

Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones

Maritza Rodríguez G.¹

Juanita Gempeler R.²

Victoria Pérez R.³

Santiago Solano S.⁴

Adriana Meluk⁵

Estela Guerrero⁶

Evelyn Liemann⁷

Resumen

Objetivo: analizar la vivencia de los actos de autodaño sin intencionalidad suicida en mujeres con trastornos del comportamiento alimentario (TCA). *Método:* se entrevistaron de forma detallada nueve mujeres, entre los 15 y los 39 años de edad, con anorexia, bulimia nerviosa o trastorno por atracones de alimentación, e historia de lesiones autoinfligidas, como automutilaciones, actos de autoagresión recurrentes como golpearse, quemarse o causarse lesiones en la piel. Se grabaron y transcribieron las entrevistas y, posteriormente, se analizaron los contenidos relevantes usando técnicas de triangulación. *Resultados:* se encontró que el autodaño está estrechamente ligado con vivencias de culpa o castigo, vivencias de alivio de estados emocionales intensamente dolorosos, vivencia de obligatoriedad o urgencia, estados disociativos antes, durante o después de realizarlo, o con la finalidad de integrarse y romper la disociación. La totalidad de las mujeres había reportado experiencias traumáticas tempranas del tipo de abuso sexual o maltrato físico, o habían sido víctimas de

.....
¹ Médica psiquiatra. MSc. en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Profesora asociada del Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana. Codirectora del Programa Equilibrio, Bogotá, Colombia.

² Psicóloga clínica. Profesora asociada del Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Codirectora del Programa Equilibrio, Bogotá, Colombia.

³ Médica psiquiatra del Programa Equilibrio, Bogotá, Colombia.

⁴ Médico psiquiatra del Programa Equilibrio, Bogotá, Colombia.

⁵ Psicóloga del Programa Equilibrio, Bogotá, Colombia.

⁶ Médica residente de tercer año de Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

⁷ Psicóloga del Programa Equilibrio, Bogotá, Colombia.

secuestro, amenazas de secuestro, extorsión a la familia, así como desplazamiento forzado por homicidios o amenazas. *Conclusiones:* existe una estrecha relación entre trauma, disociación, comportamientos automutilatorios y TCA en estas pacientes. Se plantea la necesidad de diseñar una intervención terapéutica específica. El análisis de narrativas parece ser una herramienta de trabajo útil para facilitar la expresión de contenidos y el análisis de la disociación, que debe trabajarse durante el proceso terapéutico.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, conducta autodestructiva, trastornos disociativos.

Title: Between Internal Suffering and Silenced Words: Analysis of Narratives of Women with Eating Disorders, Trauma and Self-mutilation.

Abstract

Objective: This study aimed to explore and analyze the meaning of self-injury without suicidal intention in the context of life experiences, in women with Eating Disorders (ED). *Method:* 9 women between the ages of 15 and 39 with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa or Binge Eating Disorder and a history of self-injury were interviewed in-depth. The interviews were recorded and transcribed and a content analysis was made using triangulation techniques. The categories found were described and analyzed from a clinical, psychodynamic and cognitive-behavioral perspective. *Results:* Self-abusive behaviors could be linked to four categories: Self-punishment or blame related to traumatic experiences, the relief of painful emotional states, an intense urge to put outside emotional pain not tolerated within, and dissociative states. The meaning of the self-injury could be to seek either self-integration or a dissociative state. All patients had suffered early traumatic experiences like sexual or physical abuse, or they or in some cases their families had been victims of violent acts such

as kidnapping or assaults. *Conclusions:* The relationship between trauma, dissociation, self-injury and ED was present in these women. Narrative analysis seems to be a useful therapeutic tool, facilitating expression and integration. These findings point towards the need of a specific model of intervention for this subgroup of patients.

Keywords: Eating disorders, self-injurious behavior, dissociative disorders.

Introducción

Los actos de daño autoinfligido, sin intencionalidad suicida, consisten en comportamientos de automutilación, como cortarse la piel en antebrazos, piernas, abdomen, plantas de los pies o dedos; provocarse otras lesiones, como arañarse o quemarse con cera, cigarrillos o plásticos calientes; golpearse la cabeza u otras partes corporales contra superficies, o pellizcarse compulsivamente la piel hasta sangrar o sentir dolor. Estos comportamientos se han estudiado en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) de diferentes culturas (1-9).

La asociación entre los comportamientos de automutilación, las experiencias traumáticas tempranas de abuso sexual o maltrato físico y los TCA ha sido señalada en diferentes estudios; sin embargo, no se ha podido demostrar una conexión causal específica y directa entre el antecedente del trauma o abuso y el desarrollo del TCA. Se ha

encontrado que estas experiencias perfilan un autoconcepto negativo y favorecen la aparición de un amplio número de expresiones psicopatológicas, como TCA, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, abuso de sustancias y otros comportamientos impulsivos o de búsqueda de riesgos (10).

Estudios como los realizados por Nagata y cols. (9), Paul y cols. (3) y Rodríguez, Pérez y Díaz (11) han relacionado los comportamientos de autodaño con el antecedente de trauma temprano, y dan cuenta de una mayor tendencia a desertar de tratamiento o recaer.

Igualmente, en la literatura médica disponible se ha resaltado que en los pacientes que incurrir en actos automutilatorios los fenómenos disociativos son frecuentes (12-16). Un estudio del 2005, realizado por Rodríguez y Guerrero (17), en 362 mujeres con TCA atendidas en el Programa Equilibrio, de Bogotá, mostró una frecuencia global de conductas de daño autoinfligido no suicida del 23,2%, que incluía un patrón similar al reportado en muestras de otros países, es decir, cortarse la piel de muñecas, antebrazos, piernas o abdomen, golpearse, quemarse, automutilarse dedos, pellizcarse la piel o varios tipos de conductas de manera combinada.

En este estudio se mostró de manera significativa la asociación con variables de riesgo como el antecedente de trauma, en especial

abuso sexual repetido (OR=3,15 IC 95%: 1,3-7,3) y exposición de la paciente o sus familiares a otros tipos de actos violentos, como secuestro, amenazas de secuestro, homicidios, amenazas de muerte, extorsión, desplazamientos forzados de las familias por causas violentas o maltrato físico (OR=1,94 IC 95%: 1,2-3,1).

En el análisis se identificaron otras variables asociadas significativamente con el riesgo de automutilarse, como personalidad limítrofe, personalidad histriónica, trastorno bipolar tipo II con episodios mixtos, antecedente de intento de suicidio, otros trastornos en el control de los impulsos y abuso o dependencia de sustancias (17).

Sin embargo, aunque el conocimiento de la frecuencia y el perfil de riesgo de las mujeres con TCA que se automutilan responde algunas preguntas, no resulta suficiente para comprender el fenómeno y para el diseño de una estrategia de intervención específica. Existe en esta área un gran vacío de conocimientos, mientras que en la práctica clínica diaria se impone con urgencia la necesidad de tener una herramienta de trabajo útil y eficaz que permita mejorar la intervención y el pronóstico de esta población.

La exploración detallada de la vivencia del síntoma en el contexto específico de lo vivido a través del cuerpo y por medio de éste surge como una necesidad para ampliar la comprensión de cada caso y realizar

un abordaje terapéutico enfocado en las necesidades particulares.

Por otra parte, el valor de una metodología cualitativa, como la entrevista en profundidad y el análisis de narrativas, puede ser inmensamente enriquecedor para entender los vínculos existentes entre el síntoma automutilatorio, los síntomas alimentarios y el trauma, el papel de la disociación y el conocimiento de otros mecanismos o patrones predominantes en cada caso.

El presente trabajo pretende estudiar estos contenidos para definir posibles categorías de análisis y derivar de ellas algunas estrategias de intervención, articuladas dentro de un modelo terapéutico que será planteado en un trabajo posterior.

Cuerpo, corporalidad y síntoma

El cuerpo, en cuanto a lo vivido desde él y a través de éste, se convierte en el terreno de expresión y conexión con el mundo desde que se nace, y constituye una herramienta básica para aprehender la realidad. El cuerpo propio, el más primitivo en la conformación de la identidad del sí mismo (yo corporal), posee una doble condición de sujeto y objeto a la vez: se reconoce a sí mismo (sujeto) y al tiempo ocupa un lugar en el espacio exterior (objeto). También es un *constructo* dinámico que cambia, crece, se modifica a través del tiempo y condensa la historia de los otros cuerpos; adicionalmente es el responsable del mantenimiento

de la identidad personal a lo largo del tiempo.

El cuerpo constituye una frontera y, a la vez, facilita un intercambio permanente entre el mundo interno y el mundo externo. Cumple entonces una tercera función de intermediación entre el Ello y el mundo externo, entre lo somático y lo anímico, y utiliza el lenguaje a través de la representación verbal (18).

Autores como Freud (19), Winnicott (20) y Anzieu (21) han profundizado en el papel del cuerpo en la construcción de la identidad. En el sentido freudiano, el yo es ante todo un yo corporal. Winnicott, por su parte, se ocupa de analizar el proceso de personalización, mediante el cual el cuerpo se convierte en la base sobre la que se asientan todas las funciones psíquicas e intelectuales.

Anzieu construye el concepto del yo-piel, por el cual entiende una representación precursora del yo en el bebé, que le sirve durante las fases precoces de su desarrollo para representarse a sí mismo como un yo a partir de su experiencia desde la superficie.

Este yo-piel en constante cambio a lo largo de la vida tiene funciones como servir de saco o continente de todo lo que se va acumulando en experiencia, como superficie o límite demarcador entre lo interno y lo externo que protege de las agresiones y, finalmente, como medio de intercambio con los otros seres. El yo-piel es este anclaje del yo desde

la envoltura corporal que contiene la imagen de uno mismo y a partir del cual el sujeto se organiza.

En este contexto, la autoagresión física podría entenderse no sólo como una trasgresión de espacios, sino como una interferencia a la continuidad de la existencia, donde la primera barrera de protección, la piel, es alterada.

En un sentido fenomenológico, Rovaletti (22) plantea la necesidad de ir más allá del síntoma somático para acceder a la vivencia, y propone el concepto de corporalidad como una de las categorías fundamentales para comprender lo psicopatológico. En esta conceptualización, la emaciación de una paciente anoréxica es el síntoma; la alteración de la corporalidad, el fenómeno. Y esa vivencia anómala del propio cuerpo le da sentido al síntoma.

La vivencia del propio cuerpo está inscrita en las características individuales y culturales que históricamente hayan “marcado” esa corporalidad, de tal suerte que para realizar una comprensión más amplia del síntoma anoréxico (o el automutilatorio) y acceder a la intervención terapéutica es preciso descifrar las claves de cómo se inscribió el síntoma en la historia de ese cuerpo, qué lo perpetúa o lo mantiene activo, qué le da sentido para la paciente misma o incluso para su familia, que se vuelve irrenunciable, no negociable.

En este orden de ideas, el síntoma anoréxico posee un significado que va más allá de una percepción

distorsionada de la forma y tamaño del propio cuerpo; expresa un significado histórico, un lenguaje o una forma de comunicación frente a lo vivido. El síntoma se convierte en un indicador que se refiere no sólo al individuo que lo presenta, sino al contexto familiar y social en el cual se desarrolla.

El cuerpo habla desde un lenguaje simbólico y arcaico. En un plano más evolucionado y abstracto, el cuerpo utiliza la palabra como lenguaje; pero en un plano más regresivo, cuando la palabra no es posible o ha sido silenciada desde muchas formas de censura o represión, aparece el síntoma psicósomático —anoréxico, bulímico o automutilatorio—, como una forma más primitiva de lenguaje corporal, un estilo regresivo de comunicación en el cual la palabra parece no lograrse. El síntoma corporal implicaría, entonces, el fracaso de la palabra, el desmoronamiento del lenguaje en lo que tiene de articulador, entre el mundo interno y el externo.

El presente estudio se desarrolla utilizando estos conceptos como trasfondo, con el objetivo de profundizar en la comprensión de los elementos que subyacen al síntoma y le otorgan sentido y lo mantienen a lo largo del tiempo.

Método

Participantes

De las 82 pacientes con TCA y comportamientos de automutila-

ción que asistieron a tratamiento al Programa Equilibrio para TCA, entre junio de 1997 y enero de 2005, catorce tenían historia de abuso sexual infantil y exposición a otros eventos traumáticos, como secuestro a ellas mismas o a sus familiares, extorsión y amenazas repetidas a la familia, desplazamientos forzados por causas violentas, maltrato físico, así como homicidio o suicidio de algún familiar o persona cercana.

Nueve de ellas otorgaron el consentimiento informado para el estudio, y constituyen la población estudiada. Tres se encontraban fuera del país y dos se negaron a participar. Las nueve mujeres seleccionadas recibían tratamiento simultáneo de psicoterapia individual cognoscitivo-comportamental y psicodinámica impartida por dos terapeutas diferentes, terapia grupal, farmacoterapia y asesoría nutricional.

Siete habían logrado superar el comportamiento automutilatorio al momento de la entrevista y dos tenían la sintomatología activa de automutilaciones con síntomas disociativos al momento de realizar el estudio. Esta diferencia en la presentación del síntoma nos permite explorar si existen diferencias fenomenológicas.

Fuentes de información

Se diseñó una entrevista semiestructurada que incluía siete preguntas directrices en forma abierta, para explorar las categorías

de análisis que previamente habían sido identificadas y discutidas por el grupo de investigadores.

Luego de otorgar el consentimiento informado, un entrevistador diferente al encargado del caso llevó a cabo las entrevistas, que fueron grabadas en cinta de audio y posteriormente transcritas y analizadas por contenido temático y frecuencia de respuestas. Para tal fin se construyó una matriz, dentro de la cual se organizaron los fragmentos de respuesta, correspondientes a las categorías de estudio. Al finalizar las entrevistas se realizaron sesiones de psicoterapia adicionales a las planeadas si la paciente así lo requería. Los contenidos de dichas entrevistas se utilizaron como parte de la información analizada.

La entrevista partió de preguntas abiertas acerca de aparición del síntoma en el tiempo; vivencias de alivio, dolor, integración o desconexión con el mundo externo (antes, durante o después del acto autoagresivo); relación con el comportamiento alimentario; relación con situaciones de sufrimiento extremo; comportamientos ritualísticos, y antecedentes de trauma.

Para mejorar la validez de los datos, se trianguló la información con enfoques diversos, el apoyo de dos observadores adicionales y el material de las historias clínicas o derivados de otros contextos de observación, como la psicoterapia individual, la terapia grupal, la reconstrucción de la historia del cuerpo usando fotografías, escri-

tos de las pacientes y los reportes familiares.

Cada una de las categorías de estudio se analizó desde las diversas disciplinas del grupo de investigadores. Se utilizaron conceptualizaciones psiquiátricas, cognoscitivo-comportamentales y psicodinámicas. De esta manera se buscó enriquecer el análisis y controlar los sesgos. Se identificaron otras categorías que aunque no habían sido tenidas en cuenta desde el diseño resultaron ser de gran relevancia.

Análisis y discusión

Las nueve pacientes seleccionadas para la entrevista tenían entre 15 y 39 años: cinco tenían anorexia nerviosa de subtipo combinado con atracones o purgas, tres tenían diagnóstico de bulimia nerviosa de tipo purgativo y una reunía criterios para trastorno por atracones.

Todas habían reportado uno o varios tipos de comportamientos de auto daño, de tipo crónico. Siete eran solteras; una, casada, y una, separada. Seis son estudiantes: cinco universitarias y una de secundaria. Tres culminaron estudios de nivel profesional y una está dedicada al hogar. Todas las pacientes son de procedencia urbana. En tres de las pacientes los síntomas automutilatorios aparecieron antes del comienzo de la sintomatología alimentaria. En las seis restantes se presentaron de manera concurrente con el TCA.

Se derivaron inductiva y deductivamente seis grupos de signi-

ficados o sentidos del síntoma automutilatorio. Aunque estas categorías suelen sobreponerse unas a otras, se analizan de manera aislada para facilitar la discusión.

Vivencia de vergüenza, culpa o castigo

Los sentimientos de culpa inapropiada, el autorreproche, las fantasías de castigo y retaliación, el asco y la vergüenza suelen ser componentes comunes tanto en los trastornos depresivos como en aquellas personas que han enfrentado situaciones traumáticas.

La experiencia traumática vulnera la capacidad del yo y sus mecanismos de defensa. Esto genera comportamientos regresivos que producen modificaciones más o menos permanentes del sí mismo, que podrían expresarse en culpa, vergüenza, temor y odio. El trauma psíquico resulta entonces del arrollamiento que el sujeto experimenta por lo incontrolable de la experiencia traumática, que supera la capacidad de respuesta adaptativa y elaboración del yo.

Murray y Waller (23) han señalado que en las pacientes con TCA la vivencia del cuerpo puede ser fuente de experiencias vergonzosas, amenazantes o generadoras de culpa.

Paciente 1. *En el colegio, salía de clase, y todo el mundo me cogía las piernas, me las pellizcaba, me estaban esperando para pellizcarme, me decían estás buena, es que tus piernas están buenas, es que que-*

remos tener una relación con usted, y yo me morí... Me morí... La única manera es estar flaca y ahí empezó mi enfermedad... Yo venía acostumbrada a que me dijeran qué ojos tan lindos... Qué pelito tan bonito...

... Hacía feliz a mi mamá con mi belleza, pero a mí me hería, me sentía en riesgo de algo terrible... Yo realmente quería desaparecer...

Paciente 2. *Algún día me desperté sintiendo algo extraño... Me había quedado dormida viendo el noticiero del mediodía junto a mi papá, y de pronto sentí que me tocaba... Cuando abrí los ojos él se asustó y dijo: "Qué pena... pensé que eras tu mamá"... Estaba viendo un canal de pornografía... No te puedo explicar el asco que sentí... Fue horrible... Ese día no podía pensar.... Ese día me corté.*

Paciente 4. *Eh... antes [de cortarme], mucha como ansiedad... Eh... Culpa, odio contra mí, y rabia... Como ganas de... de remediar eso, ¿si me entiendes? Durante, es un alivio, es como una cosa que suelto, es un alivio, pero después cuando me veo las marcas es duro, pues, me siento culpable, me siento mal.*

La vergüenza derivada de los cambios corporales durante la pubertad o de otras experiencias como el abuso sexual temprano, el maltrato físico u otras amenazas a la integridad corporal pueden representar emociones negativas ligadas a la conciencia de un yo corporal sentido como defectuoso, inferior, ineficaz, que pierde el aprecio o no lo merece. Las vivencias de vergüenza

o culpa se reflejan, por ejemplo, en el secretismo con la cual es vivido todo lo placentero, incluido el mismo acto de comer.

El aislamiento social, las purgas o los episodios de autodaño se erigen como elementos expiatorios que pueden sentirse como un castigo merecido e inevitable y que le dan sentido al síntoma. De esta manera, se cierra el ciclo entre experiencia traumática (vergüenza-culpa-ineficacia) y el castigo corporal autoimpuesto a través del ayuno, las conductas de purgas cargadas de elementos masoquistas y las lesiones o el dolor autoinfligido. La paciente siente que se lo merece:

Paciente 1. *Desde el secuestro, yo me comí las manos, yo comencé con las uñas y cuando las uñas se me acabaron, me comí todas las manos, todos los cueros de las manos hasta quedar en carne viva y los pies... Igualítico... Desde el secuestro me abría huecos en la cabeza, me agarraba un mechón de pelo, me lo enrollaba entre los dedos y lo halaba, y luego me rascaba la cabeza, hasta sangrar... Ese era un dolor rico, era como martirizarme... Como flagelarme al igual que las rascadas, entonces, yo me rascaba todo el cuerpo y de eso aún tengo cicatrices. Ésas no se me van a pasar ya nunca.*

Paciente 2. *A veces me cortaba pensando que me quería morir... Hay otros momentos en que lo hago pensando como en castigarme... En otras situaciones es puro castigo... De un castigo de... Ahora esta marca*

se va a quedar toda la vida porque tú te mereces que se quede toda la vida.

Paciente 9. *Muchas veces quedé con un poquito de chichones en la cabeza... Me pegaba contra la pared y con las mismas manos, entonces digamos que eso... al día siguiente me hacía sentir en parte bien y en parte mal. Mal porque no había logrado nada, y bien porque veía que de alguna manera me había castigado.*

La automutilación expía o propicia, mediante el sacrificio, los actos y deseos vividos como agresivos en el pasado, y también suministraría una protección anticipatoria para soslayar el castigo futuro y permitir próximas indulgencias mediante el pago por adelantado de una penalidad. La automutilación de los órganos “culpables” (piel o extremidades) parecería representar la salvaguardia del individuo contra la posibilidad (o las consecuencias) de ulteriores agresiones activas. (“Ahora esta marca se va a quedar toda la vida porque tú te mereces que se quede toda la vida”).

Desde una perspectiva cognoscitiva, el fenómeno de la automutilación puede mirarse como una falla en la rotulación, la atribución y la interpretación de las sensaciones corporales. Al no poder rotularlas adecuadamente, esas sensaciones se quedan como tales, sin poder ser vistas como parte de un fenómeno más global: la emoción.

El paradigma clásico, por su parte, ayuda a la comprensión de

la manera en la cual los estímulos cuerpo y trauma se asocian entre sí, cargando al cuerpo de una valencia negativa que antes no tenía. Las sensaciones corporales se convierten ahora en estímulos intolerables.

El paradigma operante pretende explicar cómo el comportamiento de automutilación, al aliviar la ansiedad generada por las sensaciones corporales sentidas como intolerables, se tiende a mantener en el futuro.

Por otra parte, cabe aquí analizar la hipótesis cognoscitiva-comportamental de la *desesperanza aprendida* (24-25), según la cual cuando las respuestas que emite un organismo para escapar de una situación amenazante son inefectivas, el organismo ensaya escapar de ésta varias veces, hasta que deja de responder. Entonces, recibe la agresión, cualquiera que ésta sea, sin oponerse y se queda pasivamente en la situación asociada con ella, tal como sucede en las vivencias traumáticas.

Pareciera que la persona pierde la posibilidad de controlar o predecir los efectos de su comportamiento, y eso la lleva a paralizarse aunque las condiciones ya hayan cambiado. Como si el planteamiento fuera “nada de lo que hago funciona, así que mejor no hago nada”. La automutilación sería una manera de entrar a controlar y predecir el efecto del comportamiento. Una manera desadaptativa de romper la sensación de impotencia.

A través de la automutilación la persona se aproxima a algo que controla: el cuerpo. Sin embargo, se acerca haciéndole daño, pues el cuerpo es visto como algo negativo, debido a un proceso de condicionamiento clásico en el cual el cuerpo “se tiñe” de las experiencias negativas en las que se ha visto envuelto; pasa así de ser un elemento “neutro” frente a las agresiones, a ser uno negativo, alrededor del cual se estructuran las distorsiones cognitivas resultantes de la interpretación de la vivencia traumática, cualquiera que ella sea.

La automutilación también podría ser vista como un comportamiento evitativo de un daño sentido como mayor: el acercamiento al recuerdo del trauma. Es preferible autoinflingirse un daño controlado por sí mismo, que exponerse a la vivencia recordada de la incontabilidad y la impredecibilidad del trauma per se.

La evitación, sin embargo, no es exitosa, y solamente logra calmar la ansiedad y la culpa durante un tiempo relativamente corto, pasado el cual vuelve a aparecer. Esto se comprende desde el condicionamiento operante como un proceso de reforzamiento negativo de la ansiedad y la culpa, y tiende a mantenerse en el tiempo, sin ser resuelto.

Las experiencias de automutilación pueden llevar al sujeto a conclusiones incorrectas, que pasan de ser hipótesis a volverse tesis (pensamientos distorsiona-

dos) a partir de las cuales se actúa perpetuando un comportamiento no adaptativo, como “la automutilación es aceptable”, “el cuerpo es desagradable y merece castigo”, “es necesario automutilarse para reducir los sentimientos poco placenteros”. La “sobreacción” es necesaria para comunicar a los otros los sentimientos (26).

Vivencia de alivio del dolor emocional

El síntoma automutilatorio o autoagresivo parece surgir como una salida de emergencia para buscar alivio de emociones negativas, contenidos internos displacenteros, abrumadores o intolerables de los cuales hay que deshacerse rápidamente. El malestar interno no sólo se siente como intolerable, sino que se acompaña de una vivencia de eternidad.

Desde una perspectiva comportamental, el paradigma del condicionamiento operante explicaría cómo el alivio que inicialmente genera el comportamiento automutilatorio actúa a modo de refuerzo negativo de la ansiedad. Frente a este alivio, el comportamiento automutilatorio se mantiene en el tiempo, cumpliendo su función.

Adicionalmente, existe una alteración cognoscitiva, es decir, la dificultad de rotular las emociones y, por lo tanto, de expresarlas y manejarlas adecuadamente. Las emociones son vividas en términos de sus manifestaciones fisiológicas que son incómodas, de valencia negativa y que no reciben un nombre.

Adicionalmente, las dificultades en la discriminación de las emociones internas acrecienta la sensación de intolerancia y búsqueda inmediata de alivio, o la sustitución de un dolor emocional interno, no nominado, por otro visible, objetivable y controlable.

Paciente 1. *Me salía sangre... Mientras lo hacía no pensaba en nada... Mucha ansiedad... Yo manejo un índice de angustia muy alto. Cuando veía que empezaba a sangrar me gustaba, algo en mí se tranquilizaba.*

Paciente 2. *El dolor y la rabia (ahora sé qué era eso)... no los tolero, se vuelven algo inmanejable... Tengo que parar esa sensación tan horrible... Al cortarme, todo el sufrimiento vuelve a tener una causa, un porqué.*

Paciente 5. *Yo uso esa conducta como para tratar de hacer algo para quitarme esa rabia que tengo contra mí. Y... sí, sí me tranquiliza, y siento que estoy haciendo las cosas bien, que hay un castigo como para eso... Entonces como que la rabia desencadena eso un poco.*

Paciente 6. *Sería como una rabia profunda conmigo... como un desespero por no saber cómo manejarlo... Entonces viene la idea inmediatamente a la cabeza, como que vas a explotar... Entonces toca hacer algo porque vas a explotar... Entonces viene ahí la cortada.*

Paciente 8. *Antes sentía una desesperación terrible porque... y una ansiedad también porque necesitaba como des.... Desahogarme de*

alguna manera, de todo lo que tenía por dentro, y al cortarme sentía que ya... Ya había desahogado lo que tenía dentro de mí misma. Mientras me estaba cortando sentía que cada pasito que estaba dando era como la expresión de la libertad que tanto ansiaba.

En estos contenidos, las pausas y las dificultades para construir la narrativa muestran claramente el componente alexitímico; las emociones son expresadas en términos físicos, se acude a sensaciones y se pone afuera el malestar interno, no mediante una elaboración psicológica. Adicionalmente, el acto de cortarse se convierte en la prueba fehaciente del sufrimiento interno que ahora puede verse, tocarse, sentirse claramente en forma de dolor físico, un dolor que parece aliviar el dolor emocional:

Paciente 5. *La representación de la sangre es como la fluidez de todos tus problemas... Entonces, al ver la sangre chorreando, tú, inconscientemente... Tú vas... ¿cómo se dice?... Plasmando en esa sangre todo lo que te perturba...*

Esta débil relación entre el símbolo y lo simbolizado, esta dificultad en el acceso al pensamiento abstracto, que no logra poner una distancia suficiente entre el significante y el significado, interfiere en la capacidad del yo para ser defensivo-adaptativo o creativo, y se torna pobre y estereotipado.

En términos de Bowlby (27), existirían en estas pacientes inseguridades básicas, ansiedades tempranas

no elaboradas y serias dificultades para la simbolización, todo lo cual puede expresarse a través del cuerpo con la autoagresión. O, visto desde la perspectiva de los objetistas como Bion (28), estas conductas harían referencia al uso del cuerpo como lugar. Un lugar donde el individuo intenta dar algún manejo a los “terrores sin nombre” o ansiedades primarias.

Vivencia de disociación

La característica esencial de la disociación es la alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. El sujeto disociado separa de su conciencia determinados contenidos mentales vividos como prohibidos o intolerables. En el caso del síntoma automutilatorio, la paciente transforma la emoción básica en un intento “nunca totalmente exitoso” (dolor físico, sangre, mutilación) de evitar el dolor emocional.

En las personas traumatizadas, la disociación emerge como respuesta adaptativa frente al evento; esto distancia al sujeto de la situación traumática o posterga su manejo. En las pacientes con anorexia o bulimia nerviosa (que pueden tener los dos componentes señalados), los mecanismos disociativos pueden llevar a la escisión o negación de una parte del cuerpo, lo cual produce una vivencia de corporalidad fragmentada.

Durante el acto autoagresivo, la paciente disociada puede buscar

una evidencia de su propia existencia (12-16). El dolor físico y la sangre que se ve correr se convierten en una prueba de existencia, en una delimitación del sí mismo que, a su vez, es generador de alivio.

Paciente 1. *Deseaba seguir viviendo pero sin cuerpo... Esa fantasía siempre la he tenido, desde que me enfermé... Quisiera seguir siendo de aquí para arriba [señala su nuca y muestra su cabeza], que esto no existiera [señala de la nuca para abajo], porque era mi odio, el cuerpo...*

Paciente 4. *Algo así, que uno siente como que uno no es uno... Al principio sí me daba cuenta, pero ya después era como algo, no sé, algo que hacía un poco automático, entonces ya era como... Como un poco descontrolado. No sé, lo relacionaba también como cuando los atracones.*

...Yo sentía que no era yo, era como otra persona, ¿si me entiendes?, como que algo me manejaba, algo así.

Paciente 5. *Durante, siento como que desconecto... Como si me desconectara del mundo y de todas las cosas. Y después siento, no sé, siento como satisfacción, como que me agrada hacerlo. Cuando comienzo, o sea, es como si se detuviera el tiempo, como si se detuviera todo... Cuando termino... o sea, han transcurrido como muchas horas, pero para mí han transcurrido cinco minutos no más.*

Paciente 3. *Mientras lo haces te desconectas del mundo y mientras*

lo dejas de hacer te desconectas del pensamiento.

Vivencia de integración

El efecto del trauma lleva a sensaciones de embotamiento o adormecimiento emocional (*numbing*), las cuales también pueden ser vividas como displacenteras. En este sentido, las sensaciones intensas, y aun las dolorosas, pueden ser buscadas en razón de la necesidad de alcanzar un grado máximo de estimulación y activación que compense la incapacidad para reaccionar afectivamente a los estímulos normales. Así se llega a una homeostasis psíquica.

El síntoma automutilatorio, en este caso, adquiere un valor adaptativo que persigue romper la disociación y el embotamiento afectivo; el paciente logra recuperar la conciencia de su propia existencia o constatar su propio dolor con algún grado de alivio.

Paciente 1. *Cuando me corto me tranquilizo de ver correr la sangre... Es como darme cuenta de que sí existo.*

Paciente 2. *Si tengo dolor adentro, tengo que verlo salir para poder sentirlo... Por eso me corto.*

Paciente 7. *Cuando uno ve correr la sangre... Como tú ya has sentido un poco de alivio, tú ya caes un poco en razón... Y ahí dices... ¡uff!*

La integración se da normalmente a través de varios canales: el cognoscitivo, el fisiológico y el motor. En este caso, parecería que la integración se logra a través de

un solo canal: el fisiológico, con el dolor autoinflingido. Así, la automutilación cumple un papel que la mantiene en el tiempo. Nuevamente, aquí aparece una dificultad cognoscitiva de rotulación de lo sentido, que facilita que el manejo se haga con el cuerpo, sin la participación de lo verbal, en la canalización de la acción.

Vivencia de urgencia y obligatoriedad

Igual que sucede en otros trastornos del control de los impulsos: el paciente con conductas autoagresivas vive con frecuencia el acto automutilatorio con sensación de obligatoriedad, con percepción de descarga y disminución de ansiedad después de realizarlo y con persistencia de alivio a pesar del daño realizado. Comparte también varias características de una compulsión: son actos motores, se realizan de manera más o menos estereotipada y, con regularidad, se realiza una secuencia de rituales alrededor del acto mutilatorio.

Los pacientes automutiladores parecieran tener, además, un umbral al dolor relativamente alto, posiblemente relacionado con disfunción en los sistemas de opioides endógenos (29).

Paciente 7. *Lo hago para conectarme y saber realmente cuál es el dolor... Cuál es mi umbral de dolor... Porque uno lo pierde completamente... o sea, se pierde.*

La necesidad de aumentar la intensidad de la conducta automutilatoria, bien sea en el dolor

provocado o en la gravedad de la lesión corporal, que se mueve a áreas más sensibles, la aproximan a las patologías adictivas.

Las conductas automutilatorias parecieran mostrar una relativa falta de obsesiones alrededor de la conducta automutilatoria misma. Sin embargo, es interesante observar cómo algunas pacientes utilizan la automutilación como un mecanismo para evitar pensamientos intrusivos relacionados con otros temas (por ejemplo, cortarse para “neutralizar” una preocupación con respecto a la comida, al miedo a engordar o ante la aparición de un recuerdo traumático).

La aparición de la ansiedad actúa como desencadenante de la búsqueda urgente y obligada de emitir esa respuesta sentida como efectiva. Parecería, además, que se presenta una falla de discriminación y generalización, en cuanto a que el organismo no parece buscar otras alternativas, sino que se queda pegado a una sola: cualquier estímulo displacentero facilita la emisión de la respuesta de automutilación.

Visto el fenómeno en términos dinámicos, la compulsión a la repetición surgiría como la búsqueda de descarga de lo reprimido y también como mecanismo de control de hechos traumáticos. En *Recuerdo, repetición y elaboración*, Freud dice que repetir es un modo de recordar: “La repetición de ciertos modelos de conducta en una parte de la personalidad permite que otra cambie” (19). La angustia-señal frente al

cambio aparece unida al sentimiento de pérdida de la identidad. La repetición compulsiva busca nivelar o conservar el sistema mental que al sufrir un aumento de tensión invade de estímulos al yo, haciéndolo incapaz de manejarlos.

Paciente 5. *El día no puede transcurrir sin que lo haga, sin que lo deje de hacer.*

Paciente 3. *Siempre era el mismo cuarto, la misma esquina, siempre estaba en pijama... Siempre primero comenzaba llorando... Internamente me echaba la culpa, me ofendía de una manera que... Yo creo que hasta ni mi... mi peor enemigo... me iba a ofender así.*

Los secretos familiares

La familia es el contexto primario de aprendizaje y experiencia en el que ocurren las vivencias corporales tempranas que darán lugar a los procesos de separación-individuación, consolidación de la identidad, entre otros. Simultáneamente, adquirirá enorme importancia, en especial durante la pubertad y adolescencia temprana, la aceptación grupal y el sentido de pertenencia a través de la necesidad de “parecerse a”. Se entrecruzan las historias individuales con las colectivas, los significados y valores compartidos, los mitos y fantasmas del pasado que se perpetúan en el presente.

Tal como lo plantea Mara Selvini-Pallazzoli en sus estudios sistémicos, el síntoma alimentario (y por ende el automutilatorio), aunque

corporal, adquiere un significado simbólico que va más allá de lo individual para convertirse en una metáfora familiar o social que expresa algo que es necesario revelar y comprender (30).

Paciente 6. *Mi silencio de [se ríe]... Mi silencio de tantos años [refiriéndose al abuso sexual del padre].*

Dentro de esta óptica, la conducta autoagresiva podría cumplir varias funciones. Por un lado, sería un desplazamiento sintomático que alejaría la atención de la disfunción familiar, y paradójicamente serviría a la vez como una “denuncia”, al señalar que algo anda muy mal en el mundo interno de la paciente. Por el otro, al funcionar como un mecanismo para expiar culpas, sería una forma a través de la cual la paciente retira la responsabilidad del grupo familiar y la asume autoinfligiéndose ella sola todo el castigo por la culpa colectiva.

Es llamativo ver en este aspecto lo que parecen ser dos patrones de conducta frente a las automutilaciones: algunas pacientes las manejan de forma completamente secreta y como un acto privado, mientras otras exhiben de una manera sádica sus heridas ante el equipo terapéutico y ante la familia —lo vuelven un acto ante el cual es difícil mantener la neutralidad y que evoca algún tipo de reacción o de respuesta en las personas que rodean a la paciente—. De esta manera, el acto automutilatorio se convierte también en un mecanismo

mediante el cual la paciente ejerce control en su medio.

Cuando la comunicación entre los miembros de la familia está fragmentada, surgen secretos familiares que prohíben que salga de la estructura familiar información sobre conductas o actos potencialmente sancionables. De allí que en muchos de los casos de automutilación el cuerpo es usado como lugar de expresión de alguna situación que resulta innombrable y se pone en el cuerpo para conseguir ser expresada sin atentar contra la unión del grupo familiar (31-32).

En los casos de pacientes que se automutilan en secreto, parecería que estamos frente a una especie de transacción mediante la cual la paciente cambia un secreto por otro.

Paciente 1. *A mí no me podía pasar nada. Ahora tampoco me puede pasar nada malo. Nada de lo que sucede en la familia, que sea malo, que me haga sufrir, entonces, como era la chiquita todo me lo tapaban, todas las cosas malas, mi familia estaba ocultándome todo lo que pasaba. [Cuando se refería a los negocios ilegales del padre relacionados con su secuestro].*

Conclusiones

- El acto de autodaño está estrechamente ligado con vivencias depresivas, de culpa, castigo o vergüenza.
- Las experiencias traumáticas vividas previamente pueden definir un autoconcepto nega-

tivo y depreciado y refuerzan la necesidad de castigo.

- La capacidad de simbolización o de nominación de los afectos o estados emocionales internos evidentemente tienen una deficiencia marcada, que generan un malestar intenso que busca aliviarse a través de la agresión contra el propio cuerpo.
- La disociación es uno de los mecanismos de defensa que estas pacientes utilizan en forma masiva y estereotipada. Este fenómeno parece ligarse a la automutilación de dos maneras distintas: en algunas pacientes parece permitir la disociación probablemente como una manera de evitar enfrentar realidades muy dolorosas y en otras parecería ser una manera de poner fin a un estado disociativo.
- La conducta automutilatoria se mantiene al facilitar la disociación como una manera de evitar o escapar de situaciones que no se toleran, como el dolor emocional u otras emociones displacenteras o amenazantes.

La utilización de entrevistas en profundidad y el análisis de las narrativas se perfilan como herramientas útiles para explorar qué tan disociado está el discurso de la emoción. En las pacientes que ya habían superado el impulso de mutilarse, el relato produjo una reacción de angustia frente al recuerdo de los hechos, lo cual indicó la existencia de una integración más

adecuada y sana de la vivencia de trauma, enfermedad alimentaria y autoagresión.

En contraste, en aquellas pacientes con persistencia de elementos disociativos, el relato tuvo pocos referentes emocionales y una frialdad que indica que las experiencias traumáticas aún no han sido elaboradas y que los síntomas alimentarios y de autodaño continúan operando como una estrategia de defensa frente a conflictos no resueltos.

El análisis de narrativas podría incluirse de manera estandarizada en el protocolo de intervención de este subgrupo de pacientes con TCA, en quienes los elementos autodestructivos y disociativos sean prominentes. La verbalización espontánea de contenidos permite al entrevistador y al paciente tener acceso a información clave de manera ágil. Igualmente, permite a los terapeutas enfocar de manera más precisa la intervención y poner a prueba o plantear nuevas hipótesis.

Aunque el tamaño de la muestra de estudio es relativamente pequeño, la saturación en los contenidos se logró al observar que las pacientes se referían a sus vivencias de manera muy parecida. Esta repetición de contenidos se puede observar en los ejemplos seleccionados. Los hallazgos de este estudio no pueden generalizarse para explicar el comportamiento automutilatorio de otro tipo de pacientes con patologías diferentes.

Referencias

1. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*. 1991;148:306-17.
2. Favazza AR, Rosenthal RJ. *Bodies under siege*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1996.
3. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2002;159:408-11.
4. 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.
5. Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, Asami T, Iseki E. Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58(2):191-8.
6. 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.
7. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(8):537-42.
8. Welsch L, 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.
9. Nagata T, Kawarada Y, Kiriike N, Ike-tani T. Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Res*. 2000;94(3):239-50.
10. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jocic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1107-15.
11. Rodríguez M, Pérez V, Díaz Y. Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment in Colombian women with eating disorders. *Int J of Eat Disord*. 2005;37:299-306.
12. Vanderlinden J, Vandereycken W. Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders. Bristol (Penn.): Brunner/Mazel Publishers; 1997.
13. 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.
14. 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.
15. 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;37:12-6.
16. 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.
17. Rodríguez M, Guerrero E. Frecuencia y fenomenología de comportamientos de daño autoinfligido sin intencionalidad suicida en pacientes colombianas con TCA. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2005;34(3):343-54.
18. Winocur JO. El cuerpo del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*. 1995; (4):245-71.
19. Freud S. *Obras completas [9 vols.]*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1972-1983.
20. Winnicott D. *El proceso de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós; 1993.
21. Anzieu D. *El yo piel*. Madrid: Almagro; 1994.
22. Rovaletti ML. *Corporalidad: la problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar; 1998.
23. Murray C, Waller G. Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: the mediating role of shame. *Int J Eat Disord*. 2002;32:186-91.
24. Seligman M. *Human helplessness: theory and applications*. New York: Academic Press; 1980.
25. Seligman M. *Helplessness: on depression, development and death*. New York: Freeman; 1992.

26. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44:134-40.
27. Bowlby J. The development of children's concepts of causal relations: by Jean Marquis Deutsche. (Oxford University Press. pp. 104. Price 9 s.) [review]. *Int J Psychoanal*. 1938;19:511-2.
28. Bion WR. A theory of thinking. In: *Second thoughts*. London: Heinemann; 1967.
29. Oldham JM, Hollander E, Skodol AE. Impulsivity and compulsivity. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
30. Selvini-Palazzoli M. El malestar del cuerpo y el contexto familiar. En: *La palabra del cuerpo*. Barcelona: Herder; 1997.
31. Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Muchachas anoréxicas y bulímicas: la terapia familiar*. Barcelona: Paidós; 1999. p. 163-98.
32. Black-Evan I. *La vida secreta de las familias*. Barcelona: Gedisa; 1990.

Recibido para evaluación: 21 de febrero de 2007

Aceptado para publicación: 25 de abril de 2007

Correspondencia

Maritza Rodríguez G.

Departamento de Psiquiatría,

Pontificia Universidad Javeriana

Cr. 7 No. 40-62, piso 8

Bogotá, Colombia

maritzar@cable.net.co