

AUTOAGRESION.

(Cuando herirse es una forma de hablar.) ¹



Altamirano Ramón Juan Mauricio
Medico Psiquiatra.

[*magu_mauricio@hotmail.com*](mailto:magu_mauricio@hotmail.com)

RESUMEN

La auto agresión es una conducta que tiene como objetivo de provocarse una lesión sin intencionalidad suicida, a pesar de ser un importante factor de riesgo de la misma. La edad de inicio es aproximadamente de los 14 años a los 24 años. Esta se realizaría como una forma de sentir alivio frente a frustraciones. No se conoce el porcentaje de afectado, pero la mayoría de los estudios manifiesta que 1 de cada 15 adolescentes realizaron conductas auto agresiva a lo largo de su vida, y que representa el 4 % de las internaciones psiquiátricas. El mecanismo más utilizado es de provocarse cortes en antebrazos, pero no es el único método. A pesar que no patognómica de ninguna nosografía psiquiátrica, los trastornos de personalidad de tipo borderline sería los que mayor frecuencia presenta dicha conducta. Este comportamiento se relaciona desde punta vista neurobiológico como depleción del sistema serotoninérgico, alteraciones en la dopamina y sistema opiodes.

Su tratamiento se basara en el diagnostico. Aun no existe ningún tratamiento farmacológico específico para disminuir la auto injuria. Los IRSS sería las moléculas más recomendada por sus beneficios y baja efectos adversos.

Palabras claves: auto mutilación, auto agresión, personalidad limite, adolescente, impulsividad.

ABSTRACT

The self-injury is a behavior that is intended to cause injury without suicidal intent, despite being a major risk factor for the same. The age of onset is about 14 years to 24 years. This would be undertaken as a way to feel relief from frustration. No one knows the percentage of affected, but most studies show that 1 in 15 teenagers self-aggressive behaviors performed throughout his life, and representing 4% of admissions psychiatrist. The mechanism used is caused cuts on his forearms, but not the only method. Although not pathognomic of any nosography psychiatric disorders borderline personality type would be those who most often presents such behavior. This behavior is related from neurobiological view point as depletion of serotonergic system, alterations in dopamine and opioid system.

His treatment was based on the diagnosis. Although there is no specific drug treatment to reduce auto injury. SSRIs molecules would most recommended for its benefits and low side effects.

Keywords: self-mutilation, self-injury, borderline personality, adolescent impulsiveness.

A) INTRODUCCIÓN.

En la actualidad estamos frente a una creciente problemática. La autoagresión, auto mutilación o autolesión constituye una conducta poco estudiada que aparece con frecuencia en la población pre-adolescente y adolescente. Producto de un trastorno mental de distinto grado con afección de personalidad. Sujetos que frente a determinadas situaciones se generan cortes en su propios cuerpos u otras conductas auto agresivas. Es amplia la heterogeneidad clínica de este fenómeno, no solo en cuenta a su modalidad de ejecución, sino en su dinámica psíquica. La autolesión o auto mutilación consiste en hacerse un daño físico como método de alivio al sufrimiento psicológico. Los métodos de autolesión varían mucho de persona a persona: cortes, quemaduras, golpes, tirarse del pelo, quebrarse algún miembro, etc. Esta no se origina con la intencionalidad de suicidarse, a pesar que puede ser un fuerte predictor. En esta monografía tendrá como objetivo explicar la heterogeneidad clínica, las principales teorías y los tratamientos publicados para dicha conducta.

B) DESARROLLO

B-1 Definición

La Auto agresión, también conocida como autolesión, auto injuria, auto mutilación o auto daño, es una conducta que incluye el daño tisular o alteración deliberada del propio cuerpo sin intención de cometer suicidio. Esta definición está compuesta por algunos puntos claves.

- La automutilación es un acto intencional contra el yo. (puede ser impulsiva o compulsiva)
- Incluye algún tipo de violencia física.
- No se comete con la intención de suicidarse.

Los tipos de lesiones que más frecuente se provocan son los cortes con objetos cortantes en el antebrazo. En 1989 Hawton clasificó las conductas auto-mutilatorias en tres grupos:

- a. Laceraciones superficiales sin intención suicida o con escasa intención suicida.
- b. Cortes profundos que a veces involucran vasos sanguíneos mayores, nervios y tendones. A veces, pero no siempre, asociados con importante intencionalidad suicida y generalmente asociado a enfermedad psiquiátrica grave.
- c. Auto-mutilación en psicosis.

Los pacientes que presentan cortes superficiales parecen constituir un subgrupo característico de auto-mutiladores.

Pero estas no son los únicos mecanismos. Pueden ser varias como cortes en distintas partes del cuerpo, quemaduras, arañazos, mordeduras, golpes, presionarse los ojos, pincharse con agujas, hacerse agujeros o tatuaje ellos mismos, tironear de sus pelos o arrancárselo. O comportamientos más extraños llamado trastorno de "autoincrustración", en la cual consiste en introducirse de cuerpos extraños en tejidos blandos del cuello, los brazos, las manos, los tobillos y los pies. En raras veces, en casos muy severos, la automutilación puede incluir fractura de huesos, amputación y castración.^(8,9,14)

B-2 Estadística

Aproximadamente el 4% de los pacientes que se encuentran en hospitales psiquiátricos se lesionan a sí mismos, siendo la proporción mujeres: hombres de 3: 1. Las estadísticas en Reino Unido indican que aproximadamente el 90% de las conductas auto-lesivas no fatales se deben a una sobre dosis de droga y en 2/3 de los casos se utilizan los fármacos prescritos por algún médico. El segundo método más usado en conductas auto-lesivas no fatales es la laceración, generalmente de muñecas o brazos. Este tipo de conducta auto-lesiva corresponde en forma más precisa con lo que se conoce como auto-mutilación. Aunque no existe una estadística precisa de esta, dado que muchos de los trabajos científicos incluyen estas conductas en las tentativas suicidas y muchos de los casos no llegan a un servicio de salud, se calcula que 1 de cada 15 jóvenes presento alguna vez en su vida conductas de auto injuria. En Estados Unidos un 11,7 % de los pacientes que acuden a un servicio de urgencia por una conducta auto-lesiva, presentan laceraciones auto-inflingidas. Al revisar esta cifra, pero incluyendo hospitales cárceles e instituciones asilares la auto laceración da cuenta del 17,5% de las conductas auto-lesivas.

El fenómeno es más frecuentemente observado en consumidores de drogas (10 a 30%), como en pacientes portadores de trastornos de personalidad borderline y antisocial. El 50 a 75 % de los pacientes con trastorno de la personalidad límite presentan conductas auto agresivas. Siendo este trastorno de la personalidad el 2% de la población en general y el 10% de los que reciben tratamiento ambulatorio en los servicio de psiquiatría. En los pacientes que presenta trastorno de la alimentación es muy frecuente encontrar conductas auto agresivas. Los reportes varían desde un 18% a 46 % de esta población especialmente la bulimia. Siendo esto un mal predictor en el tratamiento de está, el 38,5% de los pacientes trastorno de la alimentación con conductas auto mutiladoras presentaron mala respuesta al tratamiento.

A pesar que esta conducta se realice sin una intencionalidad de suicidio, esta es un fuerte predictor. El 40 % de las personas con conducta auto mutilantes, presenta intento de suicidio. En un estudio publicado por Psychiatry Research (Nock MK), donde participaron 89 adolescentes con conductas auto agresivas, brindo los siguientes datos. El 70% de los adolescentes que cometieron

conducta de autoinjuria reciente refirieron al menos 1 intento de suicidio y el 55% informó 2 o más intentos. La cantidad media de intentos de suicidio entre todos los participantes fue de 2.8

El 50 % de las personas que presenta antecedentes abuso sexual desarrolla conductas autoagresivas a lo largo de su vida. (10-12,13,14)

B-3 Nosografía

La automutilación, es una conducta que puede estar presente en varias patologías mentales. Por lo cual es un difícil su clasificación.

La automutilación repetitiva se clasifica actualmente dentro de los trastornos del control de los impulsos no especificados F 63.9. Estos cuadros clínicos comparten la imposibilidad de resistir el impulso o tendencia a realizar algún acto nocivo para el paciente o los demás. Generalmente, se produce tensión o excitación creciente previa y placer, gratificación o alivio durante el acto (alivio del componente egodistónico de la despersonalización / disociación en el caso de la automutilación). Si bien existe una alteración de la voluntad o control de impulsos, se evidencia también una importante relación entre los fenómenos de despersonalización y una alteración en la experiencia somático-afectiva del dolor que acompaña a estas conductas.

Dentro del criterios de DSM IV para el diagnóstico del trastorno de la personalidad de tipo borderline o límite se encuentra incluida la conducta automutilante, mas específicamente en el quinto criterio.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad F 60.3

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo

(p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)

7. Sentimientos crónicos de vacío.

8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Otras patologías que cursa con conductas auto agresivas, son los trastorno del desarrollo generalizado, retardo mental, síndrome metabólico de Lesch-Nyhan, daños cerebrales o psico orgánico.

También es muy frecuente observarse en los trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de la alimentación, trastorno del ánimo (depresión) y estrés post traumático. Por lo cual, es imposible encasillar dicha conducta en una única clasificación nosográfica en la actualidad^(11,12)

B-4 Clínica

B-4-1 caso típico

Tienden a ser jóvenes. La edad de inicio es aproximadamente desde los 14 años a los 24 años. Presenta rasgos de personalidad borderline que incluyen conductas impulsivas o agresivas y ánimo inestable. Típicamente muestran problemas de baja auto-estima, identidad sexual, relaciones interpersonales y abuso de alcohol o drogas. Es muy común encontrar como comorbilidad los trastornos de la alimentación, en especialmente bulimia.

En raro ocasión consulta en forma espontánea, generalmente son traídos por uno de sus progenitores o internado en una sala de hospital general luego de conducta de auto agresión. No presenta conciencia de patología (ego sintónico). Se generan múltiples cortes superficiales en el antebrazo. (Recordar que las formas de auto agresión y la intensidad pueden variar según la patología de base del individuo). Tienen tendencia a ocultar sus lesiones con anchas pulseras o muñequeras. Los pacientes que presentan varios episodios, en general utilizan varios métodos de auto agresión.

Presenta grandes dificultades para expresar sus sentimientos (alexitimia). García Estévez define el término alexitimia con las siguientes características.

- Dificultad para verbalizar las emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas.
- Dificultad para localizarla en su propio cuerpo.
- Tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento del conflicto
- Pensamiento concreto, desprovisto de símbolos y abstracciones.

- Rigidez en la comunicación pre verbal, con escasa mímica y pocos movimientos corporales.

También se observan inestabilidad emocional, labilidad yoica, con déficit en la tolerancia a la frustración, bajo control de los impulsos, relación simbiótica con los objetos. Y fenómeno relatado por muchos especialistas en la temática es el fenómeno de la despersonalización. La despersonalización es una alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos. Esto relacionado a cierta anestesia frente a los cortes, es muy frecuente que el paciente no declare dolor por las injurias autoprovocada.

Los motivos que las originan en general son frustraciones cotidianas, desencadenando malestar psíquico o desregulación emocional. Encontrando en el corte algún tipo de alivio psicológico. La inhibición de los afectos que se produce en estos individuos es intolerable, y se acompaña con grandes cargas de ansiedad, que disminuye con la conducta auto agresiva.

En varios estudios, los pacientes de estas características, tienen altas puntuaciones en las escalas para ansiedad como también para depresión.

Desde una clínica psicoanalítica, se observan la utilización de mecanismos de defensas primitivas como la escisión, la identificación proyectiva, negación, desvarolización, la idealización y la omnipotencia.

Debe tenerse en cuenta, que en varias ocasiones pueden utilizarse dicho comportamiento para la obtención de beneficios secundarios. Principalmente frente a población institucionalizada o trastorno de la personalidad antisocial y/o psicópata (por lo cual debe diferenciarse de la simulación).^(2,3)

B-4-2 Suicidio vs. Conductas auto agresivas.

El diagnóstico diferencial que se debe plantear, es la intencionalidad suicida. Existe una múltiples definiciones que se entremezcla (intención suicida, ideación suicida, suicidio no consumado, parasuicidio, auto agresión deliberada, etc.) lo que dificulta obtener un término universal sobre la temática y el desarrollo de los estudios científicos. Muchas veces las conductas auto agresivas sin intencionalidad son incluidas en los estudios de suicidios. El suicidio proviene del latín sui (de si mismo) y caedes (asesinato) que significa acto de, matarse a si mismo. Suicidio consumado hace referencia comúnmente a cualquier muerte que sea el resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo llevado a cabo por la víctima, en el cual él o ella saben o cree que producirá este resultado. Esta definición implica, por supuesto, primero, que el término suicidio se aplicaría sólo en caso de muerte; segundo, aceptar un riesgo que conduce a la muerte: si la secuencia causal indirecta puede ser especificada y fue intencionada, es suicidio; tercero, la conducta autodestructiva a veces se refiere como "erosión" "suicida, tal como las huelgas

de hambre o el rechazo a tomar una medicación vital; si la muerte es el resultado final, debería ser considerada también suicida. La OMS Define suicidio como un acto con resultado letal deliberadamente iniciada o realizada por el sujeto. Sabiendo o deseando el desenlace fatal y siendo considerando el resultado del autor como un instrumento para obtener cambios deseados de su actividad consciente y medio social.

Ideas suicidas, se refiere comúnmente a cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirse, pasando por planes muy explícitos y bien meditados para matarse, hasta una intensa preocupación con imaginaciones autodestructivas. Dicho término es de gran amplitud, ocasionando problemática en la clínica, dependiendo en la subjetividad del profesional la peligrosidad en la declaración del paciente.

El término tentativa de suicidio y parasuicidio es donde entramos en ciertos entrecruzamientos de términos y genera dificultad en diferenciar en lo que denominamos conductas auto agresivas.

La tentativa suicida se entiende como todo suicidio no consumado. Stengel (1961) diferencia entre intento de suicidio (Hay una intencionalidad auto lítica pero por fallas de la metodología no se llega a un final letal), de la tentativa suicida (donde no existe un deseo de muerte sino una actitud de manipulación o modificación del ambiente). Kessel (1963) propone reemplazar el término de tentativa de suicidio por la de auto agresión deliberada.

Krestman (1977) introduce el termino de parasuicidio, como acto no letal en el que el individuo de forma deliberada inicio una conducta no habitual, en la que se autolesiona o ingiere sustancia donde el objetivo es producir cambios que el sujeto desea por medio de las consecuencia actuales o esperadas.

En 1968 la Organización Mundial de la Salud (OMS), al no haber un acuerdo general sobre el significado de las palabras suicidio y tentativa de suicidio, empleó la expresión acto suicida para referirse a “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”.

Dado lo escrito recientemente las conductas auto agresivas, pueden ser de incluidas los términos de tentativa suicida de Stengel, parasuicidio de Krestman o las conductas suicidas de la OMS. Esto genera una gran confusión a la hora de delimitar dichas conductas.

Las conductas auto agresivas no existe una intencionalidad suicida, a pesar de ser un predictor de la misma. Las lesiones por lo general no pone el riesgo de letalidad, siendo de esto conciente el paciente. Esta relacionado a una necesidad de disminuir tensiones psíquicas, provocando cierto estado placentero fugaz. Considero la importancia de encontrar una terminología que pueda delimitar dicho fenómeno. Esto permitiría lograr un diagnostico

diferencial con tentativas suicidas o sus sinónimos, la cual hoy no se puede realizar dados que dichos significados muchas veces las incluyen. El término que mayor peso se pone es el AUTOAGRESION DELIBERADA.

B-5 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para la automutilación incluyen:

- Abuso sexual, físico o emocional durante la niñez
- Violencia o algún otro abuso de familiares en el hogar
- Problemas vinculares con sus progenitores.
- Desórdenes de estrés post traumático
- Encarcelamiento.
- Sexo: Femenino.
- Orientación sexual: Bisexualidad
- Edad: Adolescencia
- Consumo de exotóxicos.
- Retraso mental
- Autismo
- Algunos trastornos metabólicos como: Síndrome de Lesch-Nyhan.

Los trastorno psiquiátricos que pueden estar asociados a dicho comportamientos son:

- Trastorno de los límites de la personalidad (el más común)
- Depresión
- Abuso o dependencia de sustancias (alcoholismo o abuso de drogas)
- Trastornos alimenticios (anorexia o bulimia)
- Psicosis
- Trastornos de personalidad antisocial
- Trastornos de estrés postraumático.
- Trastornos del desarrollo generalizado
- Retraso mental.

B-6 Teorías

B-6-1 Psicológica.

La inestabilidad emocional y la autoestima baja marca desde punto de vista psicológico como unos de las principales causales. Como también la dificultad de poder expresar sus sentimientos en forma verbal. Una investigación Belga y británica relaciona la auto agresión como una forma de regular las emociones.

Los trabajos teóricos y clínicos indican que, primeramente, la autolesión constituye una estrategia para regular las emociones. A dichos jóvenes se realizó varias encuestas sobre la inteligencia emocional en la que consistía en evaluar adaptabilidad, rasgos de empatía, de felicidad y optimismo, adaptabilidad, autoestima. Y otro de depresión. Encontrando que los adolescentes que admitía que se autolesionaban presentaban síntomas de depresión en un 67 % y por el contrario de los que presentaban mayor “inteligencia emocional” o madurez emocional. Con un mayor poder de prevenir y de expresar las emociones eran los que menor riesgo de auto agresión existía.⁽⁸⁾

B-6-2 Psicodinámica

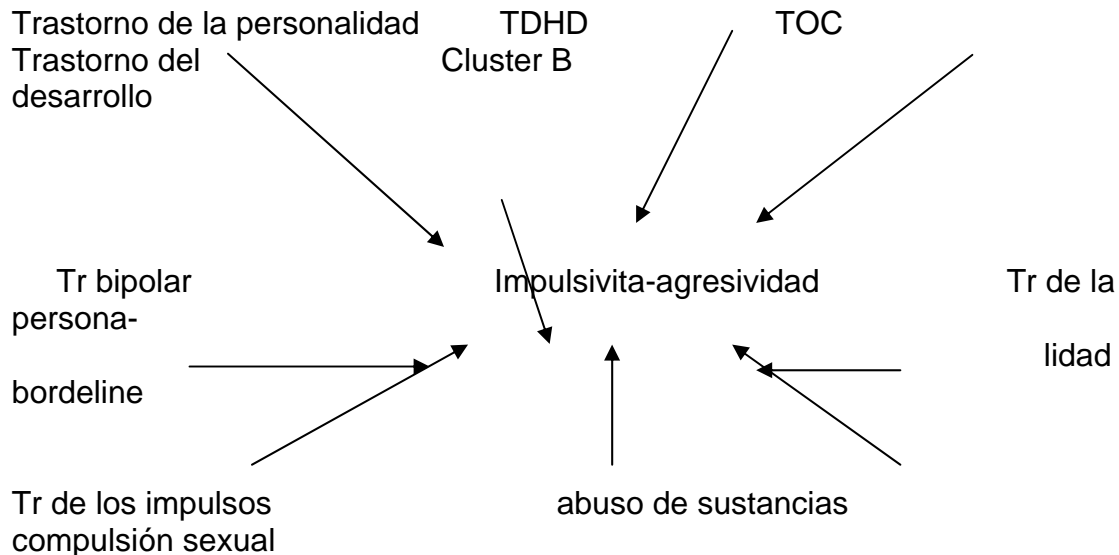
Son en general patología de rasgos narcisista, donde esta en juego la integridad del Self. Hay extrema ansiedad y se activan defensas primitivas, dado por la incapacidad de mantener estable el Self o su identidad. La conflictiva es claramente pre edipica. Donde predomina como mecanismo de defensa la escisión o splitting y otros mecanismos primitivos.

La agresividad, que dispone el sujeto se relaciona al auto conservación, la sexualidad, y el narcisismo. La agresión se puede pensar como expresión de la pulsión de muerte, o como respuesta incontrolada a una herida de la imagen narcisista de sí. En este ultimo caso, el odio es el rechazo de aquel otro que sostenía y valoraba mi imagen, pero que ahora lo deja de sostener y lo humilla o desvaloriza haciéndome sentir la fragilidad de tal imagen. A dichos sujetos no le alcanza la palabra, necesitas gratificaciones reales, generalmente son insaciable a éstas. Por lo cual utiliza al otro para la gratificación libidinal. Frente al la frustración de esta necesidad de admiración origina un desequilibrio de su narcisismo. Toda frustración narcisista puede provocar angustia y agresividad como respuesta o reacción de un yo amenazado en su integridad, que procura reestructurar la imagen de sí del sujeto elevándola a un plano de superioridad y fuerza. Esa furia narcisista es una impugnación al Otro y su destitución a un plano inferior procurando recomponer el balance de la antigua homeostasis. La auto – agresión ocasionada por frustración narcisista realiza una introyección al propio sujeto el odio al Otro y la agresividad se vuelca contra sí mismo. Por ejemplo: el descuido de sí mismo e incluso la autoagresión directa por rabia narcisista. Debe diferenciarse de la autoagresión por culpa donde se dañó a otro. El sentimiento básico en esta autoagresión por frustración narcisista se expresaría en una frase así: “no valgo nada, no merezco cuidarme a mí mismo, incluso debo destruir esta imagen mía tan desvalorizada para aliviar el sufrimiento psíquico”. Es auto agresividad del sujeto por sentirse lejos del yo ideal que desearía ser. Esta última tiene un funcionamiento sicótico. Donde el Otro es perseguidor del individuo. ⁽¹⁸⁾

B-6-3 Neurobiología

Impulsividad

Cuando debemos desarrollar la neurobiología de la auto agresión, esta altamente relacionada con la impulsividad. Varias patologías psiquiátrica muestra en su clínica la impulsividad y la agresividad en su semiología. En este cuadro se relaciona las patologías de alto grado de impulsividad



La personalidad impulsiva se caracteriza por los siguientes ítems:

- labilidad afectiva;
- impetuosidad;
- falta de orientación hacia el futuro;
- búsqueda de sensaciones;
- comportamientos arriesgados;
- extroversión;
- ausencia de precauciones.

Estos trastornos del control de los impulsos tienen en común que hay un fracaso en resistir un impulso o tendencia que puede ser dañina para sí y para los otros. Antes del acto hay una sensación incrementada de tensión; durante el acto hay una experiencia de placer, de gratificación y alivio; muchas veces luego del acto hay arrepentimiento y autorreproches.

Los factores genéticos que se han estudiado están ligados a mutaciones y polimorfismos en las enzimas transportadoras de serotonina, de dopamina y de noradrenalina. Algunos receptores, en la MAO, en la COMT, en la triptófano-hidroxilasa y en la tiroxina-hidroxilasa, que son los precursores de la síntesis de la serotonina y de las catecolaminas. Hay polimorfismos genéticos asociados a un aumento de violencia, agresividad e impulsividad.

Los más estudiados por su relevancia en el tratamiento de la impulsividad y la agresividad son: la serotonina, el GABA y las catecolaminas.

En la fisiología de la impulsividad, luce alteración del sistema serotoninérgico como principal hipótesis. Diversos hallazgos apoyan la relación entre auto-mutilación y depleción serotoninérgica. Dicha correlación se ha inferido a partir de modelos animales de hetero-agresividad que demuestran esta depleción. La serotonina es la encargada de poner un freno de las conductas. La Disminución de la actividad serotoninérgica manifestándose clínicamente con un déficit de control de los impulsos. Hay estudios en animales que lo confirman: por ejemplo, en ratones con KO del receptor 5HT_{1B} hay aumento de la impulsividad y en los seres humanos y primates la disminución de la serotonina se asocia a un aumento de la impulsividad, en parte relacionada con la inhibición que produce la serotonina sobre la función dopaminérgica, que es en definitiva quién produce la iniciación y la activación de las conductas. El incremento de las catecolaminas, tanto de la función noradrenérgica cuanto de la dopaminérgica, se encuentra asociado con el aumento de la impulsividad como estado, que se observa tanto en el síndrome maniaco como con el uso de estimulantes. Otros hallazgos reportados indican una reducción de metabolitos de serotonina (5-HIAA) en líquido cefalorraquídeo en pacientes con depresión mayor y conductas auto-mutilatorias no suicidas. Finalmente, estudios en ratas demuestran conductas auto-líticas asociadas a lesiones electrolíticas o neuro-químicas de los núcleos serotoninérgicos.

La dopamina también sería uno de los circuitos alterados. Se ha sugerido una relación entre auto-mutilación y disregulación dopaminérgica a partir de estudios en Sd. de Lesch – Nyhan y Sd. de Tourette. Se plantea una disregulación dopaminérgica asociada a una supersensibilidad de receptores de dopamina. Respaldo a esta hipótesis se ha encontrado en estudios en ratas en que se inducen conductas auto-lesivas vía denervación dopaminérgica química con 6-hidroxidopamina y estimulación con agonistas de dopamina (L-dopa o apomorfina). Posteriormente, se ha demostrado una reducción de dichas conductas al añadir antagonistas dopaminérgicos D1 selectivos ó D1 / D2. Estudios posteriores indican que sería una disregulación mixta, serotoninérgica y dopaminérgica, la que se encontraría asociada a la auto-mutilación. Debe recordarse, además, que estos sistemas de neurotransmisión poseen mecanismos regulatorios recíprocos

Existen casos en que la estimulación aislada del GABA-A puede incrementar la impulsividad al disminuir la atención. Ello se observa, fundamentalmente, con el uso del alcohol y las benzodiazepinas, los llamados **efectos paradójales de las benzodiazepinas**, generalmente descriptos en niños, pacientes añosos y pacientes

con deterioro orgánico. Es decir, que normalmente el GABA tiene una acción sedativa e inhibitoria, pero a veces puede producir aumento de la agresividad.

Por último el sistema opioides, esta es pensada por la analgesia que manifiesta los pacientes frente la auto laceración y la respuesta al naltroxeno. Varias hipótesis dan cuenta del aumento del sistema de opioides endógeno, la constante estimulación de este sistema provoca un alivio del dolor, por la

secreción de endomorfimas. Al cabo de un tiempo el cuerpo desarrolla tolerancia, a lo que clínicamente se puede ver con cierta abstinencia al corte, generando cortes más frecuentes y profundos. Actuaría como cierta adicción.
(4,11,12,20)

B-7 Tratamiento.

Siempre se debe evaluar al paciente en forma global (bio- psico- social). Como dijo Magda Campbell: "No debemos olvidar que ningún psicofármaco puede reducir los efectos de una familia o un ambiente adverso, hogares caóticos y grave psicopatología parental; la enfermedad social no puede ser tratada con psicofármacos".

El tratamiento tanto psicoterapéutico como farmacológico. Dependerá del diagnóstico del paciente. Recordemos que auto agresión es una conducta que puede estar presente en varias entidades nosográficas. Principalmente el tratamiento se basará en las patologías del eje I.

Lo apropiado es la combinación de la terapia psicoterapéutica con el tratamiento psicofármaco lógico. La medicación tendrá como objetivo disminuir la impulsividad al auto daño, como también la labilidad emocional. La psicoterapia recomendada por los textos siempre es de orientación conductiva-conductual. Otto Kernberg es un psicoanalista de origen chileno, que se especializó en el tratamiento de trastorno de la personalidad tipo borde line. Este no recomienda la terapia psicoanalítica clásica o tradicional, dado la dificultad de tolerar el proceso de regresión, como el bajo poder de insight de estos pacientes. Si no propone una terapia psicoanalítica basada en continuas intervenciones en el acá y ahora. Por lo cual es muy poco recomendable aconsejar o establecer una terapia psicoanalítica clásica

B-7-1 Tratamiento psicológico

Dentro del tratamiento psicológico. Existe múltiples variantes, las cuales ninguna demuestran una superioridad con respecto a las otras. Las mayorías de los textos aconsejan un tratamiento conductual- cognitivo, como también desaconseja una terapia psicoanalítica ortodoxa.

Los objetivos del tratamiento psicológico consistirán en:

- Establecer una alianza terapéutica.
- Analizar las funciones adaptativas del auto daño.
- Reducir la auto culpa
- Lograr un mejor manejo de las emociones, y las conductas
- Lograr expresar sus emociones por medios de palabras y no de actos.

Otto Kernberg; establece cuatro partes del tratamiento:

1. comienzo del tratamiento (análisis de de la historia y establecimiento de contacto o pacto terapéutico)

2. tratamiento temprano (identificar y clarificar temas relacionada a la transferencia) en esta etapa se caracterizara la tendencia al abandono, la amenaza del self. Las técnicas son la evaluación, clarificación, el establecimiento del contrato y el bloqueo del acting out.
3. fase media (interpretación de la identificaciones) en esta fase se disminuye las acting out, pero gran carga afectiva que se despliega. En esta fase las interpretaciones serán basada en acá-ahora.
4. fase avanzada, donde el paciente tiene una mayor poder de autocrítica, por lo cual se podrá realizar interpretaciones genéticas (“allá y entonces”).
5. terminación.

El mismo autor manifiesta que los pacientes no fueron responsables de los abusos o negligencias sufridas en el pasado. Pero si del descontrol conductual y conductas de autodestructivas en la actualidad.

En las primeras fases del tratamiento se desaconseja, técnicas de confrontación e interpretaciones. Por lo contrario las técnicas aconsejadas son comprensión y sostener a los pacientes, esto no quiere significar que se deje marcar las responsabilidades de sus actos y el costo de las mismas. Analizando los beneficios que estas conductas generan. En esta fase sería aconsejable técnicas de relajación, esta debe ser simple como poner el foco en la respiración más que en la relajación progresiva, dado que pacientes pocos motivados ven a esta última como muy complejas y tienden tendencia de abandonar.

Se debe buscar medios de expresión y sublimación de sus conductas, como puede ser la conexión con alguna forma de artes.⁽¹¹⁾

B-7-2 Tratamiento farmacológico

La FDA no aprobó aun a ninguna droga como tratamiento específico de la conducta tratante.

Los IRSS han sido demostrado que presenta eficacia para la irritabilidad, impulsividad y la agresión (auto agresión). Un estudio abierto con pacientes con diagnóstico de Borde line y personalidad esquizoides utilizando dosis alta de fluoxetina (80 mg por día) presentaron disminución de los síntomas automutilante en 98 %, pero un 22% de los pacientes no tolero los efectos adversos de la medicación. La sertralina en dosis de 100-200 mg/ día presentaba una mejoría de la agresividad y la impulsividad pero no se evaluó la auto agresión. La venlafaxina en dosis de 200- 400 mg – día presentaron mejoría de los síntomas auto agresivos. Ninguno de los estudios se realizo con control, de placebo por, lo cual los resultados son discutibles. Sin embargo la American Psychiatric Association considera a los IRSS como una molécula de elección inicial para los síntomas impulsivos y conductuales (con excepción de

los tr bipolar). Los inhibidores de la IMAO mejoraría la hipersensibilidad al rechazó, por lo cual se especula que disminuirá los síntomas de auto agresión.

Los estabilizadores del ánimo y anticonvulsivantes fueron aprobados para la disminución de la agresividad, como de los fenómenos impulsivos. Pero sin embargo no hay estudio que revele la eficacia en el tratamiento de las conductas auto agresivos. La APA recomienda la carbamacepina para pacientes con riesgo suicida y valproato en los casos de impulsividad agresiva. El Litio demostró ser eficaz y seguro en el tratamiento de la agresividad en niños y adolescentes, pero no hay demasiados estudios de la consecuencias de esta droga en el uso prolongado en el tiempo.

Topiramato, existe estudios provisorios que existiría una mejoría de las conductas autolesivas, en pacientes con discapacidad mental (Prader Willir).

Los antipsicóticos atípicos, sería los indicados en el tratamiento de pacientes con patología psicótica. También suele utilizarse cuando las conductas son de alta peligrosidad. Durante mucho tiempo se ha utilizado los neurolépticos para el tratamiento de la agresión de distintos origen, aun no se sabe si los antipsicóticos típicos tiene un efecto directo sobre la disminución de la agresividad o se debe a los efectos sedativos de estas. La FDA aprueba el uso de clopromazina, tioridazina y el haloperidol, pero los riesgos de sufrir disquinesia tardías, embotamiento cognitivo y la acatisia hacen ha estas drogas como poco recomendable para el uso en niños-adolescentes. La clozapina manifestó ser eficaz en la reducción de las auto injurias y es la única droga aprobada por la FDA para el tratamiento de ideación suicida en los esquizofrénicos. Se ha utilizado clozapina a dosis bajas (50 mg/día) en población borde line con buena respuesta. La risperidona (según estudio de Rocca) en dosis baja presento un alivio de la irritabilidad y la impulsividad.

Benzodiazepinas. El alprazolam en dosis promedios exhibo un aumento de la impulsividad y la auto agresión. Aparentemente actuaría como un desinhibidor del SNC. El clonazepam sería la molécula apropiada para estos pacientes cuando existe un componente ansioso.

Antagonista Opioides. La dosis de naltrexeno 50 mg/día durante 10 semanas presentaron una buena en el tratamiento de de la conductas. Por lo cual es una droga recomendada para el uso de esté comportamiento en especialmente se existe comorbilidad con el abuso de alcohol.

Tramadol, podría ser útil el pacientes con diagnostico de Trastorno Obsesivo-compulsivo y síndrome de Gilles de la Tourette. Pero existiría poco estudios que se sostenga a dicho fármacos, y en estudios con ratas con conductas auto lesivas inducida con pemolina dieron como resultado negativos.(5,6,11,12,20)

C) CONCLUSIÓN

Las conductas auto agresivas, pertenece a múltiples causales. Por lo cual lo difícil de determinar un estudio sistematizado que abarque la totalidad de la problemática. Sin embargo se puede determinar dentro de una clínica de un desorden impulsos. El trastorno de la personalidad borderline la patología mas frecuentes de presentar dicha conductas. Se debe tener en cuenta antecedentes personales como victima de abusos, problemas vinculares con su progenitores y los consumos de exotóxicos entre otros.

El mecanismo de utilizado más frecuentemente son cortes en los antebrazos, principalmente en trastorno de la personalidad borderline. Tienen a ser múltiples, con tendencia a ocultarlas. Y a pesar que no se origina con una intencionalidad suicida, son fuerte factor del riesgo. Presenta grandes dificultades de expresar las emociones con tendencia actuar frente a estas. Tienen muy baja tolerancia a la frustración, lo que en general desencadenas dicho comportamiento.

No existe alineamiento específico para el tratamiento de estas conductas. Existen realmente pocas publicaciones sobre la misma y los estudios en general evalúan impulsividad o agresividad. Por lo cual no puede obtener conclusiones de forma directa. La base del tratamiento será determinado el diagnostico, siendo el pilar fundamental de la misma. La psicoterapia psicoanalista ortodoxo no es aconsejable, y en las primeras fases del tratamiento se recomienda no utilizar técnicas de confrontación, como de interpretación. Esto no significa que se analice las causas, el porque y los beneficios secundarios de la auto agresión. Como también de responsabilizarlo de sus actos.

La fluoxetina (con excepción de los trastorno bipolar), una molécula mas recomendada tanto sea por su efectividad como por su bajo toxicidad.

D) DISCUSIÓN

El caso que las conductas auto agresivas no posea hasta la actualidad una entidad nosografica propia. Genera por un lado que muchas veces sean incluidas en estudios de suicidios, esto provoca grandes dificultades en lo que respecta la estadista de estos dos fenómenos, como el desarrollo de estudios científico de la misma.

Este es un fenómeno creciente, especialmente en poblaciones de adolescentes. Las cuales no existe un alineamiento especifico del tratamiento, a pesar de ser un grupo de riesgo y mal pronostico.

E) BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez Solis R, Vargas Vallejos M “Violencia en la adolescencia” salud en tabasco 08(2).2002 PP 95-98.
2. Eizaguirre A, Saenz Cabezo M. “Alexitimia, familia y Trastorno alimentario” anales de la psicología.17.2001.139-149.
3. Fernandez- Montalvo Javier. “alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento” Psicothema.6.1994.35-36
4. Frieder P. “tratamiento de la agresividad” Psicofarmacología psicodinámica IV JULIO MOIZESZOWICZ.2005.31-46
5. Frieder P., Moizeszowicz “psicofarmacología en niños y adolescentes” Cap15.Psicofarmacología psicodinamica IV estrategia terapeutica y psiconeurobiologicas de Moiseszowicz Julio. Ed Paidos.2000.
6. Greig M. “trastorno afectivo y trastorno de la personalidad limite”. Cap 19. Depresiones de Rojtenberg Sergio (comp.). Ed Polemos.2006
7. Guevara S, Torres B. “Estudio de las auto agresiones medicamentosas en urgencias de un hospital general durante un periodo de seis años” Farm Hosp. 2000; 24(4).248-252
8. Hawton Keith, Rodham. “Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England” BMJ 2002;325: 1207-1211
9. Kirchner T, Mohino S. “Estrategia de doping y conducta auto lesiva en los jóvenes recluso” rev psiquiatria Fac Med Barna.30(2).2003.77-85
10. Klonsky E, Turkheimer E, “deliberate self_Harm in nonclinical population: prevalence and psychological correlatos”. Am J Psychiatry; 160.2003.1501–1508.
11. Koldosbsky N. “Trastorno Bordeline de la personalidad, un desafio clinico” Cap.3,5,7. Ed Polemos 2005
12. Lipovetzy G. “tratamiento psicofarmacologica de la automutilacion en los trastorno de la personalidad bordeline de la personalidad”. Cap 10.”agresividad” de Halsband Sergio(comp).ed polemos. 2008.
13. Maritz Rodríguez G, Guerrero S. “frecuencia y fenómenos de lesiones auto infligidas en mujeres con trastorno del comportamiento alimentario” rev-colombiano psiquiatria. 24(3). 2005,343-354.
14. Mena I, Correa R y Nader A. “Alteraciones neurofuncionales en trastornos del ánimo que cursan con conductas auto-mutilatorias: estudio de perfusión regional cerebral a partir de la técnica de Neuro-SPECT Tc99-HMPAO”. Alasbimn Journal 9(36). 2007. 43-50.

15. Muñoz-Yunta J, Freixas A. "Trastorno asociados al síndrome de Gilles de la Tourette" REV NEUROL 28 (2).1999. 156-159.
16. Orozco L.Herín . "Neurobiología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria". Colomb. Psiquiat. 37(2). 2008.207-219.
17. Ross S, Heath N. "A Study of frequency of self-mutilation in a community sample of adolescent". Journal of Young and Adolescence.31(1).2002.67-77.
18. Santo de los José "Agresividad y Transferencia negativa" Revista Uruguaya de Psicoanálisis" 97.2003. 60-73
19. Serfaty Edith "Factores de Riesgo en la adolescencia" Alcmeon.1992 pp21-26
20. Silvia H, Iturra P "Polimorfismo del transportador de serotonina y efecto de fluoxetina sobre la impulsividad y agresividad en el trastorno límite de la personalidad". Actas Esp Psiquiatr. 35(6).2007.387-292.
21. Tlacuilo-Parra J, Guevara_Guitierrez E. "síndrome de Munchausen: reto al diagnóstico".Gac Med Méx.135(2).1999.177-181.
22. Tobias Jose, Neziroglu "trastorno Obsesivo- compulsivo. Un informe actualizado. Alcmeon (falt año- pp).
23. Vaza F , . Peñasb E . "Bulimia multimpulsiva y bulimia nerviosa asociada a patología límite: algunas pruebas acerca de su identidad clínica" <http://www.elsevier.es> el 05/06/2009.

Imágenes recopiladas en blog temáticos.







Altamirano Ramón Juan Mauricio
Medico psiquiatra.
Recibido de medico en la UNLP en 2002
Ex concurrente en el Hospital Borda
Especialista en psiquiatría.
Otorgado por la UBA (Curso Superior en psiquiatría).
Medico de planta del Hospital Nacional B. Sommer.
Medico Contratado en el Hospital San Luís de la Ciudad de Bragado.