. Este hallazgo me llevó a considerar la autolesión como una forma mórbida de autoayuda. Al examinar a los pacientes inventé una clasificación fenomenológica de AM desviada que definí mejor en la segunda edición de 1996 de mi libro y en publicaciones colaborativas. La AM desviada se puede dividir en cuatro tipos: 1) mayor, como la enucleación de ojo o amputaciones, que es rara y se asocia con psicosis, transexualismo e intoxicaciones; 2) estereotípica, como golpearse la cabeza o morderse a sí mismo, que no es infrecuente en el retraso mental y el síndrome de Tourette; 3) compulsiva, como la excoriación grave de la piel y morderse las uñas, y 4) impulsiva, como cortarse la piel, quemarse y pincharse con cuchillos, que es frecuente y se asocia con una serie de enfermedades mentales como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y trastornos de la personalidad, especialmente límite, histriónico y antisocial. Las personas que realizan automutilaciones impulsivas pueden lesionarse a sí mismas de forma episódica mientras que las que hacen automutilaciones repetitivas pueden presentar un síndrome de autodaño deliberado (ADD), caracterizado por amenazar con el autodaño, autoidentificación como un “cortador” o “quemador” y alivio rápido y temporal después de un acto de autodaño por numerosos síntomas, especialmente ansiedad creciente, episodios de despersonalización y depresión. Las personas con el síndrome, que típicamente empieza al principio de la adolescencia y dura 10 a 20 años, pueden presentar trastornos alimentarios, cleptomanía, abuso de alcohol y de sustancias. Tie-

nen un riesgo elevado de sobredosis suicidas debido a desmoralización sobre su incapacidad para controlar su conducta de autodaño además del disgusto por sus cuerpos con cicatrices y el autoaislamiento. Yo tengo en cuenta entre 15 y 20 actos de autodaño para considerar un automutilador repetitivo, mientras que las personas que presentan el síndrome se han autolesionado a sí mismas al menos 50 veces (algunas se han cortado a sí mismas centenares e incluso miles de veces). Los cuatro tipos de AM se encuentran en todas las clases sociales y en todas las naciones del mundo. La AM compulsiva e impulsiva es más frecuente en mujeres con una proporción aproximada de 6:4.

El estudio de Whitlock et al recogió una cantidad tan grande de datos que su presentación resulta problemática. Un elemento perdido importante es el papel, si existe, del consumo de alcohol y drogas en la CAL. Los autores eligen agrupar a los sujetos en tres grupos: 1) personas sin CAL; 2) personas con un incidente, y 3) personas con dos o más incidentes (“incidentes de CAL repetidos”), aunque la tabla 2 muestra que el 33,2% de las que se autolesionaron llevaron a cabo 2,5 actos, el 15,5% realizaron 6-10 actos, el 9,7% hicieron 11-21 actos y el 15,2% realizaron más de 21 actos. Aunque no soy sofisticado cuando se trata de estadística, destaca que las probabilidades de autolesiones simples y repetidas en el estudio aumentan astronómicamente si los sujetos refieren también suicidio, trastorno psicológico moderado, características de trastornos alimentarios y abuso emocional.

Aunque el 70% de los sujetos que “repiten” emplean múltiples métodos de CAL, no se ha descrito el tipo de SIB en los sujetos de incidencia única, aunque, con diferencia, el tipo más frecuente de CAL descrito fue el rasgado o pinchazos importantes en la piel (51,6%) y el segundo más frecuente fue golpearse o pincharse con objetos hasta el punto de producir hematomas o sangrados. Me resulta difícil creer que este incidente de SIB tendría ningún poder predictivo. De hecho, los autores no afirman que un incidente de SIB sea predictivo de fisiopatología clínica sino que suponen que puede ser una manifestación de trastorno emocional subclínico, aunque “trastorno emocional” no es un diagnóstico y lo que implica es suposición de alguien. Quizá se podría hacer una analogía favorable con el hallazgo de que los síntomas depresivos subclínicos en la adolescencia pueden ser predictivos de depresión mayor en la vida adulta. La cuestión del tipo de CAL es importante. Por ejemplo, cortarse la piel parece ser más destacado que rascarla o golpear una pared. En las poblaciones no clínicas es bastante frecuente que los adolescentes varones golpeen una pared cuando están frustrados o que las chicas jóve-

nes se rasquen la piel. Pero incluso con los cortes, presto poca atención a las personas que refieren un acto de CAL impulsivo o compulsivo realizado en los años anteriores. Sin embargo, me preocuparía si un paciente hubiera empezado recientemente con CAL. Mi mayor preocupación sería que la conducta fuera el inicio de un patrón que debería detenerse para evitar la progresión a convertirse en un autolesionador repetitivo y desarrollar un ADD. La importancia del estudio de Whitlock et al estará determinada sólo por estudios de seguimiento y será bastante una tarea de seguir a los estudiantes que se gradúan o dejan la escuela.

Clínicamente, yo recomendaría que todos los médicos o profesionales de salud mental pregunten sobre la CAL durante el primer contacto con un paciente como parte de la exploración del estado mental. Durante la exploración física, el médico debería buscar escaras, hematomas y otros signos de CAL. Una vez identificados, los pacientes deberían ser aconsejados sobre la naturaleza "adictiva" de la CAL y la posibilidad de presentar el DSH. El tratamiento psicológico, especialmente la terapia de conducta dialéctica que no suele estar disponible en muchos lugares y que exige pacientes altamente mo-

tivados, es algo útil. Los medicamentos para disminuir la impulsividad, como los SSRI, y para regular el afecto, como los estabilizadores del humor (lamotrigina, antipsicóticos atípicos, etc.), también pueden ser útiles. La propia CAL es una forma mórbida de autoayuda y suele ser efectiva para disminuir la ansiedad grave, la despersonalización y otros síntomas. Los problemas son que sus efectos son breves y las cicatrices pueden llevar a una vida de autoaislamiento y desmoralización. La intervención precoz para prevenir la escalada y la frecuencia de la CAL es el mejor tratamiento.

ARMANDO R. FAVAZZA, MD
Professor and Vice-Chair, Department of Psychiatry,
University of Missouri-Columbia, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviours in a college population. *Pediatrics*. 2006;117:1939-48.
2. Favazza AR. *Bodies under siege: self mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1987.