

Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica.

Non suicidal self-injury in peruvian adolescents.

Jorge Castro Morales ^{1,a}

RESUMEN

Una aproximación diagnóstica y psicopatológica a la autolesión no suicida es planteada a partir de la recolección de datos de un grupo de diez adolescentes peruanas que sufrían esta patología. Se revisan las aproximaciones del DSM 5 a este diagnóstico, las que dan lugar a su configuración como una entidad que requiere mayor estudio para ser considerada como independiente de la sintomatología del trastorno límite de personalidad. Se formulan algunas tesis acerca de su psicopatología y las características que la singularizan frente a ese trastorno y la llamada *conducta suicida*. A partir de una formulación cognitivo-conductual, se examina el papel de esta sintomatología autolesiva como refuerzo automático y social, tanto en su vertiente positiva como la negativa. Ulteriormente se toman en cuenta las once creencias irracionales de Ellis como un instrumento para dilucidar la adaptación a la realidad de las pacientes que conformaron el grupo explorado. Finalmente se esbozan algunos alcances en torno a la terapia dialéctico-conductual de Linehan, *mentalizing* de Bateman y el uso del aripiprazol y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) en estos casos.

PALABRAS CLAVE: Autolesión no suicida, suicidalidad, trastorno límite de personalidad, DSM-5, psicoterapia dialéctico-conductual, *mentalizing*, aripiprazol, ISRS.

SUMMARY

A psychopathological and diagnostic approach regarding non suicidal self-injury is proposed as a result of an exploratory study of a group of ten Peruvian adolescents suffering that condition. The DSM 5 status for this category is taken into account, as well as its relationship with entities like suicidal behavior and the borderline personality disorder diagnosis. On the basis of a cognitive-behavioral formulation, the meaning of this self damaging pathology in terms of automatic and social reinforcement, both positive and negative, is elucidated in order to clarify further developments. One of them being the use of Ellis' irrational beliefs as a tool to evaluate the sense of reality of the patients. Some comments about Linehan's dialectical behavioral psychotherapy, Bateman's *mentalizing* and aripiprazole or selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in the treatment of these patients are proposed.

KEY WORDS: Non suicidal self-injury, suicidality, borderline personality disorder, DSM-5, cognitive behavioral psychotherapy, aripiprazole, SSRIs.

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Profesor Emérito.

INTRODUCCIÓN

Es un consenso entre los psiquiatras de niños y adolescentes peruanos el incremento exponencial de las autolesiones no suicidas, como una patología que va cobrando cada vez mayor significación entre los cuadros clínicos que debemos atender día a día, no obstante su omisión en los textos clásicos de consulta y su insignificancia estadística hace solo diez años (1). Tradicionalmente adscrita a la sintomatología del trastorno límite o *borderline* de personalidad, o a la condición marginal de comportamiento parasuicida, su reconocimiento como entidad clínica con categoría propia en los manuales clasificatorios está, en el mejor de los casos, en proceso.

Su explicación psicopatológica sigue aún caminos exploratorios y los afrontes terapéuticos aplicados no logran independizarse de la lógica que sustenta la terapia farmacológica y las estrategias dialéctico-conductuales para el afronte del trastorno *borderline*. No obstante estas dificultades, el estudio de diez casos de adolescentes mujeres que adolecían este trastorno por autolesión en Lima fue un acicate para una larga reflexión sobre el tema, la formulación de un instrumento exploratorio del mismo y la presentación de este texto para el debate.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En el proyecto en desarrollo del DSM 5, divulgado un año antes de su publicación final, se propone incluir a la autolesión sin intento de suicidio en un apartado especial (2), como el Trastorno NSSI (Autolesión No Suicida, NSSI por sus siglas en inglés) con los criterios siguientes:

A. En el último año, durante al menos 5 días, el sujeto se ha auto-infligido de manera intencional daño en la superficie de su cuerpo, del tipo que puede inducir sangrado o moretones o dolor (por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente), con propósitos no sancionados por la sociedad (tatuajes, perforaciones corporales – *piercing*-, etc.), pero realizados con la esperanza que la lesión produzca únicamente daño físico leve o moderado. La ausencia de intento suicida es, o bien reportada por el paciente, o bien se puede inferir de que el paciente sabe, por experiencia, que sus métodos de lesionarse no tienen potencial letal (cuando en duda, codificar con NOS 2). La conducta no es de naturaleza común ni trivial, como lo es el hurgarse una herida o morderse las uñas.

B. La lesión intencional está asociada con al menos dos ítems de los siguientes:

B1. Pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada, o auto-crítica, que ocurran en el período inmediatamente previo al acto de autolesión.

B2. Antes de incurrir en el acto, existe un período de preocupación (pensamientos alrededor de) acerca de la conducta a realizar que es difícil de resistir.

B3. El impulso de realizar la autolesión ocurre frecuentemente, aunque no se haya tenido que actuar consecuentemente.

B4. La actividad se realiza con un propósito; este puede ser el alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo, o una dificultad interpersonal, o para inducir un estado emocional positivo. El paciente anticipa que esto va a ocurrir ya sea durante o inmediatamente después de la autolesión.

C. La conducta y sus consecuencias afectan áreas como la interpersonal, académica u otras.

D. La conducta no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación. En sujetos con un trastorno del desarrollo, la conducta no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. La conducta no se debe a ningún otro trastorno mental o médico (por ejemplo, trastornos psicóticos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, síndrome de Lesch-Nyhan).

Posibles categorías NOS (no especificado de otra manera, NOS por sus siglas en inglés), si el DSM-5 adopta la subtipificación de las categorías del NOS:

- Trastorno de Autolesión No Suicida, no especificada de otra manera (NOS), Tipo 1, Subumbral: El paciente reúne todos los criterios del trastorno NSSI (Autolesión No Suicida, NSSI por sus siglas en inglés), pero se ha lastimado menos de 5 veces en los últimos 12 meses. Esto puede incluir sujetos que, a pesar de la baja frecuencia de la conducta, piensan frecuentemente en realizar el acto.
- Trastorno de Autolesión No Suicida, no especificada de otra manera (NOS), Tipo 2, Intención Incierta: El paciente cumple con los criterios de NSSI, pero insiste que además de los pensamientos expresados en B4, hay un intento de suicidio.

UNA APROXIMACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Estos enunciados aluden claramente a tres aspectos psicopatológicos que pueden explicar la cadena de perturbaciones que, finalmente, conducen a la

autolesión:

- Percepción de un estímulo como algo abrumador o incontrolable. La mayor parte de las veces, esta sensación de impotencia genera ansiedad, intolerancia a la frustración y fracaso en el control de la ira, que adquieren características iterativas semejantes a la compulsión que se observa en el TOC y el *craving* de los adictos. El rol de los núcleos amigdalinos y el cíngulo como sustrato anatómico de estos trastornos conductuales puede ser cotejado con los estudios fisiopatológicos ya realizados en ambas instancias clínicas.
- Perturbación de las emociones asociadas a una disregulación en las vías asociativas y estructuras subcorticales como el hipocampo, el tálamo y los canales de comunicación con la corteza afectiva prefrontal y temporal. Las entidades psiquiátricas agrupadas en los tipos compulsivo e impulsivo del cuadro 1, dan cuenta del variado espectro de alteraciones resultantes de estas perturbaciones, pero es evidente que las diversas formas de autolesiones no suicidas patológicas (en tanto los tatuajes, *piercings* y otras no se consideran dañinas) están imbricadas en todos los niveles de perturbación, sea categorial o dimensionalmente.
- Distorsión cognitiva, que puede variar desde una creencia irracional hasta episodios micropsicóticos con pensamiento delusional y alucinaciones. En esta última vertiente, la conexión con el trastorno limítrofe de la personalidad y las conductas parasuicidas son de una constatación clínica constante. En un grado menor, la distorsión de la imagen corporal propia de los trastornos de la conducta alimentaria sería la misma que permite usar el propio cuerpo para aliviar tensiones intrapsíquicas

o relacionales de otra forma inmanejables. Sobre las creencias irracionales habremos de detenernos más adelante, a propósito de un grupo de pacientes adolescentes mujeres atendidas por el autor.

VARIABLES CLÍNICAS

Favazza sostiene que la autolesión no suicida es una respuesta patológica a la falta de regulación emocional y la tolerancia a la aflicción que proporciona alivio rápido pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados (3).

“En aproximadamente el 90% de los pacientes, la autolesión no suicida disminuye los síntomas, con frecuencia la ansiedad insostenible (“Es como hacer estallar un globo”), el estado de ánimo depresivo, los pensamientos acelerados, las alucinaciones y las reminiscencias. En algunas circunstancias genera los sentimientos deseados y la autoestimulación en períodos de disociación, despersonalización, aflicción, inseguridad, soledad, aburrimiento extremo, autocompasión y alienación” (3).

De otro lado, este tipo de lesiones puede representar una llamada de atención hacia los otros (similar a la amenaza suicida en el orden de verbalizaciones) o puede proporcionar un medio de escape ante situaciones sociales intolerables. En el cuadro 2 se reúnen los factores asociados con la autolesión no suicida.

En la tabla 1 se utilizan conceptos tributarios de un “modelo médico”, basados en una aproximación descriptiva, fenomenológica, para clasificar las

Tabla 1. Trastornos psiquiátricos asociados a la autolesión no suicida (3).

Tipo de autolesión	Trastornos psiquiátricos relacionados
Mayor	Intoxicación por drogas o alcohol, Trastorno de identidad de la integración corporal.
Estereotipada	Autismo, S. de Gilles De la Tourette, S. de Lesch-Nyan, Neuropatías hereditarias, Retardo Mental.
Compulsiva	Tricotilomanía, parasitosis delirante
Impulsiva	Trastorno por ansiedad (generalizada, estrés agudo, estrés postraumático, obsesivo compulsivo, inducido por sustancias), Trastornos de personalidad <i>Borderline</i> , Histriónico y Antisocial, Trastornos somatomorfos y facticios, Trastornos de Identidad y Despersonalización, Anorexia y Bulimia Nervosa, Trastornos depresivos, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Trastornos por abuso de alcohol, Cleptomanía.

Tabla 2. Factores asociados a la autolesión no suicida (3)

Niveles altos de pensamientos y sentimientos no placenteros y negativos
Habilidades comunicativas pobres y dificultades con la solución de problemas
Abuso, maltrato, hostilidad y crítica excesiva durante la niñez
Respuesta excesiva al estrés o lo opuesto
Tasas altas de autolesiones no suicidas para lograr la respuesta deseada
Necesidad de autocastigo
Conductas modeladas basadas en la exposición a autolesiones no suicidas por parte de los pares, mediante el internet -por ej., videos en YouTube- y en los medios

autolesiones no suicidas. En general, se contempla a la autolesión como un síntoma o característica de un trastorno psiquiátrico específico. A este respecto cabe mencionar que, si bien se encuentran referencias en la literatura acerca de *automutilación* desde los años 50 del siglo pasado (4-6), estas observaciones aluden a fenómenos de orden “psicótico”, algunos de ellos definitivamente esquizofrénicos, procesos de despersonalización o autocastración por motivos religiosos. No fue sino hasta el 2008 que apareció un texto moderno sobre la materia (7) y -en mi experiencia personal- tendría que esperar hasta hace una década para reunir una casuística suficiente como para tratar de abordar el tema. Ahora bien, es pertinente recordar aquí el caso de una paciente adulta de 40 años, con diagnóstico de personalidad *borderline*, quien me mencionó que cuando tenía unos quince años (alrededor de los '80) solía cortarse los muslos con una hoja de afeitar.

La autolesión mayor incluye manifestaciones extremas como la enucleación del ojo o la amputación de una parte del cuerpo. Muchos de estos actos se dan como parte de un proceso psicótico agudizado y algunos responden a un simbolismo religioso sustentado en una severa distorsión del pensamiento (el ojo que debe ser enucleado por mandato del ojo divino; la emasculación del que rechaza la concupiscencia o teme la homosexualidad). Pero cercanas a estas distorsiones se encuentran el terco rechazo a aceptar la propia imagen corporal en las anoréxicas o el recurso a la evasión de la realidad de los drogadictos, tributarios ambos de creencias irracionales de poder y control (8).

La autolesión estereotipada es característica de procesos de déficit cognitivo del nivel del retardo mental severo y profundo. Incluyen la autoagresión monótona y repetitiva que a veces se observa en el autismo, cuyo mayor riesgo son los golpes en la cabeza. El patrón estereotipado de estos comportamientos y la ausencia de sentimientos de culpa o vergüenza en

los sujetos hace que esta categoría se incluya en los criterios de exclusión agrupados en el acápite D de la propuesta presentada al DSM 5.

La autolesión compulsiva abarca hábitos sintomáticos como el rascado severo de la piel o entidades psiquiátricas ya diferenciadas, como la tricotilomanía, la onicofagia o la parasitosis delirante. Por tanto, deben ser excluidas de esta categorización de la autolesión no suicida.

Sin embargo, si se toma en cuenta la definición clásica del pensamiento obsesivo, sustento de toda compulsión (pensamiento absurdo, reconocido como tal por quien lo sufre, que no obstante luchar contra él no puede apartarlo de su mente), resulta fácil vincular esta distorsión del pensamiento al gatillamiento de actos autolesivos.

La autolesión impulsiva da cuenta de la mayoría de los casos inmediatamente reconocidos como tales en la clínica (9). Es fácil ubicar sus diferentes formas de presentación en los criterios A y B de la propuesta al DSM 5. La más frecuente es el corte de la piel, que se presenta por lo general en las mujeres y la edad promedio de inicio es entre los 12 y 14 años. Las formas de mayor peligro son aquellas que asumen un patrón repetitivo, de tipo “adictivo”, ya que si no son yuguladas a tiempo colocan al sujeto en riesgo suicida (10) o pueden continuar apareciendo por muchos años en su vida.

La evolución de algunos casos incluye comorbilidades como la bulimia o el abuso de sustancias psicotrópicas, que puede mantenerse durante 10 a 15 años o finalizar en forma abrupta, especialmente en pacientes con trastorno límite de personalidad. En otros, la *suicidalidad* preexistente se decanta hacia actos suicidas o el suicidio consumado (11).

El propósito *deliberado* de la autolesión se ejemplifica en el caso de “cortadoras” que tallan palabras en su piel, o en el de aquellas que realizan actos de autolesión grupales.

ENFOQUES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTE

Nock y col han venido perfilando un modelo, que llaman *funcional*, para el afronte de la autolesión no suicida (12,13). Este modelo se basa en las formulaciones de la psicología cognitivo-conductual habitualmente en uso.

En este modelo, la función primordial de la autolesión no suicida es la eliminación o el escape de un estado afectivo o cognitivo aversivo (ante una sobrecarga de ansiedad, un estado de profunda tristeza o un episodio de ira incontrolada; la percepción de ser acosado; la idea de ser objeto de burla, como *refuerzo positivo automático*). Por el contrario, la función de la autolesión no suicida como *refuerzo negativo automático* se explica por su capacidad para generar determinados sentimientos (por ejemplo, en los pacientes con anhedonia o apatía).

De otra parte, la autolesión no suicida puede ser usada como un *refuerzo social positivo* cuando se la utiliza como señal de auxilio, para llamar la atención de los demás o acceder a recursos del entorno que puedan proporcionar ayuda. Una paciente, que forma parte del grupo evaluado y tratado por el autor, incurría en brotes de cortes en su antebrazo y piernas cada vez que el padre -que había abandonado su hogar hace dos años- no cumplía con alguna promesa (llevarla al cine, comprarle una prenda de vestir). El padre no dudaba en calificar por ello de mentirosa y manipuladora a su hija, con lo cual el efecto de la maniobra devenía contraproducente, cuando menos en los planos afectivo, relacional y-lo que es más importante- en la construcción de la identidad de esa paciente adolescente.

Como *refuerzo social negativo*, la autolesión no suicida podría ser útil para eliminar situaciones sociales dolorosas. Pero, nuevamente y como en el caso anterior, la utilidad del acto se torna harto dudosa en el caso del acoso escolar o *bullying*, circunstancia concurrente en el devenir de muchas de las pacientes que acudieron a consulta.

Favazza insiste sin embargo en señalar que el modelo funcional es clave para realizar evaluaciones clínicas exhaustivas, que incluyan la comprensión

de los antecedentes del acto, los pensamientos consecuentes, los sentimientos concomitantes, las situaciones desencadenantes y las vulnerabilidades relacionadas con las autolesiones no suicidas (3).

Considerando el peso que tienen los sentimientos de absoluta indefensión de los pacientes y las distorsiones cognitivas que los acechan, y que no son solamente consecuentes sino también precedentes a la autolesión no suicida, el autor se planteó la posibilidad de utilizar el enfoque racional-emotivo de Ellis quien, como es sabido, encontró en una frase de Epicteto la *suma sumorum* de su propuesta: “*Los hechos no nos afectan por lo que son, sino por la forma en que los percibimos*” (14).

UN GRUPO DE ADOLESCENTES PERUANAS Y UNA PROPUESTA EXPLORATORIA

Un grupo de 10 adolescentes peruanas, cuyas edades varían entre 12 y 19 años, fueron seleccionadas entre las que acudieron a mi consulta privada desde el 2009 hasta el 2014. Todas pertenecen al nivel socioeconómico medio o alto y todas acudían al colegio, con excepción de dos (una que lo hacía de forma saltuaria, por ser víctima de *bullying*; la otra por comorbilidad psiquiátrica con trastorno de la conducta alimentaria y consumo de tetrahidrocannabinol). La ideación suicida estaba presente en todas las participantes, pero solo dos de ellas habían realizado un intento de severidad grave.

La manifestación semiológica más ostensible en todas ellas era la presencia de cortes superficiales en los antebrazos y piernas, que ellas se habían inferido. Como instrumento exploratorio se utilizó un registro de datos demográficos y antecedentes clínicos, acompañado de una relación de las once creencias irracionales básicas descritas por Ellis y presentadas en la forma de frases sencillas de no más de diez palabras. Tanto la hoja de registro como la adecuación de las creencias irracionales al formato enunciado, han sido ideadas por el autor y no han sido validadas a la fecha, por lo que su valor es inferencial.

En la primera parte del registro se consignan la fecha de inicio y la de control de las autolesiones no suicidas (ALNS), el diagnóstico previo o concomitante y la terapia seguida (farmacológica y psicoterapéutica). Además, un recuadro evolutivo acerca del tiempo de presentación y el estatus (*igual, mejor, peor*) de los cortes, quemaduras y cicatrices, así como del intento suicida (si se presentara).

En la segunda parte se consignan las once creencias emocionales en filas en las que se ha de marcar, por elección simple, la intensidad de las mismas (nada, poco, bastante, casi siempre) y, al final un resumen narrativo en que el propio paciente debe describir, en pocas palabras, su relación consigo mismo, con los demás y con las cosas.

Los enunciados de las creencias irracionales rezan como sigue:

1. Todos me tienen que querer
2. Debo ser el(la) mejor en todo
3. Hay gente mala que merece castigo
4. Cuando algo va mal, haga lo que haga seguirá igual
5. No puedo controlar lo que me pasa
6. El temor me domina y siempre persiste
7. Es más fácil evitar que afrontar algo
8. Es mejor ser respaldado por alguien más poderoso
9. Mi conducta no se modifica y mis recuerdos prevalecen
10. Siempre debo tratar de complacer a los demás
11. Si algo no se resuelve correctamente, sobreviene el desastre

Este instrumento debe ser completado por el paciente con la ayuda del terapeuta, quien podrá clarificar alguno de los enunciados.

La aplicación del mismo a las diez pacientes mencionadas tuvo como resultado que en el rango de “bastante” o “casi siempre” destacaban, con seis menciones cada una, las creencias “No puedo controlar lo que me pasa” y “Es más fácil evitar que afrontar algo” e inmediatamente después, con cinco menciones, “Es mejor ser respaldado por alguien más poderoso”. Las inferencias que se pueden colegir a partir de estas expresiones resultan obvias y pueden ser de ayuda en el proceso psicoterapéutico.

De los comentarios finales anotados por las pacientes rescato dos aseveraciones cargadas de sentidos contradictorios:

“Al cortarme sentía que destapaba una olla de presión”.

“Cuando me cortaba no sentía dolor”.

COLOFÓN

El solo hecho que la versión definitiva del DSM 5 (15) no haya incorporado a la autolesión no suicida como una categoría clínica *per se*, da cuenta de la dificultad para deslindar los alcances de esta entidad. En su versión definitiva, DSM 5 considera la

autolesión no suicida como una *condición que requiere mayor estudio*, incluye en el texto señalado al inicio de este trabajo notas redundantes (por ejemplo, que la intención de la lesión no sea provocar la muerte del sujeto) y trata de precisar las expectativas del paciente al incurrir en este acto:

- Obtener alivio frente a sentimientos negativos o estados cognitivos.
- Solucionar un conflicto interpersonal.
- Inducir un estado de bienestar.

Luego asocia a la autolesión no suicida por lo menos una de las circunstancias siguientes:

- Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como depresión, ansiedad, tensión, cólera, estrés generalizado o autocrítica que se manifiestan en el período inmediatamente anterior al acto lesivo.
- Una etapa de preocupación en torno al acto que se intenta antes de su realización que es difícil de controlar.
- Pensamientos frecuentes acerca de la autoinjuria, aun cuando ésta no se llegue a materializar.

Subsumida entonces dentro de los parámetros especificados en el cuadro 1 en su forma impulsiva, corre el riesgo de no ser detectada oportunamente y de que no se le preste la atención diagnóstica y terapéutica que merece.

Siendo una patología *límitrofe*, en tanto participan en ella componentes de distorsión y deterioro cognitivo, perturbación de las emociones y la percepción, así como déficit en el control de los impulsos, es factible que se convierta en cajón de sastre de trastornos residuales o sea relegada a una importancia marginal. Pero es esa misma condición *border* la que invita a ubicarla en la centralidad de una manifestación “micropsicótica” y la condición de *suicidalidad* inestable, con alto riesgo de convertirse en un real intento suicida (para lo cual el DSM 5 ha elaborado otra condición que amerita mayores estudios, que es el *Trastorno por conducta suicida*).

El diagnóstico diferencial con esa condición y con el Trastorno Límite de Personalidad es perentorio para efectos académicos y de la práctica clínica. No cabe duda que algunos de los criterios consagrados por DSM 5 para el trastorno de personalidad aludido pueden esgrimirse como premisas igualmente válidas para la automutilación no suicida. Se leen así los criterios incluidos para ese trastorno de personalidad:

- 1- Esfuerzos desesperados para evitar un abandono

real o imaginado.

- 2- Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas (p. ej., gastos desmedidos, sexo irresponsable, abuso de sustancias, conducción riesgosa de vehículos, atracones alimentarios).
- 3- Comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o conducta auto-mutilatoria.

Una diferencia a tomar en cuenta es que ese trastorno de la personalidad no siempre se encuentra en los sujetos con autolesión no suicida. La otra es que las personas *borderline* manifiestan con frecuencia comportamientos disruptivos de tipo agresivo y hostil, en tanto que los que se expresan primariamente por autolesión no suicida tienden a ser asociados con períodos de búsqueda de intimidad, comportamientos empáticos y relaciones interpersonales adecuadas. Esto nos habla de un compromiso diferenciado de los sustratos anatómicos y neuroquímicos involucrados en cada caso.

Del punto de vista diagnóstico, es de la mayor importancia:

- Dilucidar el peso del componente afectivo en el paso de la percepción abrumadora a la actuación impulsiva sin el filtro cognitivo adecuado.
- Dilucidar el riesgo de una conducta en corto circuito por deficiente control de la ira o agresividad descontrolada.
- Establecer la presencia o ausencia de sintomatología de rango psicótico (alucinaciones, delusiones) que ensombrezcan el pronóstico.
- Determinar el grado de maleabilidad de las creencias irracionales del paciente, de forma tal que se puedan plantear estrategias psicoterapéuticas realistas.
- Detectar tempranamente signos y síntomas de potencialidad suicida, que permitan tomar las medidas de seguridad del caso (vigilancia por acompañante, internamiento).
- Administrar los medicamentos pertinentes a cada caso.

Hechas estas precisiones y a falta de mayores estudios sobre el tratamiento específico del polimorfismo sintomático de la autolesión no suicida, en la clínica se sigue partiendo de la noción de que se trata de una manifestación más del trastorno límite de personalidad y por esa razón los afrontes terapéuticos son compartidos entre ambos.

TRATAMIENTO DE LA AUTOLESIÓN NO SUICIDA

La terapia dialéctico-conductual de Linehan (16)

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* límite 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, 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.

Teoría biosocial

La terapia dialéctico-conductual se basa en la teoría biosocial del funcionamiento de la personalidad, en la que el trastorno límite de la personalidad se contempla como un trastorno que parte del desajuste en algún punto del sistema biológico de la regulación emocional, potencializado por un ambiente invalidante que responde erráticamente (sea por exceso o por omisión) a la experiencia privada del niño en la historia de aprendizaje. Éste se caracteriza por una elevada sensibilidad emocional, un aumento de la intensidad de las emociones y un lento retorno a la emotividad basal. Las conductas características y las experiencias emocionales asociadas con el trastorno límite de la personalidad resultan, según esta teoría, de la expresión de esta disfunción biológica en un entorno ambiental experimentado como invalidante por el paciente *borderline*.

Objetivos de la terapia dialéctico-conductual (17)

- Reducción de las conductas suicidas y parasuicidas.
- Reducción de las conductas que amenazan el proceso de la terapia.

- Reducción de conductas que interfieren con la calidad de vida del paciente.
- Incrementar las habilidades sociales en la conducta.
- Resolver el estrés post-traumático.
- Lograr la auto-validación y el respeto por uno mismo.

Mindfulness (18)

La atención plena o conciencia plena es uno de los conceptos básicos subyacente a todos los elementos de la TDC. La conciencia plena es la capacidad de prestar atención, sin juzgar, el momento presente. La conciencia plena tiene que ver con vivir el momento, experimentando emociones y alertando los sentidos plenamente, sin embargo, con una perspectiva abierta y englobante. Se considera la base de las otras habilidades promovidas en la TDC, ya que ayuda a las personas a aceptar y tolerar las emociones extremas (a veces abrumadoras) que pueden sentir en el momento de exponerse a situaciones molestas. El concepto de la atención y los ejercicios de meditación que se enseñan, derivan de la práctica budista tradicional, pero la versión que imparte la TDC no implica conceptos religiosos o metafísicos.

Tolerancia a la angustia (19)

- Muchos de los actuales enfoques de tratamientos de salud mental, se centran en el cambio de los acontecimientos y las circunstancias angustiantes. Ellos han prestado poca atención a la aceptación, la búsqueda de sentido y la tolerancia de la angustia. La terapia dialéctico-conductual hace hincapié en aprender a soportar el dolor con habilidad.
- La habilidad de tolerancia a la angustia constituye un desarrollo natural de las habilidades que promuevemindfulness. Tiene que ver con la capacidad de aceptar, sin prejuicios, a uno mismo y la situación actual. Dado que esta es una postura sin prejuicios, no significa una aprobación o renuncia. El objetivo es llegar a ser capaz de reconocer con calma las situaciones negativas y su impacto, en lugar de ser abrumado o escaparse de ellas. Esto permite a los pacientes tomar decisiones sabias acerca de si y cómo actuar, en lugar de caer en las reacciones emocionales intensas, desesperadas y, a menudo, destructivas que forman parte del trastorno límite de personalidad.

Regulación emocional (20)

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. 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.

Efectividad interpersonal (21)

- Muchas clases de resolución de problemas interpersonales incluyen estrategias para pedir lo que se necesita, decir que no, y hacer frente a los conflictos interpersonales. Las personas con trastorno límite de la personalidad con frecuencia poseen buenas habilidades interpersonales en un sentido general. Los problemas surgen en la aplicación de estos conocimientos a situaciones específicas. Una persona puede ser capaz de tener un comportamiento adecuado cuando otra persona se encuentra en una situación problemática, pero puede ser completamente incapaz de generar un comportamiento sano al analizar su propia situación.
- El módulo de la *efectividad interpersonal* se centra en situaciones en las que el objetivo es cambiar algo o resistir a cambios en otros. Las habilidades que se enseñan tienen la intención de maximizar las posibilidades, para que los objetivos de una persona, en una situación específica, se cumplan y, al mismo tiempo, no dañen la relación interpersonal o a la otra persona consigo misma.

El aporte psicoanalítico

Partiendo de las nociones desarrolladas por Bowlby acerca del *attachment* y considerando que el trastorno límite de personalidad constituye una distorsión del vínculo que se expresa por conductas

de externalización autoinfligidas, Bateman y Fonagy han desarrollado los fundamentos teóricos y la metodología clínica adecuados a un enfoque del *mentalizing* que trasciende la aplicación segmentada del *mindfulness* en su aplicación cognitivo-conductual (22). La introducción de la impronta de la transferencia y la contratransferencia en la relación terapéutica enriquece el acervo de instrumentos que permiten un enfoque global de lo que ocurre con alguien que se quiere hacer daño y puede dañar a los demás.

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 (23).

Tratándose de una casuística joven (adolescentes mujeres, algunas de ellas en edad reproductiva), es conveniente tener en cuenta algunos de los efectos secundarios de estos medicamentos, para proceder con prudencia a su prescripción:

- Valproato sódico: riesgo de toxicidad hepática (por lo que se recomienda tomar controles del perfil hepático en forma seriada y del nivel plasmático del medicamento). Teratogenicidad que afecta al tubo neural, por lo que no debe ser administrado durante el embarazo.
- Lamotrigina: riesgo de Stevens Johnson, por lo que debe suspenderse en cuanto aparezcan síntomas cutáneos (prurito intenso).
- Topiramato: déficits en la atención y memoria. Contraindicados para un adecuado rendimiento escolar.
- Olanzapina: síndrome metabólico, obesidad, aumento de prolactina, amenorrea.
- Aripiprazol: sedación y náuseas.

Nickel y col. han realizado un extenso estudio de esta última droga en el tratamiento de la personalidad límite y concluyen que la respuesta de los pacientes así tratados es muy auspiciosa. Mi experiencia personal ratifica esta conclusión (24).

Una constatación sorprendente en el artículo previamente citado (el de Lieb y col.) es que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina no tienen efecto seguro en el tratamiento de pacientes con comportamiento suicida o parasuicida. Esto se contradice con la presunta acción de la sertralina como regulador de la agresividad, además de antidepresiva. En mi experiencia personal, esto no es así, ya que la sertralina es un medicamento clave en el arsenal terapéutico que se ha de tener disponible en casos de ALNS.

Agradecimientos:

Con mi agradecimiento a Kiara.

Correspondencia:

Dr. Jorge Castro-Morales.

E-mail:

j_castro_m@terra.com.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lewis SP, Heath N, St Denis JM, Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*. 2011; 127 (3): 552-557.
2. American Psychiatric Association. DSM-5 development. American Psychiatric Association; 2012.
3. Favazza AR. Autolesión no suicida: cómo la clasificación guía el tratamiento. *Current Psychiatry*. 2013; 4 (6):13-17.
4. Sweeny S, Zamecnik K. Predictors of self-mutilation in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1981; 138 (8): 1086-1089.
5. Miller F, Bashkin EA. Depersonalization and self-mutilation. *Psychoanal Q*. 1974; 43 (4): 638-649.
6. Kushner AW. Two cases of auto-castration due to religious delusions. *Br J Med Psychol*. 1967; 40 (3): 293-298.
7. Walsh BW, Rosen PM. Self-mutilation: theory, research, and treatment. New York: Guilford Press; 2008.
8. Nock M K, Joiner T E, Gordon K H, Lloyd-Richardson E, Prinstein M J. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006; 144: 65-72.
9. Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self injury: definition and classification. En: Nock MK. (edit). *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment and treatment*. Washington DC: American Psychological Association; 2009.p.9-18.
10. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilation. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79 (3): 383-389

11. Perez S, Castro J. El suicidio Infantojuvenil. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
12. Nock MK. Actions speak louder than words: an elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Appl Prev Psychology*. 2008; 12 (4): 159-168.
13. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J consult Clin Psychol*. 2004; 72 (5): 885-890.
14. Ellis A, Abrahms E. Terapia racional emotiva. Ciudad de México: Editorial Pax; 2005.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
16. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48: 1060-1064
17. Linehan MM. Manual del tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Madrid: Paidós; 2003.
18. Instituto Mindfulness. ¿Qué es Mindfulness? Santiago de Chile: Instituto Mindfulness;2011. Citado el 09 de diciembre del 2014. Disponible en: <http://www.institutomindfulness.cl/que-es-mindfulness/>
19. Kojchen SG. La angustia de pánico y su tratamiento. *Bol Esc de Medicina*. 1994; 23: 125-129.
20. Calkins SD, Hill A. Caregiver influences on emerging emotion regulation: Biological and environmental transactions in early development. En: Gross JJ. (Editor) *Handbook of Emotion Regulation*. New York-London: Guilford Press; 2007.p. 229-248.
21. Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud en las crisis. Barcelona: Paidós; 1990.
22. Bateman A, Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2012.
23. Lieb K, Völm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 4-12.
24. Nickel M, Muelbacher M, Nickel C, et al. Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 833-838.

Recibido: 25/09/2014

Aceptado: 10/12/2014