



## **LA AUTOLESIÓN COMO VÍA DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAS CON DÉFICIT DE MENTALIZACIÓN**

Teresa Sánchez Sánchez.

[tsanchezsa@upsa.es](mailto:tsanchezsa@upsa.es)

Tras recibir múltiples nombres como "epidemia silenciosa" o "suicidio parcial", etc, el Síndrome de Autolesión Deliberada (SAD) ha sido acotado como:

Un acto deliberado y en general recurrente de hacer daño al propio cuerpo, sin la ayuda de otra persona, de manera lo suficientemente severa como para ocasionar lesiones en los tejidos corporales y generar hematomas, fracturas, cicatrices o marcas (Luna Montaña, 2012, p. 5).

Abundante bibliografía reciente ha configurado un perfil de rasgos de personalidad que aumentan la predisposición a realizar autolesiones de diversa gravedad: autoagresión mayor, estereotípica, compulsiva o impulsiva (Favazza, 1988). Dichos rasgos son: alexitimia, fugas disociativas, dificultad para la mentalización de los conflictos y desregulación emocional. El repaso de amplios estudios muestrales efectuado por Frías, Vázquez, et als (2012) nos ayuda a descubrir el abanico de patologías en las que la conducta autolesiva suele aparecer como uno más de sus síntomas patognomónicos: trastornos de personalidad (en particular el TLP), Trastornos del estado de ánimo (sobre todo la Depresión), Trastornos del espectro autista (sobre todo el autismo clásico), trastornos del control de impulsos, trastornos inducidos por sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos generales del desarrollo, etc. Sin embargo, la mayor cantidad de estudios cotejados han analizado la comorbilidad de las Conductas Autolesivas (CAL) con: Trastorno Límite de Personalidad, Trastornos Disociativos, Trastorno de Conducta Alimentaria, y Trastornos por consumo de sustancias (Villarreal, 2013). Otra consideración previa resulta imprescindible: el perfil mayoritariamente adolescente asociado a las CAL hace pensar que éstas sean un modo tentativo de algunos jóvenes para regular sus estados de ánimo cuando no saben o no pueden reaccionar de un modo equilibrado y proporcionado a sus tormentas emocionales y conflictos (Kirchner et als, 2011). Nader y Boehme (2003) presentaron una muy útil clasificación donde las CAL pueden ser:

- Catárticas: autolesiones que tienen por objeto desembarazarse de la tensión mental o del dolor y conflicto psíquico que no pueden tramitar de otro modo.
- Reintegrativas: autolesiones que devuelven al sujeto a la conciencia de su yo, tras momentos de anestesia emocional o disociación graves.
- Manipulativas: autolesiones que consiguen atención, cuidados, visibilización o soporte por parte de personas del entorno, cuando éste es disperso, caótico o abandonico.

# LA AUTOLESIÓN COMO VÍA DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAS CON DÉFICIT DE MENTALIZACIÓN

## MODELOS EXPLICATIVOS

Diversos modelos han intentado explicar los beneficios que reportan las autolesiones y que son causa de que se mantengan y perpetúen con la resistencia propia de muchas conductas adictivas.

1) Para el modelo tetrafactorial de Nock y Prinstein (2004) las CAL cumplen cuatro tipos no excluyentes de funciones: intrapersonal positivo (= excitación, salida de la apatía), intrapersonal negativo (= alivio y regulación de emociones negativas como la frustración o la ira), interpersonal positivo (= apoyo y cuidados del entorno) e interpersonal negativo (evitación de responsabilidades y compromisos).

2) En el modelo interpretativo de Taboada (2007), quienes recurren a las autolesiones utilizan su cuerpo como el escenario de sus dramatizaciones. Por tanto, las CAL cumplirían una función básicamente expresiva, paralingüística: el cuerpo es un lienzo sobre el que se perfilarían los sentimientos que no hallan cauce a través de la palabra.

... es un lenguaje somático que utiliza el cuerpo en vez de palabras y sentimientos (...), es un intento de manejar sentimientos caóticos como la ira, el odio, el sufrimiento emocional intenso y decirle a los otros que lo han decepcionado, abandonado o abusado de él... no hay que verlo como búsqueda de atención o deseo de manipulación (Taboada, 2007, pp. 3-4).

3) Para el modelo de Pietrocola (2012) el acto autolesivo posee una cualidad que podríamos llamar talismán: gracias a ella, el sujeto puede percibir que recupera el control sobre situaciones interactivas que le hacen sentir impotente, o adquiere una creencia de dominio sobre su cuerpo y mente. Podría decirse que, a través de las autolesiones, se reorganiza y se estabiliza. De entre todas las modalidades de CAL posibles, cada una de ellas ligadas preferentemente a diversos trastornos, las CAL impulsivas son las que se utilizan como recurso autocalmante aprendido con resultados autorreguladores para las emociones negativas.

En esta dirección, 4) el modelo de Klonsky (2007) sugiere que la autolesión habría devenido desde tempranas fases de la vida una estrategia para gestionar el estrés personal, escolar y familiar. Por doquier afloran evidencias de la relación entre ambientes abusivos, disfuncionales y ultraexigentes con la aparición y desarrollo de las CAL. Pero la misma variable que está presente en éstas, lo está en el TLP. No es, pues, de extrañar que entre el 70 y el 80% de pacientes que cumplen criterios de TLP presenten CAL, como ya hallaron Mendoza & Pellicer (2002) y corroboraron más tarde Cuevas Yust y López Pérez-Díaz (2012). Ha de resaltarse la vinculación entre el bullying (y otras modalidades de violencia entre pares) y la emergencia de conductas autolesivas en niños y adolescentes, como ha puesto de relieve Villalobos Parra (2013), tanto como la conexión entre abusos físicos o sexuales y la aparición de ideaciones suicidas o conductas autolesivas o autopunitivas (Sánchez Sánchez, 2017).

5) Desde el modelo de la Psicopatología de Instituto de Psicopatología de París (IPSO) (Smadja, 1993; 1995), la autolisis manifiesta un destino inacabado del masoquismo que

## **LA AUTOLESIÓN COMO VÍA DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAS CON DÉFICIT DE MENTALIZACIÓN**

resulta autocalmante, como en otros casos lo es la exposición a riesgos extremos o a estímulos pavorosos (Szweic, 1995). Llamativamente, a menudo jóvenes con TLP alejan el riesgo de consumación suicida mediante la ejecución de autolesiones, ya que el daño físico de los cortes o quemaduras (entre otras fórmulas) sirve para desplazar hacia el cuerpo y concretar en la herida física, un dolor interno y emocional mucho más difuso e inmanejable. El cuerpo revela el daño, la sangre fluye, y al hacerlo, parecen sentir que mentalmente se reorganizan y llegan a adaptarse a su realidad, a menudo incluso a soportar lo insoportable.

6) En el modelo de Pérez Zabalza, corroborando, profundizando y matizando lo anterior, (2016) se atribuyen diversas funciones a las CAL:

- a) Regulación de afectos negativos;
- b) Autocastigo;
- c) Señalar angustia;
- d) Antidisociación; e) Antisuicidio; f) Autocuidado;
- g) Poner a prueba la dureza y resistencia del yo;
- h) Búsqueda de Autonomía;
- i) Marcar límites interpersonales;
- j) Búsqueda de sensaciones.

Como puede apreciarse, las funciones a) y e) inciden en la autorregulación y el freno contra fórmulas más graves y definitivas. En un lenguaje psicodinámico podría incluso postularse que las CAL sirven como parapeto contra las excitaciones psíquicas que podrían amenazar con disolver el yo o conducir a depresiones de alto riesgo o a somatizaciones letales. En perspectiva de la Escuela del IPSO parisina, cabría decir que son una barrera paraexcitatoria que impide el descenso del Yo hacia el foso de la locura (Sánchez, 2009), o de la muerte, sea en forma de desorganización somática o de suicidio.

### **AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL Y MECANISMOS AUTOCALMANTES**

Muchas patologías descritas en los tratados nosológicos al uso (DSM V, CIE 10) presentan entre sus criterios descriptores la inestabilidad emocional o el procesamiento cognitivo de las emociones defectuoso. Esto equivale a decir que el fracaso o el déficit en la gestión emocional en el decurso de la vida son algo universal, frecuente y común. Nadie podrá asegurar que no haya perdido, siquiera sea momentánea o esporádicamente, la gerencia emocional de su vida o no haya sufrido disforias, distimias o trastornos en la homeostasis emocional y en su relación con el medio. Pero rara vez esas disrupciones abruptas del mundo emocional interno desembocan en conductas autolesivas, aunque no excluye que lo hagan en conductas autodestructivas de otra índole (abuso de alcohol u otras drogas, episodios agresivos, descontroles verbales, decisiones perjudiciales para su adaptación laboral o interpersonal, etc. Por eso, lo específicamente reseñable de las CAL es que evidencien ser el recurso paradójico

## **LA AUTOLESIÓN COMO VÍA DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAS CON DÉFICIT DE MENTALIZACIÓN**

que ciertas personas, sobre todo adolescentes (Casas Dorado, 2016), por lo general con inestabilidad emocional y alexitímicas, utilizan toda vez que ven alterarse su homeostasis psicocorporal. . Algo así como: "me corto, luego existo" o "porque existo, y para que se note, y porque soy dueño de mi yo corporal, me corto". Lectura ésta que ratifican Rodríguez et als: "el paciente logra recuperar la conciencia de su propia existencia o constatar su propio dolor con algún grado de alivio" (2007, p. 249).

El síntoma 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. (Rodríguez et als, 2007, p. 246). "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. (Ibid, p. 247).

No obstante, creemos legítimo hablar del círculo vicioso de la autolesión pues el efecto lenitivo, de descarga (alivio o drenaje) o de restauración de equilibrio dentro-fuera (o yo-otros) es efímero. Cuando se disipa, cuando se olvida o desvanece el alivio ocasionado por la autolesión ante la emergencia de un nuevo conflicto, abandono, fallo en la organización de la autoestima, etc., el malestar (disociación, vacío, soledad, ansiedad, conflictos, indelimitación interpersonal, etc) regresa una y otra vez. El aumento de la tensión vuelve a desregular el precario equilibrio logrado con los cortes. Podría hablarse, por tanto, de craving autolesivo. Es un tópico recurrente el que contrapone suicidio y autolesión afirmando que "el suicidio es una solución permanente a un problema temporal, mientras que la automutilación es una solución temporal a un problema permanente" (Muñoz Algar, 2016).

### **ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR**

Desde un modelo interpretativo neurobiológico, los pacientes autolíticos tienen un umbral del dolor muy alto por lo que no refieren sentir dolor cuando se dañan, apareciendo solo más tarde y tenue. Las bases neuronales de tal contingencia pueden encontrarse tanto en la excesiva activación de la corteza prefrontal como en la inhibición del procesamiento amigdalario del dolor (Schmahl, 2014). El hipofuncionamiento del eje del estrés, por lo que estas personas producen menos cortisol de lo habitual. Por ende, se aprecia una disfunción del sistema opioide, y alteraciones en el sistema dopaminérgico y serotoninérgico (Mendoza y Pellicer, 2002). De este modo, la autolesión facilitaría la producción y liberación en el organismo de opiáceos endógenos de los que son deficitarios: betaendorfinas y metaencefalinas y lograría despertar la percepción de dolor, aletargada o anestesiada como consecuencia del bloqueo emocional. El efecto tranquilizador o levemente euforizante de las endorfinas reduce las sensaciones desagradables previas. Por ello, los pacientes estarán más relajados, al menos hasta que

## **LA AUTOLESIÓN COMO VÍA DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAS CON DÉFICIT DE MENTALIZACIÓN**

emerjan la culpa o la vergüenza (Llull Carmona et al, 2017), razón por la cual cabe también considerar las CAL como adicciones al dolor (Zubiri, 2010).

La experiencia descrita por S. Doctors (2007) a lo largo de 35 años de trabajo con adolescentes que se autocortan nos lleva a inferir que cuando se sienten inundados por sensaciones de violencia emocional (procedente del exterior o del interior del propio recuerdo o procesamiento mental), o en riesgo de fractura mental ante circunstancias muy adversas, acuden a su 'mejor amigo' (el corte, la cuchilla). Esta perturbadora vía les ayuda a salir de sensaciones de vacío intolerable o de anestesia e irrealidad y a recobrar la sensación de estar vivos y de ser reales.

### **CONCLUSIONES**

El conjunto de paradojas que se constatan en las autolesiones pueden resumirse en las siguientes, con las que sintetizo esta comunicación:

- Es una actividad que 'despierta' mediante el dolor un psiquismo yerto.
- Es una conducta que, atacando al cuerpo, aspira a la recuperación de la homeostasis.
- Es una destrucción que busca afianzar la autonomía y construir límites identitarios.
- Es una herida que tiene un efecto antihundimiento.
- Es un autodaño físico capaz de reparar el daño emocional.
- Es un trauma (corte, fractura, herida) que cumple una función traumatológica.
- Es un paralenguaje alexitímico que trata de comunicar la desesperación y la ira o decepción contra el entorno cercano del que, al mismo tiempo, reclama apoyo.
- Es un refugio defensivo y anti-objetos que ayuda, momentáneamente al menos, a sobrevivir.

La limitación de espacio y tiempo de esta comunicación, me permiten solo esbozar que existe abundante evidencia científica para confirmar en las personas que refieren CAL dos nuevas variables: fallos en el apego primario -generalmente desorganizado o inseguro ansioso- (Fonagy, 2000; Fonagy y Lorenzini, 2014) y dificultades notables en el desarrollo de mecanismos de mentalización suficientes y eficaces (Bateman y Fonagy, 2016). La carencia de 'espejamiento materno' (Winnicott), de una parte, y la recurrencia a fórmulas prementalizadoras (equivalencia psíquica, disociativas o 'como si', y, sobre todo, el modo teleológico de evacuación de tensión emocional) se asocian al funcionamiento psíquico de los asiduos a la autolisis (Lanza Castelli, 2013a y 2013b). No pueden distraernos ni lo escandaloso de la sangre o las heridas ni los otros daños corporales autolesivos. No se trata solo de conductas disfuncionales. Para un psicoterapeuta no deberían pasar desapercibidas, pese a la alarma que generan las heridas autoinfligidas, que hay un colapso -tanto en el procesamiento, como en la gestión, la expresión y la comunicación relacional- del funcionamiento mental que ha de desanudarse para minimizar la recurrencia de CAL u otros riesgos más graves (suicidio,

## LA AUTOLESIÓN COMO VÍA DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAS CON DÉFICIT DE MENTALIZACIÓN

somatizaciones) de los que las CAL sirven como desaguadero, impidiendo la explosión de los diques de contención de la presa.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bateman, a. y Fonagy, P. (2016). Tratamiento basado en la Mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
2. Casas Dorado, A.I. (2016). Comportamiento autolesivo como herramienta de autorregulación emocional en una adolescente de 14 años. *Clínica Contemporánea*, 7 (3), 203-220.
3. Conterio, K., Lader, W. & Kingson Bloom, J. (2008). Daño corporal: el innovador programa de tratamiento para quienes se autolesionan. Chicago: Virgin Ink Press.
4. Cuevas Yust, C. y López Pérez-Díaz, Á. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (1), 97-114.
5. Doctors, S. (2007). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. *Aperturas Psicoanalíticas*, 27. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000060&a=Avances-en-la-comprension-y-tratamiento-de-la-autolesion-en-la-adolescencia>
6. Favazza, A.R. (1998): The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 186, 259-268.
7. Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000104&a=Apegos-patologicos-y-accion-terapeutica>
8. Fonagy, P. y Lorenzini, N. (2014). Apego y trastornos de la personalidad. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, I (2).
9. Frías, A., Vázquez, M. et als (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Psicopatología y Psiquiatría de enlace*, 103, 33-48. Recuperado de <file:///C:/Users/tsanchezsa/Downloads/Dialnet-ConductaAutolesivaEnAdolescentes-4393274.pdf>
10. Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (4), 226-235. Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf>
11. Klonsky, E. D. (2011). Non suicidal self injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychology Medical*, 41, 1981-1986.
12. Lanza Castelli, G. (2013a). Trabajando con pacientes en los que falta la capacidad de mentalizar. *Aperturas psicoanalíticas*, 45. Recuperado de

## LA AUTOLESIÓN COMO VÍA DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAS CON DÉFICIT DE MENTALIZACIÓN

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000835&a=Trabajando-con-pacientes-en-los-que-falla-la-capacidad-de-mentalizar>

13. Lanza Castelli, G. (2013b). La mentalización de la afectividad: sus perturbaciones y su abordaje clínico. Temas de Psicoanálisis, 5. Disponible en <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/12/PDF-LANZA-CASTELLI.pdf>
14. Llull Carmona, J., Francés Sanjuán, N., Pascual Calatayud, C., Roselló Miranda, R.; Morant Luján, Y & Ibáñez Soriano, E. (2017). Conductas autolesivas no suicidas: breve revisión. Conceptualización clínica y causas. XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Obtenido de [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
15. Luna Montaña, I. (2012). Transgresiones corporales, autolesión impulsiva y Psiquiatría. XIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Interpsiquis.com Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/48/23/05/48230516340429508130046038623108500085>
16. Mendoza, Y. y Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome del comportamiento autolesivo. Salud Mental, 25 (4), 10-16. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam024b.pdf>
17. Muñoz Algar, M.J. (2016). Autolesiones como respuesta, Póster presentado al XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Interpsiquis.com
18. Nader, A. y Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o Síndrome?, Boletín de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, 14 (1): 32-37. Recuperado de [http://www.grupoati.cl/wp-content/uploads/2010/08/automutilacion\\_sintoma\\_o\\_sindrome.pdf](http://www.grupoati.cl/wp-content/uploads/2010/08/automutilacion_sintoma_o_sindrome.pdf)
19. Nock, M.K. y Prinstein, M.J. (2004). A functional approach to the assesment of self mutilative behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 885-890.
20. Pérez Zabalza, A., Sánchez Muños, B., Pozueta Villadóniga, S., Vicente Palacios, C. y Álvarez Villechenous, M. (2016). Factores implicados en la Autolesión no suicida (NSSI: Non-Suicidal Self Injury), Póster presentado al XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
21. Pietrocola, A. (2012). Agresiones al cuerpo en la adolescencia. Aperturas psicoanalíticas, 41. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000748&a=Las-agresiones-al-cuerpo-en-la-adolescencia>
22. Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S, Meluk, A. y Guerrero, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas. Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXVI (2), 237-254. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n2/v36n2a07.pdf>
23. Sánchez Sánchez, T. (2009). ¿Qué es la Psicósomática? Del silencio de las emociones a la enfermedad. Madrid: Biblioteca Nueva.

## **LA AUTOLESIÓN COMO VÍA DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAS CON DÉFICIT DE MENTALIZACIÓN**

24. Sánchez Sánchez, T. (2017). Procedimientos autocalmantes y prementalización en las autolesiones reflejadas en "Instrumental" de James Rhodes. *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 29, 67-79.
25. Schmahl, C. (2014). Bases neuronales de la autolesión. *Mente y Cerebro*, 66, 58-63.
26. Smadja, C. (1993). A propósito de los procedimientos autocalmantes del Yo. *Revue Française de Psychanalyse*, 4. Incluido en C. Smadja (2005), *La vida operatoria* (pp. 199-216), Madrid: Biblioteca Nueva.
27. Smadja, C. (1995). Los autocalmantes o el destino inacabado del sadomasoquismo. *Revue Française de Psychanalyse*, 8. Incluido en C. Smadja (2005), *La vida operatoria* (pp. 216-228), Madrid: Biblioteca Nueva.
28. Zweic, G. (1995). La utilización autocalmante del peligro y del terror. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 22: 167-187.
29. Taboada, E. (2007). Autolesiones. *Revista de Psiquiatría Forense y Sexología y Praxis*, 5 (3), 7-31.
30. Villalobos Parra, L. (2013). "Bullying" como posible factor de riesgo de conductas autolesivas o suicidas en víctimas infantiles y adolescentes. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n5a10.pdf>
31. Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M. A. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, 51 (1), 38-45. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272013000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000100006)
32. Weissberg, K. (2007). *Los caminos del dolor. Reflexiones psicoanalíticas*. México: Círculo Psicoanalítico México.
33. Xavier, A., Cunha, M., Pinto Gouveia, J. (2015). Autolesión deliberada en la adolescencia: el impacto de experiencias en la niñez, el afecto negativo y los temores de compasión. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 20 (1), 41-49.
34. Zubiri, M. (2010). La falla de la organización melancólica: la adicción al dolor físico y otras formas. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 59, 145-156.