



AUTOLESIONES COMO RESPUESTA

SELF-HARM LIKE RESPONSE

María José Muñoz Algar¹. Patricia Bernal García²

1. Instituto Psiquiátrico Montreal. El Plantío, Majadahonda.
2. CSM Puente de Vallecas.

maria_jose_m@msn.com

Autolesiones. Regulación emocional. Sistema opioide.
Self-harm. Emotional regulation. Opioid system.

RESUMEN

El fenómeno de las autolesiones es un comportamiento complejo. Una conducta autolesiva se define como toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte.

Autolesiones en humanos: Se trata de una estrategia maladaptativa de regulación emocional que es efectivo para reducir los afectos negativos, en particular la tensión psicológica.

Modelo del déficit opioide: Pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad se realizan cortes sin intencionalidad suicida con el fin de aliviar un dolor psíquico. Los pacientes aprenden a cortarse, liberando opioides, que recompensa y refuerza este comportamiento. De acuerdo a esta visión, los pacientes se automedican cortándose, intentando atenuar el importante distrés intrapsíquico.

Conclusiones: Dada la importancia del sistema opioide en la génesis y mantenimiento del comportamiento autolesivo, pensamos que sería interesante considerar en un futuro dicho sistema como diana terapéutica.

ABSTRACT

The phenomenon of self-harm is a complex behavior. A self-injurious behavior is defined as any deliberate behavior designed to direct physical damage toward the body, without the purpose to cause death.

Self-harm in humans: This is a maladaptive emotion regulation strategy that is effective in reducing negative affect, particularly psychological stress.

Opioid deficit Model: Patients with the diagnosis of borderline personality disorder, they use cuts without suicidal intention in order to relieve psychical pain. Patients learn to cut, releasing opioids which rewards and reinforces this behavior. According to this vision, the patients are self-medicating by cutting, trying to mitigate the significant intrapsychic distress.

AUTOLESIONES COMO RESPUESTA

INTRODUCCION

El fenómeno de las autolesiones es un comportamiento complejo, que causa lesiones físicas leves o moderadas, emprendido sin intención suicida consciente y que ocurre en ausencia de psicosis y/o discapacidad orgánica intelectual. (1).

La piel que recubre el cuerpo opera como un primer límite entre el organismo y el mundo externo. Al mismo tiempo, recibe estímulos que provienen tanto del interior como del exterior. Es a partir de esta doble faz que cumple múltiples funciones para el desarrollo del aparato psíquico. (2).

El acto de autolesión comprende el uso de un método que habitualmente podría producir la muerte (ej.- ahorcamiento, ahogo, envenenamiento, etc). (3). Entre los distintos términos válidos para definir como autolesiones encontramos: daño autoinfligido, automutilaciones, parasuicidio, autolesión, autoagresión y accidentes deliberados. (4). Autores como Hicks y compañía lo definen como el acto intencionado de lesionar los tejidos con la intención de cambiar de forma abrumadora el dolor emocional por un dolor físico más aceptable. (5). Entre los diferentes tipos de comportamientos de automutilación encontramos cortes, flebotomías, mordeduras, quemaduras o úlceras. (6).

Una persona que intenta suicidarse quiere morir, pero un automutilador se corta para sentirse mejor. El suicidio es una solución permanente a un problema temporal, mientras que la automutilación es una solución temporal a un problema permanente. (5)

Por otro lado, encontramos suficiente evidencia para afirmar que el antecedente de conductas autolesivas es uno de los más potentes predictores de suicidio consumado. Estudios de seguimiento señalan que, alrededor de 9 años después de haber cometido un acto de autoinjuria, el 5% de los autoagresores habrá consumado suicidio. El mayor riesgo de muerte se presenta dentro de los primeros 6 meses luego de una autoagresión. Hawton calcula que, durante un año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es 60 veces mayor que en la población general. Aunque las autolesiones predicen intentos suicidas futuros, los intentos suicidas no predicen futuras autolesiones. (7)

BREVE RELATO CLÍNICO

"S" es una paciente de 18 años diagnosticada de trastorno límite de la personalidad. Se encuentra en tratamiento desde hace tan solo unas semanas. Tiene antecedentes clínicos de impulsividad, conductas de riesgo, altibajos anímicos de larga evolución, sentimientos de vacío existencial y autolesiones desde hace 3 años. Sus autolesiones comprenden diferentes conductas autolesivas como son moratones, tatuajes e realización de piercings de forma semanal, y con

AUTOLESIONES COMO RESPUESTA

relativa frecuencia, cortes autoinflingidos de forma superficial con un bisturí. La paciente refiere que se realiza los cortes para calmar su angustia interna. Dicha conducta se encuentra en cierto modo ritualizada. La paciente verbaliza dificultades para extinguir la misma, aunque ha mejorado su angustia basal a pesar del uso de tratamiento farmacológico de perfil serotoninérgico coadyuvante a la psicoterapia de apoyo (en la que se trabajan, entre otros aspectos, el reconocimiento y manejo más adecuado y funcional de las emociones).

Al trabajar con un adolescente que se corta, haya o no una historia clara de trauma físico, uno se encuentra con la urgencia, la desesperación y el desespero de tener que gestionar estados de vulnerabilidad muy amenazantes. No solo han existido experiencias de fondo de violencia emocional en las cuales el individuo "aprendió" a contar con técnicas de autogestión más que a esperar que los otros le ayuden a gestionar sus sentimientos, sino, decisivamente, las organizaciones del self que se forman en tales circunstancias son bastante frágiles. Además de soportar las emociones "violentas" y sentirse "violentamente" rechazados e incomprensidos, los que se cortan tienen que gestionar un estado de la mente que no pueden aguantar. Comprender estos estados y ayudar al adolescente a gestionarlos de forma menos maladaptativa es central en la tarea terapéutica. (8)

AUTOLESIONES EN HUMANOS

Las autolesiones deberían ser conceptualizadas como una estrategia maladaptativa de regulación emocional que es efectivo para reducir los afectos negativos, en particular la tensión psicológica. (9-15) Se trata de un camino para obtener el alivio emocional y ofrecer un escape de emociones indeseadas, pensamientos y situaciones estresantes. Estas aparecen tanto en hombres y mujeres con varios diagnósticos psiquiátricos, más del 70% con dicho comportamiento son mujeres con diagnóstico de trastorno límite de personalidad (TLP). (16)

Los que se cortan conocen de forma íntima la experiencia de violencia emocional, a veces también exacerbada por violencia física. Los individuos que son particularmente vulnerables a la auto-lesión, personas con historias traumáticas, vejaciones sexuales, lesiones físicas y enfermedades, trastornos de la alimentación, y aquellos con trastorno límite de la personalidad, tienen todos en común un núcleo vivencial. Para ellos, las heridas psíquicas constituyen instancias de violencia emocional y vulnerabilidad insoportable que deben gestionar solos. Lo central en estos casos es cómo se entiende, vive y gestiona la vulnerabilidad. (8).

Modelo del déficit opioide

Durante décadas, investigadores han teorizado que al menos un comportamiento común en los TLP –cortes autoinflingidos – que se asocian a la alteración de actividad opioide (17,18). Estos pacientes se realizan cortes sin intencionalidad suicida con el fin de aliviar un dolor psíquico.

AUTOLESIONES COMO RESPUESTA

(17,19) Muchos pacientes dicen no sentir dolor físico cuando se realizan los cortes, sienten alivio o bienestar. Este método representa un mecanismo de producción de opioides endógenos. Los pacientes aprenden a cortarse, liberando opioides, que recompensa y refuerza este comportamiento (17), logrando así un sentimiento de balance. (20). Esto indica que estos pacientes podrían tener un déficit preexistente de opioides endógenos. De acuerdo a esta visión, los pacientes se automedican cortándose, intentando atenuar el importante distrés intrapsíquico (17) generando una analgesia subjetiva durante las autolesiones. (21). Los efectos son relativamente efímeros, reduciendo rápidamente los efectos negativos y generando un inmediato y notable aumento de los efectos positivos. Esto les permitiría continuar usando esta estrategia maladaptativa para fortalecer aún más el ciclo de la emoción-autolesión. (9)

Las beta-endorfinas y met-enkefalinas, que son predominantemente receptores agonistas mu y delta- respectivamente, juegan un papel en general anti-nociceptivo, implicado en un fenómeno conocido como estrés que induce analgesia. Los pacientes que se autolesionan tienen bajos niveles de opioides endógenos, especialmente de beta-endorfina y met-enkefalina respecto al grupo de pacientes sin autolesiones (17, 18)

De este modo el estrés crónico podría permitir un pico de opioide endógeno en respuesta al estrés agudo; e importantes traumas físicos y psicológicos podrían permitir un estado de deficiencia permanente, o quizás habituación a elevados niveles de opioides endógenos. Por lo tanto, podemos decir que la etiología de la baja actividad opioide podría ser una consecuencia de factores genéticos, del entorno o lo más probable, una combinación de los dos. (17)

El sistema opioide endógeno no solo se asocia con la regulación del dolor, también tiene un papel importante en el comportamiento social. En humanos, los opioides se implican en la regulación emocional normal y patológica, además de su papel más tradicional para modular las dimensiones sensitivas y afectivas del dolor. Esta es la razón para pensar que los opioides endógenos facilitan una función social normal en individuos sanos. (18)

TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA EL ABORDAJE DE LA AUTOLESIÓN: Recogemos a continuación los tratamientos más utilizados en el manejo del síntoma autolesivo:

- La terapia dialéctico-conductual de Linehan: La *terapia dialéctica conductual* cuyo acrónimo es TCD (DBT por sus siglas en inglés derivadas de *dialectical behavior therapy*) es un tratamiento cognitivo-conductual centrado en la enseñanza de habilidades psicosociales desarrollado por Marsha M. Linehan, una investigadora de psicología de la Universidad de Washington, específicamente para el tratamiento de personas con Trastorno *borderline* de la personalidad (TLP). Combina diversas técnicas cognitivo-conductuales, dirigidas a la regulación emocional y pruebas de realidad, con los conceptos de tolerancia a la angustia,

AUTOLESIONES COMO RESPUESTA

aceptación y la plenitud de conciencia, en gran parte derivados de la práctica de meditación budista. Diversos autores afirman que es la forma de psicoterapia más eficaz en el tratamiento del TLP y, aparentemente, también en pacientes que presentan síntomas y conductas asociadas a trastornos del estado ánimo, las autolesiones, abuso sexual, y dependencia de sustancias psicotrópicas. (22).

- Regulación emocional: Las personas con trastorno límite de la personalidad y las personas con tendencias suicidas son emocionalmente intensas. Pueden estar enojadas, frustradas, deprimidas, ansiosas, pero siempre vivirán estas emociones de una manera muy intensa. Estos pacientes recibirán ayuda puntual para aprender a regular sus emociones. (22). El desarrollo de estas habilidades sirve para:

- ✚ La identificación de las emociones
- ✚ La identificación de los obstáculos mientras evoluciona la emoción
- ✚ La reducción de la vulnerabilidad a la reacción emocional
- ✚ El aumento de eventos emocionales positivos
- ✚ El aumento de la atención a las emociones actuales
- ✚ Tomar la acción opuesta a la emoción molesta
- ✚ La aplicación de técnicas de tolerancia al malestar.

- Tratamiento farmacológico: Una revisión sistemática Cochrane sobre la psicofarmacología del trastorno límite de la personalidad, llevada a cabo por Lieb y col. Llegaron a la conclusión que los medicamentos mejor indicados para este trastorno (por extensión, también para una entidad clínica que comparte muchas de sus premisas fisiopatológicas y consecuencias clínicas) son los estabilizadores del ánimo (valproato sódico, lamotrigina, topiramato) y los neurolépticos llamados "atípicos", entre los cuales destacan la olanzapina y el aripiprazol. (22).

CONCLUSIONES

Cuando hablamos de autolesiones, queremos referirnos a un comportamiento sin intencionalidad suicida consciente, que causa lesiones diversas.

Es indiscutible que las autolesiones no suicidas son un fenómeno muy prevalente entre adolescentes, (23) con índices de prevalencia a lo largo de la vida de al menos una autolesión que ronda el 18% en muestras a nivel mundial. (24) Durante la etapa de la adolescencia la tendencia a actuar (*actingout* y *acting-in*) puede representar una modalidad de la mente para elaborar una realidad interna rica en continuos cambios, inestable y, en algunos casos,

AUTOLESIONES COMO RESPUESTA

inquietante. Tales conductas pueden constituir, por un lado, la expresión de una prueba potencial de construcción de identidad y, por el otro, la manifestación de una profunda vulnerabilidad y conflictividad. (25)

Además, los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad que refieren no sentir dolor a la autolesión responden a la inducción experimental de dolor agudo con analgesia y con una subsiguiente mejora de su humor. Esto lleva a los investigadores a especular que estos efectos son debidos a mecanismos cerebrales, los cuales se creen reguladores tanto del dolor como del afecto (p.ej. el sistema de péptidos opioides endógenos y los sistemas serotoninérgicos. (8)

Nuestro estudio trata de aproximarse y entender los mecanismos subyacentes a este comportamiento, que la investigación relaciona directamente a día de hoy con una alteración de actividad opioide. En este sentido, pensamos que sería interesante considerar en un futuro dicho sistema como diana terapéutica. Estudios aislados refieren que los antagonistas opioides ya han sido usados en el tratamiento del comportamiento autolesivo sobre la base de dicha disfunción en algunos individuos (26), pero en la actualidad esto no se encuentra sistematizado, probablemente por la escasez de estudios y de resultados que demuestren su eficacia. Pensamos que es necesario ampliar las investigaciones en este campo, con el fin de encontrar una estrategia útil para extinguir dicha conducta disfuncional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mangnall J and Yurkovich E. (2008) A literature Review of Deliberate Self- Harm. Perspectives in Psychiatric Care. Vol 44, No 3. 175-184.
2. Hernández Jiménez N. Reflexiones sobre Marcas en la Piel. Psicología Iberoamericana (2010), Vol. 18, No. 1, pp. 38-46 ISSN 1405-0943
3. Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. (2004) "Near-fatal" Deliberate Self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. Journal of Affective Disorders 79; 263-268.
4. Nagaraja Rao K, Sudarshan CY, Shamshad Begum (2008). Self- injurious behavior: A clinical appraisal. 50 (4): 288-297.
5. Hicks K. M. & Hinck. S. M. (2008) Concept analysis of Self- mutilation. Journal of Advanced Nursing 64 (4), 408-413.
6. Baguelin-Pinaud. A., Seguy C., Thibaut F., Les conduits automutilatrices: Étude portant sur 30 patients. (2009) L'Encephale. 35, 538-543.

AUTOLESIONES COMO RESPUESTA

7. Villarroel J.G., Jerez S.C., Montenegro M.A., Montes C.A., Igor M.M. y Hernán Silva I. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Rev. chil. neuro-psiquiatr. vol.51 no.1 Santiago mar. 2013. versión On-line ISSN 0717-9227.
8. Doctors S. Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. Revista internacional de psicoanálisis. 2007. Aperturas psicoanalíticas. Revista nº 027.
9. Kamphuis JH, Ruyling SB and Reijntjes AH (2007). Testing the emotion regulation hypothesis among self-injuring females. Evidence for differences across mood states. The Journal of Nervous and Mental disease. Vol 195. No 11: 912-918.
10. Harned MS, Rizvi SL et Linehan MM. (2010). Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 167 (10): 1210-1217.
11. Crowell SE, Beauchaine TP and Linehan MM. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. Psychol Bull 135 (3): 495-510.
12. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang Y-Y and Mann JJ. (2010). Nonsuicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. J. Affects Disord. 124 (1-2): 134-140.
13. Beauchaine TP, Klein N, Crowell SE, Derbidge C and Gatzkekepp L. (2009) Multifinality in the development of personality disorders: A Biology × Sex × Environment interaction model of antisocial and borderline traits. Dev Psychopathol 21 (3): 735-770.
14. Gratz KL(2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. Journal of clinical psychology: In session. Vol 63 (11): 1091-1103.
15. Bower L. Las autolesiones: más allá del daño tisular. Revista «Poiésis». FUNLAM. 2014. Nº 27. Pp:1-6. ISSN 1692-0945
16. Holm AL and Severinsson E (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: A norwegian hermeneutic study. Nursing and Health Sciences. 12: 52-57.
17. Stanley B et Siever LJ (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. Am J Psychiatry. Vol 167, No 1: 24-39.
18. New AS and Stanley B (2010). An opioide deficit in borderline personality disorder: self-cutting, substance abuse and social dysfunction. Am J Psychiatry. 167 (8): 882-885.
19. Hulbert C and Thomas R (2010) Predicting self in BPD: an investigation of the experiential avoidance model. Journal of Personality Disorders. Vol 24. No 5: 651-663.

AUTOLESIONES COMO RESPUESTA

20. Broke S and Horn N. (2010) The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy. Theory, research and Practice.* 83: 113-128.
21. Ludäscher P, Bohus M, Lieb K, Philippsen A, Jochims A and Schmahl C (2007). Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry research.* 149: 291-296.
22. **Castro Morales J.** Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Rev Neuropsiquiatr* 77 (4), 2014.pp:226-235.
23. *Xavier A., Cunha M., Pinto Gouveia J.* Autolesión deliberada en la adolescencia: el impacto de experiencias en la niñez, el afecto negativo y los temores de la compasión. *Revista de psicopatología y psicología clínica.* Vol. 20, núm. 1 (2015) DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14407>
24. Plener et al. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* (2015) 2:2. DOI 10.1186/s40479-014-0024-3.
25. Manca M. Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Psicoanálisis - Vol. XXXIII - Nº 1 - 2011 - pp. 77-88*
26. A.Roy, M. Roy, S. Deb, G. Unwin & A. Roy Are opioid antagonists effective in reducing self-injury in adults with intellectual disability? A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research.* (2015). Volume 59 part 1 pp: 55-67. doi: 10.1111/jir.12111