

Lesiones en la piel por auto-injuria

SELF-CUTTING LESIONS OF THE SKIN



Ene - Mar 2014 | Vol. 95 N°1

Sector Psicodermatología
 Rev. argent. dermatol. 2014; 95 (1): 81 – 87.
 Publicado en línea 2014, Marzo / Published online March 2014.
 Lesiones en la piel por auto-injuria

Autores | Contacto

G Oliveira *, S Khaski ** y RE Achenbach ***

* Alumna del Curso Superior. Carrera Médico Especialista en Dermatología. Asociación Argentina de Dermatología. Hospital Dr. "Ignacio Pirovano".

** Encargada del Sector Psicodermatología. Hospital Dr. "Ignacio Pirovano".

*** Jefe Unidad Dermatología. Hospital Dr. "Ignacio Pirovano".

Hospital General de Agudos Dr. "Ignacio Pirovano". Av. Monroe 3550 (1430). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Email: rachenbach@hotmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 19.12.2013

Aceptado para su publicación: 27.02.2014

RESUMEN

En el sector de Psicodermatología, del Servicio de Dermatología del Hospital Ignacio Pirovano, tomamos como base fundamental de nuestro trabajo la relación médico-paciente. Es por ello, que consideramos la subjetividad de cada paciente que nos consulta y establecemos un vínculo interpersonal, en el que una de las personas (el paciente) busca recibir ayuda, conocimientos y cuidados, mientras que la otra (el médico) ofrece al paciente sus conocimientos y cuidados acordes a su patología.

En algunos casos, esta forma de trabajar se vuelve no solo útil, sino esencial, por ejemplo: cuando se presentan pacientes con lesiones por auto-injuria, como la que se presentó en el centro de salud en la provincia de Buenos Aires, donde una de las autoras (GO) se desempeña como médica de guardia, además de pertenecer a nuestro Servicio de Dermatología. La auto-injuria se define como un acto deliberado y repetitivo que persigue dañar el propio cuerpo sin intención suicida, siendo los métodos más frecuentes los cortes, golpes y quemaduras¹. Este trastorno es conocido también como: autodaño, lesiones auto-inflingidas o auto-mutilación (self-injury, self-harm, self cutting). Este trastorno que se expresa en la piel, tal

SUMMARY

In the section of Psychodermatology, in the Dermatology Service of I. Pirovano Hospital, we look at the physician-patient relationship as the fundamental base of our work. We consider the subjectivity of each patient complain as an interpersonal bond in which one of the persons (the patient) seeks help, knowledge and care, while the other (the physician) offers his expertise accordingly.

In some cases, this way of working results useful and essential. For example, when patients appear with self-injury, such as the one introduced by Dr. Gabriela Oliveira in the health center in which she works (besides belonging to our Dermatology Department), in the province of Buenos Aires. Self-injury is defined as a deliberate and repetitive act which seeks to harm one's body, without suicidal intention. Cutting, hitting and burning are the most common methods and the disorder is also known as self-harm or self-cutting.

This condition is expressed in the skin, as we will observe in the adolescent patient presented, must be vigilant to dermatologists, general practitioners and those working in call duty doctors, given that this is an increasingly common psychiatric disorder among young people to achieve mental health referral and appropriate treatment, according to the underlying psychiatric disease.

como observamos en la paciente adolescente que presentamos, debe mantenernos atentos a los médicos dermatólogos, generalistas y aquellos que trabajen en servicios de guardia, dado que estamos ante un trastorno psiquiátrico cada vez más frecuente entre los jóvenes, para poder lograr la derivación a Salud Mental y un adecuado tratamiento, según la patología psiquiátrica subyacente.

PALABRAS CLAVES

Psicodermatología; Auto-injuria; Auto-daño; Riesgo de suicidio.

KEY WORDS

Psycho-dermatology; Self-injury; Self-harm; Suicide risk.

CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente de sexo femenino de 16 años de edad, que ingresó intempestivamente a la guardia del centro de salud, una tranquila mañana de sábado, traída por su madre, quien permaneció afuera, en la sala de espera. La paciente ingresa gritando y mostrando ambos brazos, de los que emanaba abundante sangre fresca en algunas áreas y en otras, se observó también áreas de sangre seca, todo esto acompañado por un cuadro de excitación psicomotriz.

Hemodinámicamente compensada, normotensa, afebril, sin otros datos positivos al examen físico; no impresiona abuso de sustancias.

A la inspección se aprecian múltiples heridas cortantes, lineales, casi paralelas, superficiales, de bordes bien definidos aproximadamente en número de treinta en cara interna de cada antebrazo. Se realiza un primer abordaje, intentando establecer un diálogo con ella, a través de temas banales, mientras se procede a la higiene y cura plana de sus heridas. La paciente permanece en silencio, contesta con gestos simples y actitudes corporales poco claras, pero observa con atención los procedimientos que se le realizan. Se retira con ambos brazos vendados.

Reingresa a la guardia aproximadamente una hora más tarde, presentando erosiones superficiales en ambos brazos con cierto sangrado a través de la venda, producto de un enérgico frotamiento local.

Se rehacen las curaciones, mientras llora profusamente y manifiesta que no sabe por qué lo hizo, pero no lo pudo evitar.

A la semana siguiente, otra vez un sábado, vuelve a ingresar por guardia con nuevo episodio de cortes en antebrazos sobre piel sana, sobre cicatrices y sobre costras de heridas recientes. Esto provocó que los vendajes se adhirieran a la piel, causando cierta molestia al momento de proceder a su remoción.

La paciente refiere el gran dolor que siente, describiéndolo como “generalizado y diseminado” y que al concentrarse el mismo en los sitios puntuales de las lesiones, disminuye y le permite identificar un lugar concreto de su molestia. La paciente refiere que al percibir que fluye la sangre, su calor, humedad y viscosidad, logra que el dolor “salga” en forma precisa desde el interior del cuerpo hacia el exterior.

Manifiesta sentirse muy preocupada por su hermano de dos años de edad, quien fue internado junto con la madre, en el hospital de referencia, por presentar un cuadro respiratorio, quedando la paciente a cargo de otros dos hermanitos menores y responsable de la casa. El padre tiene paradero desconocido.

También relata una reciente ruptura de pareja, con la que tenía planes de casamiento.

Dado que se pudo establecer una buena relación médico-paciente, se dio un diálogo, en el que logró expresar su “dolor psíquico” y esto le permitió a la médica tratante, solicitar una evaluación de la paciente en el Servicio de Salud Mental.

Concurre a las curaciones una semana después con la madre, quien participa y ayuda activamente en el recambio de vendajes.

Se aprecia notable mejoría, a partir del momento en que la madre se reintegra al hogar y retoma su rol de autoridad con los niños.

COMENTARIO

Nuestro trabajo en el Servicio de Dermatología del Hospital Ignacio Pirovano, se realiza en equipo con el sector de Psicodermatología, teniendo siempre la posibilidad de reflexionar acerca de los pacientes que nos consultan y de sus pedidos de asistencia. En dicha sección de Psicodermatología tomamos como base fundamental de nuestro trabajo, la relación médico-paciente en todos los ámbitos de atención. Considerando la subjetividad de cada paciente que nos consulta, establecemos un vínculo interpersonal, en el que una de las personas (el paciente) busca recibir ayuda, conocimientos y cuidados. La otra (el médico) ofrece al paciente sus conocimientos y cuidados acordes a su patología.

En el caso clínico que se presenta, trabajamos en equipo con la Dra. Gabriela Oliveira, perteneciente al Servicio de Dermatología, quien planteó en nuestra sección la necesidad de reflexionar sobre la paciente, que atendió en un centro de salud de la provincia de Buenos Aires, donde ella también se desempeña como médica de guardia.

En el caso de la paciente, podemos observar que pudo expresarle a la médica su dolor psicológico, que la llevó a autoprovocarse heridas en su cuerpo y la ayudaban a mitigar su padecimiento emocional.

La paciente cumple con algunos de los criterios, que forman parte de este trastorno de lesiones autoinflingidas, sin intento de suicidio: la edad, la necesidad de provocarse un daño que conduzca al sangrado, con la expectativa de sentir alivio. El calor y la humedad de la sangre corriendo por su piel, según refirió la paciente, le proporcionaron alivio del dolor psíquico, a través de un dolor localizado en un área concreta y determinada del cuerpo.

Otra expectativa de la auto-injuria es la de resolver conflictos interpersonales: recordemos que nuestra paciente se sentía sola al estar su hermano y madre internados, además de la ruptura con su pareja.

En la revisión que efectuamos del tema, las lesiones por auto-injuria corresponden a un acto deliberado y repetitivo para dañar el propio cuerpo, sin intención suicida aparente. Pueden consistir en cortes, golpes o quemaduras ¹.

En su etiopatogenia se reconocen: a) factores biológicos como la liberación de endorfinas, con la subsecuente sensación placentera que induce a la repetición del hecho; b) factores sociales como antecedentes de maltrato físico emocional o abuso sexual o enfermedades mentales o etilismo familiar con represión emocional o padres intrusitos; c) factores psicológicos con la autoagresión como autoayuda, por baja autoestima con dificultad en los vínculos y d) alexitimia, que consiste en la dificultad para percibir y expresar las propias emociones, fundamentalmente las negativas.

En el DSM V ²: este trastorno se encuentra clasificado, dentro de las condiciones para estudios adicionales y agrupados como lesiones de auto-injuria, no suicidas. Dentro de los criterios propuestos por el DSM5 ³, mencionamos el criterio A que expresa que en el transcurso del último año, el individuo durante cinco o más días, se dedicó a dañarse intencionalmente con la posibilidad de producir sangrado, hematomas o dolor con la expectativa que la injuria conduzca a un daño físico mínimo, sin intento de suicidio. En el criterio F del mismo manual diagnóstico, se considera que esta conducta auto-lesiva no ocurre exclusivamente en los episodios psicóticos o en los delirios o en el abuso de sustancias.

En un estudio realizado por Lloyd-Richardson y col ³ en una muestra de 633 adolescentes, se describen las funciones de la conducta de auto-injuria, a saber: alivio en emociones negativas, auto-castigo, por sentimientos de soledad, para establecer límites con otros, para sentir algo, incluso dolor. También la autora del trabajo antes mencionado considera la posibilidad que la conducta auto-lesiva, sea la expresión de normas de una cultura adolescente, dado que algunos jóvenes no demostraron alivio al dañarse. Podría tratarse entonces de un código grupal de pertenencia, es decir,

una conducta por influencia de otros.

En algunas publicaciones, la peculiaridad consiste en que la producción de dolor es una forma de expresar ese mismo dolor, es decir, un tipo de comunicación visual y pública de forma no verbal y a través de su propia piel o mucosas. Permite la liberación de ansiedad con mejor control y la expresión del dolor físico, lo que conduce a la búsqueda de ayuda y comprensión.

La auto-injuria puede tratarse de eventos rutinarios o azarosos, a los que se llega como producto en un "nivel máximo" de un estado emocional intenso, con canalización a través de esta actitud; en ocasiones, se asocia con intentos reales de suicidio, aunque no es un acto suicida "per se".

Por lo tanto y paradójicamente, la meta es terminar con el sufrimiento interno, aunque esto implique atacar su propio cuerpo y padecer dolor físico.

Existe una forma mayor que es rara y extrema, que lleva a la desfiguración permanente con amputación o castración. También manifestaciones estereotípicas con golpes cefálicos repetitivos, compresión ocular o mordeduras. La forma más frecuente es la llamada superficial que afecta piel y faneras: con cortes, quemaduras, interferencia con la cicatrización de heridas, con lesiones en los brazos, piernas y abdomen, realizada con cualquier elemento, en general cortante, que el paciente encuentre a su disposición.

Rodham K⁴, comunica en su trabajo las razones deliberadas para provocarse auto-daño en los adolescentes; las más frecuentes para cortarse son: aliviar la tensión, depresión y rabia.

El método elegido por la persona para realizarse auto-daño, puede ayudar a la identificación de individuos con alto riesgo de suicidio.

Las personas que utilizan métodos más peligrosos deben recibir estrecho control evolutivo. Los cambios de método de auto-daño repetido, no necesariamente se asocian con el suicidio.⁴

Algunas veces el paciente manipula a su entorno a través de su enfermedad, para obtener beneficios de ello. Los trastornos disociativos buscan gratificación afectiva, al centrar la atención del entorno en sus lesiones las que son exhibidas; en los trastornos facticios, se busca perpetuar el rol del enfermo: en trastornos de personalidad antisocial para escalar posiciones de autoridad y evitar sanciones sociales y así, sus lesiones pasan a ser "trofeos".

Las autolesiones y los pensamientos suicidas son muy frecuentes en la adolescencia, sin embargo, a pesar que la mayoría de los comportamientos auto-lesivos no se acompañan de un deseo concreto de morir, todo daño propio, independientemente de la motivación se asocia con aumento del riesgo de pensamientos o planes de suicidio, sobre todo, cuando se lleva a cabo en repetidas ocasiones. No debemos subestimar esta dolencia, que en algunas series reveló una alta tasa de morbi-mortalidad, comparable a patologías oncológicas severas como el melanoma.

TRATAMIENTO

El abordaje consiste en psicoterapia y farmacoterapia. En una primera etapa se establece un vínculo terapéutico y extingue el acto auto-mutilatorio y a más largo plazo, estudiar la psicopatología de base y organización de la personalidad del individuo, la familia y el entorno escolar. La farmacoterapia ayuda a controlar la impulsividad, disminuir la angustia y manejar los desórdenes del pensamiento.

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos refuerzan la orientación de todos los pacientes que se presentan con auto-daño, independientemente del método, deben recibir una evaluación psicosocial y el papel del dermatólogo puede ser crucial en esta entidad, poco comunicada en la literatura dermatológica.

Si bien, son generalmente los profesionales de salud mental y de los servicios de emergencia quienes ven a estos pacientes, a veces pueden también consultar al médico dermatólogo⁴. Por ello, es importante para el mismo que esté familiarizado con esta patología y sus comorbilidades psicológicas y psiquiátricas.

Tener en cuenta también, que la mayoría de estos casos no son correctamente evaluados por el Servicio de Emergencias o consultorio de Demanda Espontánea (ADE).

Cada contacto con el paciente representa una oportunidad única y valiosa, para que la intervención del médico ayude a mejorar los aspectos psicosociales del paciente, logrando que acepte el tratamiento. Además, en algunos casos podría ser la prevención de riesgo de suicidio.

REFERENCIAS

1. Favazza AR y Conterio K. Female habitual self-mutilators. Acta Psychiatr Scand 1989; 79: 283-289.
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de desórdenes mentales. Am Psychiatr Assoc. Quinta Edición. New D Library. Washington DC 2012-2013.
3. Lloyd-Richardson EE y col. Psychol Med 2007; 37 (8): 1183-1192.
4. Rodham K y col. Journal of the American Academy of Child and Adolescent. Psychiatry 2004; 43: 80-87.
5. Gieler U y col. Acta Derm Venereol 2013; 93: 4-12.
6. Nader A y Boehme V. Automutilación: ¿Síntoma o síndrome? Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. 2003; 14 (1).