

Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario

Maritza Rodríguez G.¹
Stella Guerrero²

Resumen

Para la realización del estudio se evaluaron tanto la frecuencia de las lesiones autoinfligidas sin intencionalidad suicida consciente como las variables asociadas con el riesgo de presentar este tipo de conducta, en 362 mujeres con anorexia nerviosa (n = 130), bulimia nerviosa (n = 141) o trastorno por atracones de alimentación (n = 91), atendidas en un programa ambulatorio en la ciudad de Bogotá, entre junio de 1997 y enero de 2005. Se encontraron 82 mujeres (22,6%) que, además de los síntomas anoréxicos o bulímicos, se cortaban o quemaban la piel, se golpeaban la cabeza u otras partes del cuerpo hasta sentir dolor, se mutilaban dedos u otras partes del cuerpo hasta sangrar o presentaban varias conductas simultáneamente. De éstas, 12 eran anoréxicas de tipo restrictivo, 17 tenían anorexia combinada con atracones o purgas, 38 padecían bulimia nerviosa y 17 presentaban un trastorno por atracones de alimentación. La automutilación estuvo asociada de manera significativa con trastorno de estrés postraumático (TEPT), personalidad límite, trastorno afectivo bipolar (TAB) con episodios mixtos e intentos de suicidio previos. El riesgo de TEPT en las pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) que se automutilan es el doble de aquéllas sin comportamientos de autodaño, que se ajustan a TAB con episodios mixtos, personalidad límite e intentos de suicidio (OR = 2,04; IC 95%: 1,1-3,8). Estos hallazgos evidencian la necesidad de realizar una aproximación sistemática y estandarizada del sintoma automutilatorio en pacientes con TCA y muestran la relevancia de otras patologías comórbidas, en las que sobresalen los síntomas disociativos, afectivos o de discontrol de impulsos. Las pacientes con TCA y automutilaciones parecen constituir un subgrupo clínico de mayor gravedad, en las que se necesita una aproximación terapéutica específica.

Palabras clave: heridas, trastornos de la conducta alimentaria, comorbilidad.

Title: Frequency and Phenomenology of Self-Inflicted Injuries in Colombian Women with Eating Disorders.

.....
¹ Médica psiquiatra; profesora asociada del Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana; candidata a magistra en Epidemiología Clínica, Universidad Javeriana; codirectora del Programa Equilibrio.

² Residente de III tercer año de Psiquiatría, Universidad Javeriana.

Abstract

The frequency of self-inflicted injuries without suicidal intent as well as the variables associated with the risk of displaying this kind of conduct were assessed in 362 women with Anorexia Nervosa (n=130), Bulimia Nervosa (n=141) and Binge-eating disorder (n=91) attending an out-patient program in Bogotá, between June 1997 and January 2005. 82 of the women (22.6%) presented, besides the symptoms of anorexia or bulimia, skin burning or cutting, head-banging, mutilation of fingers or other body parts or several of these conducts simultaneously. 12 of the 82 women had Anorexia Nervosa restricting type and 17 had binge-eating/purging type, 38 had Bulimia Nervosa and 17 had Binge-eating disorder. Self-injury was associated significantly with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), borderline personality, Bipolar Disorder (BD) with mixed episodes and previous suicide attempts. The risk of PTSD in patients with Eating Disorders (ED) and self-injury is twice of those without self-injury behaviors that comply with BD with mixed episodes, borderline personality and suicide attempts (OR = 2.04; IC 95%: 1.1-3.8). These findings emphasize the need of applying a systematic and standardized evaluation of self-injury in patients with ED and highlight the relevance of comorbid pathology, including dissociative, mood and impulse control symptoms. Patients with ED and self-injury seem to constitute a clinical subgroup of greater severity in need of a specific therapeutic approach.

Key words: injury, eating disorders, comorbidity.

Los comportamientos de auto-daño se han descrito en una amplia gama de patologías psiquiátricas, como el retardo mental o los trastor-

nos de personalidad antisocial o límite (1-7). Los estudios disponibles sobre el tema han señalado diferencias en cuanto a métodos, frecuencia y tipo de daño corporal entre los comportamientos con finalidad suicida y los de daño autoinfligido que no conducen al suicidio ni se acompañan de ideación de muerte. En general, los actos de daño autoinfligido, sin intencionalidad suicida, consisten en comportamientos automutilatorios. Por ejemplo: en cortarse la piel, especialmente en antebrazos, piernas, abdomen, plantas de los pies, dedos, etc.; en provocarse otras lesiones, como arañarse o pincharse; en quemarse con cera, cigarrillos o plásticos calientes; en golpearse la cabeza u otras partes corporales contra superficies, o en pellizcarse compulsivamente la piel hasta sangrar o sentir dolor (8).

En pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA), el daño autoinfligido ha sido explorado por múltiples autores (9-17), quienes reportan tasas que van desde 18% hasta 46,5% con predominio del comportamiento en las bulímicas. Sin embargo, existen notorios vacíos de conocimiento en cuanto a la gravedad en los casos reportados. Además, aparte de que existen diferencias en las definiciones de auto-daño consideradas (algunas incluyen los intentos de suicidio y otras no), en ocasiones el tamaño de las muestras no permite sacar conclusiones importantes.

Adicionalmente, el vínculo de los comportamientos de autodaño con la historia de abuso sexual o físico en la infancia ha sido reportada en varios estudios (11),(14),(16), (18),(19). Tal como lo señalan Vanderlinden y Vandereicken, las psicopatologías alimentaria, afectiva y del control de los impulsos suelen ir de la mano de los síntomas disociativos (20). Por lo tanto, la presencia de síntomas disociativos en los pacientes con TCA con comportamientos de autodaño o sin éste sugieren la asociación con trauma infantil (4),(19),(21-26).

Otros investigadores han puesto el relieve en los equivalentes del espectro obsesivo-impulsivo. En este sentido, Favaro y Santonastaso (14), al estudiar los comportamientos de autodaño en 236 pacientes con anorexia nerviosa, plantean la existencia de dos dimensiones: la autolesión impulsiva, relacionada con el antecedente de abuso sexual o trauma infantil, y la autolesión compulsiva, más asociada con obsesionalidad en pacientes muy jóvenes. Señalan, además, los comportamientos de autodaño como el factor predictor de deserción más importante en esta cohorte (27),(28).

Un estudio previo hecho en Colombia para analizar el efecto de las experiencias traumáticas en la respuesta al tratamiento de 160 mujeres con anorexia bulimia o trastornos de la alimentación no especifica-

dos reveló que las conductas automutilatorias estuvieron presentes en 38,5% de aquellas que presentaron una respuesta pobre al tratamiento frente a 14,4% con buena respuesta clínica ($p < 0,0005$). El antecedente de trauma (abuso sexual, maltrato físico o cualquier otra experiencia traumática previa, como secuestro, amenazas, extorsión o desplazamientos forzados por causas violentas a las familias) se evidenció en 45% de las pacientes del estudio, y fue una variable de pronóstico pobre que marcó un riesgo de deserción y recaídas diez y tres veces mayor, respectivamente (29).

Por otra parte, todos los autores consultados coinciden respecto a que las conductas de autodaño tanto en mujeres anoréxicas como bulímicas son más frecuentes, sobre todo en aquellas en quienes existen comorbilidades del ánimo, abuso de sustancias o patologías del eje II. En Colombia aún existe poca información en cuanto a la frecuencia de los comportamientos de autodaño en pacientes con TCA, a las posibles variables de riesgo asociadas con dichos comportamientos y al significado del síntoma, en el marco de la historia vital.

Lo anterior representa un vacío de conocimiento importante que limita de manera significativa la intervención en estos casos. Por lo tanto, los objetivos del estudio fueron evaluar la frecuencia y la

fenomenología de los comportamientos de autodaño; así como determinar y analizar las variables asociadas con dichos comportamientos en una cohorte clínica de mujeres colombianas que recibieron tratamiento por TCA en el programa Equilibrio, entre junio de 1997 y enero de 2005.

Nuestras hipótesis fueron tres: (i) la frecuencia y el estilo de los comportamientos de daño autoinfligido en pacientes colombianas con TCA no es diferente a lo reportado en otros países. (ii) La historia de trauma no es diferente en el grupo de pacientes con TCA que se autoleisionan, comparada con las de la misma cohorte clínica que no lo hacen. (iii) Las pacientes con TCA que se automutilan tienen igual riesgo de presentar comorbilidades del ánimo o de patologías de personalidad que aquéllas con TCA sin autoagresión. Este estudio pretende aportar elementos para proponer en un futuro, de manera específica, un modelo de intervención en pacientes con TCA y automutilaciones.

Método

Se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles, anidado en una cohorte de 362 mujeres admitidas a tratamiento ambulatorio en forma consecutiva entre junio de 1997 y enero de 2005, en Bogotá.

Durante la primera semana de admisión, cada una de las pacientes fue evaluada por un equipo multidisciplinario conformado por psiquiatra, psicóloga clínica y nutricionista, con amplia experiencia en TCA. Se les realizó una historia clínica con entrevista semiestructurada, que incluye la exploración, a través de preguntas abiertas y cerradas, de los antecedentes patológicos personales, familiares y de experiencias traumáticas previas al inicio del TCA.

El diagnóstico de TCA o de otras patologías del eje I fue realizado a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV, usando la entrevista clínica estructurada SCID I. La exploración de antecedentes de intentos de suicidio o actos de daño intencional autoinfligido, sus métodos, la frecuencia y el tiempo de evolución fueron explorados durante la anamnesis de ingreso, mediante preguntas directas. Frente a la sospecha clínica, las patologías del eje II fueron estudiadas con pruebas de personalidad como el inventario multifacético de la personalidad de Minnesota (MMPI, por su sigla en inglés) y el Test de Rorschach (30-32).

El comportamiento de autoleisionarse se ha definido como que una persona se cause a sí misma cualquier tipo de lesión en el cuerpo sin intencionalidad suicida consciente, como cortarse la piel, quemarse, arañarse, mutilarse, pelliz-

carse, golpearse con objetos o contra éstos hasta causarse dolor físico, sangrado o excoiraciones.

Se consideraron como casos aquellas pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o TCA no especificados según criterios DSM-IV que, además, presentaran o hubieran presentado a lo largo de la vida comportamientos de daño autoinfligido sin intención consciente de suicidio, que hubieran permanecido en tratamiento un tiempo no menor a tres meses y que aceptaran participar en el estudio. El resto de las pacientes fue tomado como grupo control.

Análisis estadístico

Los datos fueron recopilados en una base de Excel® y, posteriormente, importados al paquete STATA 6, para el manejo estadístico. Primero se calcularon frecuencias simples y luego se hicieron análisis bivariados, usando la estadística χ^2 , con un nivel de significancia estadística menor de 0,05. Después se realizó el análisis multivariado construyendo un modelo de asociación para evaluar el riesgo relativo indirecto. Como variable desenlace principal se tomó la conducta de auto daño, tabulada en forma categórica. Como principal variable de exposición se definió el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) en el momento de la evaluación inicial. Otras posi-

bles variables de riesgo asociadas significativamente con autolesionarse se introdujeron en el modelo. Por otra parte, se obtuvieron los *odds ratio* (OR) usando el comando Logistic, se generaron y probaron posibles interacciones utilizando la estadística Likelihood Ratio Test y se observó el cambio en los OR dentro del modelo para probar confusión.

Resultados

La población de estudio estuvo constituida por 362 pacientes de procedencia urbana, entre 11 y 51 años de edad (media 21,8; desviación estándar [DE]=7,5), que habían recibido tratamiento entre junio de 1997 y enero de 2005 en Bogotá. El 32,8% tiene menos de 17 años y 77,3% corresponde a pacientes menores de 25 años, lo cual se presenta de manera acorde con la edad habitual de aparición de los TCA.

De este grupo, 130 (35,91%) tienen anorexia nerviosa; 141 (38,95%), bulimia nerviosa, y 91 (25,14%), un trastorno por atracones de alimentación. En el momento de ingreso al tratamiento, la cronicidad de los síntomas alimentarios fue variable. Además, 135 (37,3%) mujeres tenían menos de un año de cronicidad en sus síntomas, 136 (36,7%) habían estado sintomáticas entre uno y cinco años y 94 (26%) presentaban una cronicidad mayor de cinco años.

De las 362 mujeres, 82 (22,6%) realizan o han realizado en el último año actos recurrentes de auto-daño. El acto repetitivo de cortarse superficialmente la piel de antebrazos, piernas, abdomen o planta de los pies fue el comportamiento más frecuente (27 = 33%), seguido por automutilarse los dedos o la piel del rostro hasta sangrar (17 = 20,7%), golpearse contra superficies u objetos en la cabeza el abdomen o los brazos (15 = 18,3%) y causarse quemaduras con cera caliente en las piernas (1 = 1,2%). Además, 22 mujeres (26,8%) realizaban varios tipos de comportamientos de auto-daño de manera consecutiva o alternante.

Del grupo analizado, 153 pacientes (42,3%) informaron algún tipo de experiencia traumática temprana, mientras que 72 (19,9%) fueron sexualmente abusadas -18 reportaron una experiencia única, y 54, experiencias repetidas-. La exposición a otros tipos de actos violentos fue encontrada en 126 mujeres (34,81%), y corresponden a desplazamientos forzados por amenazas de secuestro o secuestro de algún familiar (84 casos = 23,2%), maltrato físico (47 casos = 13%), boleteo con extorsión a la familia (38 casos = 10,5%), homicidio de algún pariente (14 casos = 3,87%), suicidio de algún familiar o amigo cercano (15 casos = 4,14%), atracos a mano armada con privación temporal de la libertad (14 casos = 3,87%). Entre tanto, 44 mujeres (12,5%) reporta-

ron antecedentes de haber sido abusadas sexualmente y de haber estado expuestas a otro tipo de actos violentos de los señalados.

Por otra parte, 72 mujeres (17,2%) tenían criterios diagnósticos para TEPT, el cual se encontró altamente asociado con autolesionarse ($\chi^2 = 8,9$; $p = 0,003$). Pero aun en ausencia de TEPT, la relación entre una mujer expuesta a experiencias traumáticas y automutilarse es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 7$; $p = 0,008$). La misma asociación se observa con el abuso sexual ($\chi^2 = 7$; $p = 0,01$), en especial si la paciente estuvo expuesta a varios abusadores ($\chi^2 = 9,43$; $p = 0,002$).

La exposición a otro tipo de experiencias violentas también se encontró asociada de manera significativa y general con el comportamiento de autolesionarse ($\chi^2 = 5,24$; $p = 0,022$). En particular, el antecedente de amenazas de muerte o secuestro a algún familiar y los desplazamientos forzados de la familia por situaciones de violencia fueron el tipo de experiencias más significativas en las mujeres que se autolesionan ($\chi^2 = 6,3$; $p = 0,0012$).

De las 362 mujeres que participaron en el estudio, 230 (63,5%) reunían criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor actual en el momento de ingresar al tratamiento, 170 (47%) reportaron uno o más episodios depresivos previos

al inicio del TCA y 70 (19,34%) reunían criterios para algún tipo de trastorno afectivo bipolar (TAB).

Del grupo de 230 mujeres que tienen episodio depresivo mayor en la actualidad, 64 (27,8%) se automutilan frente a las 20 de las 132 que no están deprimidas (15,1%). Se encontró asociación significativa entre automutilarse y estar deprimida ($\chi^2 = 7,56$; $p = 0,006$). Igualmente, el tener TAB se encontró asocia-

do con el comportamiento automutilatorio, sobre todo en aquellas pacientes con TAB tipo II y presencia de episodios mixtos ($\chi^2 = 31,02$, $p = 0,000$ y $\chi^2 = 35,7$, $p = 0,000$, respectivamente). De manera similar, los antecedentes de intento de suicidio, abuso de sustancias, tricotilomanía, trastorno límite y trastorno histriónico de la personalidad se encontraron asociados significativamente, tal como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Análisis bivariado entre posibles variables de riesgo y lesiones de auto daño en 362 pacientes con TCA

Variable	Automutiladoras N = 82 Frec.	No automutiladoras N = 280 Frec.	c ²	p	OR	IC 95%
TEPT	23 (28%)	39 (14%)	8,9	0,003*	2,4	1,3-4,3
Depresión mayor episodio actual	62 (75,6%)	168 (60%)	6,67	0,09	2,06	1,2-3,6
TAB de cualquier tipo	29 (35,3%)	42 (15%)	16,7	0,0000*	3,1	1,7-5,4
TAB II	26 (31,7%)	30 (10,7%)	21,4	0,0000*	3,8	2,1-7
TAB con episodios mixtos	27 (33%)	27 (9,6%)	27,1	0,0000*	4,6	2,5-8,4
TOC	65 (69,3%)	191 (68,2%)	3,7	0,0053*	1,7	0,9-3,2
Abuso sustancias	20 (24,4%)	32 (11,4%)	8,6	0,003*	2,5	1,3-4,6
Tricotilomanía	8 (9,7%)	8 (2,8%)	7,1	0,007*	3,6	1,4-9,8
Intento de suicidio	24 (29,3%)	27 (9,6%)	20,2	0,0000*	3,8	2,1-7,1
T. de P. borderline	13 (15,8%)	8 (2,8%)	19,6	0,0000*	6,4	2,6-15,6
T. de P. histriónico	17 (20,7%)	26 (9,3%)	7,9	0,0048*	2,5	1,3-4,9
Abuso sexual	24 (29,3%)	48 (17,1%)	5,8	0,015*	2,0	1,1-3,5
Experiencia única	7 (8,5%)	11 (3,9%)	2,8	0,091	2,3	0,8-6
Varios abusadores	10 (12,2%)	12 (4,3%)	7	0,008*	3,1	1,3-7,3
Otros actos violentos	38 (46,3%)	88 (31,4%)	6,2	0,012*	1,8	1,1-3,1
Cualquier evento traumático	45 (54,8%)	108 (38,5%)	7	0,008*	1,9	1,2-3,1
Ambos tipos de trauma	16 (19,5%)	28 (10%)	5,4	0,02*	2,2	1,1-4,2

*P < 0,05; TEPT: trastorno de estrés postraumático; TAB: trastorno afectivo bipolar; TOC: trastorno obsesivo-compulsivo.

Fuente: Programa Equilibrio 1997-2005.

Aunque 33 de las 82 pacientes automutiladoras están en el grupo de las menores de 17 años de edad, al analizar (i) la edad, ésta no se encuentra asociada con la presencia de automutilaciones ($\chi^2 = 3,9$; $p = 0,26$), y (ii) el comportamiento de auto daño según el tipo de trastorno, se detectó que la mayor proporción de autolesionadoras estaba en el grupo de las bulímicas (45,2%), seguido por las anoréxicas (34,5%) y por las pacientes con trastorno por atracones de alimentación (20,24%). Sin embargo, el tipo de TCA no está asociado de manera significativa con el daño autoinfligido en esta muestra ($\chi^2 = 1,5$; $p = 0,47$). Tampoco se hallaron indicios de asociación estadísticamente significativa entre las conductas de auto daño y el tiempo de cronicidad de los síntomas del TCA ($\chi^2 = 1,6$; $p = 0,45$).

Modelo de asociación

Para evaluar el riesgo de comportamientos de auto daño usando análisis multivariado se construyó el modelo con las variables que mostraron asociación significativa, to-

mando como principal variable de exposición el tener un trastorno de estrés postraumático. Se adicionaron al modelo las otras variables de riesgo, en orden de importancia, y se consideraron el tamaño del OR crudo y la amplitud de sus intervalos de confianza.

Posteriormente, de acuerdo con el criterio clínico, se generaron y probaron posibles interacciones entre estrés postraumático e intento de suicidio, estrés postraumático y personalidad limítrofe, así como estrés postraumático y TAB con episodios mixtos. El modelo completo con las interacciones y el modelo sin ellas no fueron significativamente diferentes (LR test $\chi^2[3] = 1,87$; $p = 0,60$), razón por la cual fueron excluidas. El modelo elegido como el más parsimonioso se aprecia en la Tabla 2, e indica que el riesgo de autolesionarse es el doble en aquellas pacientes con TEPT, comparadas con las que no se autolesionan, lo cual se ajusta por TAB con episodios mixtos, tener personalidad limítrofe y antecedentes de intento de suicidio (OR = 2,04; IC 95%: 1,1-3,8).

Tabla 2. Modelo de asociación elegido

Conductas de auto daño	OR	Error estándar	z	P > z	IC 95%
TEPT	2,04	0,66	2,2	0,027*	1,1-3,8
TAB con episodios mixtos	2,76	0,95	2,9	0,003*	1,4-5,4
Personalidad limítrofe	3,04	1,59	2,1	0,033*	1,1-8,5
Intento de suicidio	2,20	0,79	2,1	0,028*	1,1-4,4

* $p < 0,05$; TEPT: trastorno de estrés postraumático; TAB: trastorno afectivo bipolar.
Fuente: Programa Equilibrio, 1997-2005.

Discusión

La frecuencia y el estilo de los comportamientos de auto daño en pacientes colombianas con TCA coincide con 21,3% de las 376 pacientes estudiadas por Paul y colaboradores (12). Igualmente, se encontró una mayor representación de los subtipos de TCA con presencia de atracones y purgas en las mujeres automutiladoras colombianas, similar a lo reportado en poblaciones japonesas, australianas europeas y estadounidenses (11),(14),(16),(18), (21). Una mayor presentación de los comportamientos autodestructivos en pacientes bulímicas, anoréxicas purgativas o con trastorno por atracones de alimentación apoyaría la hipótesis de correlación entre la impulsividad manifiesta en estas pacientes en la presencia de atracones y purgas y la existencia de concentraciones disminuidas de serotonina, como un factor de riesgo para los actos parasuicidas o automutilatorios, al igual que una mayor frecuencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida.

Steiger y colaboradores (33) estudiaron esta correlación en pacientes bulímicas. Ellos midieron la respuesta de la función serotoninérgica, el cortisol y la prolactina después de la administración oral de un agonista 5HT₂ como el metaclorofenilpiperazina (m-CPP), y encontraron una curva de respuesta aplanada, significativamente mayor en las bulímicas, comparadas con

las no bulímicas, sobre todo en aquellas pacientes con comportamientos autodestructivos.

En nuestra población de estudio, el potencial autodestructivo también estuvo reflejado en una mayor tasa de intentos de suicidio. Entre las 51 pacientes con historia de intento de suicidio, 24 (29,3%) se autolesionaron de manera habitual durante el último año ($\chi^2 = 20,2$; $p = 0,0000$), lo cual señala que aun cuando la intencionalidad consciente de la mujer que se autolesiona no sea el deseo de quitarse la vida, existe un mayor riesgo para eventos con esta intencionalidad, comparado con el de las pacientes que no se autoagreden (OR = 3,8; IC 95%: 2,1-7,1). Es posible que la paciente automutiladora se inflija el daño en una forma disociativa.

Por otra parte, y de manera similar a lo observado en otras latitudes, es evidente en la muestra de estudio la asociación entre los comportamientos de auto daño y el antecedente de experiencias traumáticas. Estos hallazgos ya habían sido reportados en una muestra más pequeña de mujeres colombianas con TCA, por Rodríguez y colaboradores (29), y se había señalado el efecto negativo del antecedente traumático en la mala respuesta al tratamiento, las deserciones tempranas y las recaídas.

La alta comorbilidad observada entre las mujeres que se autolesionan coincide con la reportada en la

literatura médica y corrobora la complejidad clínica y el pronóstico pobre. En este sentido, nuestras pacientes automutiladoras también mostraron altas prevalencias de depresión mayor, TAB, abuso de sustancias y patologías de personalidad del polo dramático, como la personalidad límite y la personalidad histriónica, en las cuales la presencia de síntomas disociativos no es infrecuente.

El reporte de los contenidos cognoscitivos que acompañan al acto automutilatorio es generalmente muy difícil, está acompañado de perplejidad o es relatado como «placentero», «liberador» o generador de «alivio» frente a un malestar interno no nominado. Otra manifestación frecuente en estas mujeres suele ser el intento de 'sustituir' un dolor interno que no se logra descifrar, por un dolor externo, visible, objetivable y susceptible de ser controlado a voluntad, con lo cual el síntoma cumple una función de alivio de la tensión y el sufrimiento internos.

La disociación suele ser un elemento fenomenológico frecuente en las patologías limítrofes de la personalidad, la histeria, la psicosis y el TEPT grave. A pesar de que la proporción de mujeres con antecedentes de múltiples eventos traumáticos tempranos fue superior que la de sujetos con criterios diagnósticos para TEPT en esta muestra, la existencia de disociación debe hacer sospechar y explorar las vivencias

traumáticas para facilitar su abordaje terapéutico. El síntoma alimentario en sí mismo puede representar en algunos casos un elemento disociativo frente al dolor psíquico y la desintegración interna, que poco tiene que ver con el temor a engordar.

Estos planteamientos abren paso a la hipótesis de que el trauma temprano operaría como un precipitante o agravante de desregulaciones neuroquímicas (constitucionales o adquiridas), que se expresan en muy diversas formas de psicopatología a lo largo de la vida, y que suelen incluir espectros amplios de alteraciones del ánimo, la alimentación, el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad, el control de los impulsos o la difusión de la identidad. Por otra parte, el impacto emocional de dichas experiencias propiciaría un autoconcepto negativo del propio cuerpo, dificultades en la integración del sí mismo, una identidad fragmentada y una tendencia a autoatacar el propio cuerpo, como si de esta forma se «castigara al culpable».

La intolerancia a ciertas emociones (rabia, miedo, asco o dolor emocional) o su incapacidad para discriminarlas (alexitimia) constituye, asimismo, la búsqueda automática de un sustituto del dolor emocional por el dolor físico, más fácil de comprender, de nominar y de calmar.

El hallazgo de comportamientos de autodaño en pacientes con TCA

parece sugerir la existencia de un cuadro de peor pronóstico, por la gravedad de las comorbilidades acompañantes y por la de la disociación misma. La exploración de contenidos internos es mandatoria en este subgrupo de pacientes, con el fin de trabajar de manera terapéutica el significado del síntoma inscrito en la vivencia de la corporalidad a lo largo del ciclo vital.

Estos resultados posiblemente no son generalizables a la totalidad de las pacientes con TCA, por el posible sesgo de selección implícito en las características del programa que originó la muestra de estudio. Además, es factible que los casos analizados sean también de mayor gravedad; sin embargo, el uso de controles provenientes de la misma cohorte clínica puede atenuar el sesgo. Los resultados serán complementados con el análisis de narrativas de pacientes automutiladoras con TCA en una futura investigación, con el propósito de delinear estrategias de intervención específicas.

Bibliografía

- Schroeder SR, Mulick JA, Rojahn J. The definition, taxonomy, epidemiology and ecology of self-injurious behavior. *J Autism Dev Disord.* 1980;10:417-32.
- Virkkunen M. Self-mutilation in antisocial personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1976;54:347-52.
- Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry.* 1986;47:285-93.
- Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry.* 1991;148:1665-71.
- Russ MJ, Shearin EN, Clarkin JF, Harrison K, Hull JW. Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1993;150:1869-71.
- Shearer SL. Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1994;182:524-6.
- Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J. Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry.* 1994;39:259-64.
- Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry.* 1991;148:306-17.
- Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44:134-40.
- Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Personality traits in eating-disordered patients with and without self-injurious behaviors. *J Personal Disord.* 2004;18(4):399-404.
- Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, Asami T, Iseki E. Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;58(2):191-8.
- Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2002;159:408-11.
- Gleaves DH, Eberenz KP, May MC. Scope and significance of posttraumatic symptomatology among women hospitalized for an eating disorder. *Int J Eat Disord.* 1998;24(2):147-56.
- Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188(8):537-42.
- Welch SL, Fairburn CG. Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa: a controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br J Psychiatry.* 1996;169(4):451-8.

16. Nagata T, Kawarada Y, Kiriike N, Iketani T. Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Res.* 2000;94(3):239-50.
17. Matsunaga H, Kiriike N, Iwasaki Y, Miyake A, Matsui T, Nagata T, et al. Multi-impulsivity among bulimic patients in Japan. *Int J Eat Disord.* 2000;27:348-52.
18. Dohm FA, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Pike KM, Hook J, Fairburn CG. Self-harm and substance use in a community sample of black and white women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2002;32:389-400.
19. Berger D, Saito S, Ono Y, Tezuka I, Shirahase J, Kuboki T, et al. Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;90(4):274-80.
20. Vanderlinden J, Vandereicken W. Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders. Bristol (Penn): Brunner/Mazel; 1997.
21. Brown L, Russell J, Thornton C, Dunn S. Dissociation, abuse and the eating disorders: evidence from an Australian population. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999;33(4):521-8.
22. Hall JM. Dissociative experiences of women child abuse survivors: a selective constructivist review. *Trauma Violence Abuse.* 2003;4(4):283-308.
23. Zlotnick C, Shea MT, Perlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr Psychiatry.* 1996;37:12-16.
24. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO, Rosenthal RJ, Rinzler C, et al. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *Am J Psychiatry.* 1972;128:1363-8.
25. Simpson CA, Porter GL. Self-mutilation in children and adolescents. *Bull Menninger Clinic.* 1981;45:428-38.
26. Briere J, Zaidi LY. Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *Am J Psychiatry.* 1989;146:1602.
27. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(7):454-9.
28. Yaryura-Tobias JA, Neziroglu FA, Kaplan S. Self-mutilation, anorexia, and dysmenorrhea in obsessive compulsive disorder. *Int J Eat Disord.* 1996;17(1):33-8.
29. Rodríguez M, Pérez V, García Y. Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment in a sample of Colombian women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005;37(4):299-306.
30. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM IV, SCID I, versión clínica. Barcelona: Masson; 1999.
31. Hataway SR, McKinley C. Multiphasic Minnesota personality inventory, MMPI; 1942.
32. Rorschach H. Psychodiagnostics: a diagnostic Test based on perceptions. Berna: Huber; 1921.
33. Steiger H, Koerner N, Engelberg MJ, Israel M, Ng Ying Kin NM, Young SN. Self-destructiveness and serotonin function in bulimia nervosa. *Psychiatry Res.* 2001;103(1):15-26.

Recibido para publicación: 20 de mayo de 2005

Aceptado para publicación: 26 de julio de 2005

Correspondencia

Maritza Rodríguez G.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Pontificia Universidad Javeriana

Carrera 7 No. 40-62, piso 8, Bogotá, Colombia

maritzar@cable.net.co