

AUTOLESIÓN Y MENTALIZACIÓN: VIAJE A TRAVÉS DE LAS HERIDASⁱ

Dra. Teresa Sánchez Sánchezⁱⁱ

Departamento de Psicología Básica. Universidad Pontificia de Salamanca.

El presente estudio es un acercamiento al epidémico problema de las autolesiones. Tras su estudio descriptivo, el perfil clínico y la presentación de los diversos tipos de autolesiones deliberadas no suicidas, se ponen en relación estas estereotípicas, compulsivas e impulsivas conductas con las necesidades de expresión, comunicación y relación con el entorno significativo. Se ponen de relieve las funciones que cumplen las autolesiones, particularmente en los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad y Trastorno Disociativo, evidenciándose la interconexión existente en ellos entre la des-mentalización y los problemas con el apego primario, tanto infantil como adulto. La propuesta final insinúa el viaje terapéutico necesario que lleve desde la pre-mentalización de su sufrimiento hasta la mentalización del mismo. Viaje en el que la mayor tolerancia al dolor y la creciente conciencia del self harán progresivamente innecesario el recurso a las heridas corporales.

Palabras clave: Autolesiones. Mentalización. Apego. Trastorno Límite. Regulación Emocional. Disociación.

The present study is an approach to the epidemic problem of self-harm. After the descriptive study, the clinical profile and the presentation of the different types of deliberate non-suicidal self-harm, these stereotypical, compulsive and impulsive behaviors are related to the needs of expression, communication and relation with the significant environment. The functions of self-harm are highlighted, particularly in patients with Dissociative Disorder and Borderline Personality Disorder, demonstrating the interconnection existing in them between the dementalization and the problems with the primary attachment, both infant and adult. The final proposal insinuates a necessary therapeutic journey that leads from the prementalization of suffering to the mentalization of it. A journey in which greater tolerance for pain and growing self-consciousness will make progressively unnecessary recourse to bodily injury.

Key Words: Self-harm. Mentalization. Attachment. Borderline disorder. Emotional regulation. Dissociation.

English Title: Self-Harm and Mentalization: A Journey through wounds.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Sánchez Sánchez, T. (2017). Autolesión y Mentalización: Viaje a través de las heridas. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (2): 337-351. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2017.110208

ⁱ Trabajo leído en las IV Jornadas de Psicoanálisis Relacional celebradas por el Instituto de Psicoterapia Relacional, Salamanca, Octubre 2016, en torno al tema de la Mentalización.

ⁱⁱ Doctora en Psicología. Profesora titular de Psicología Básica y Psicología Dinámica en la Universidad Pontificia de Salamanca. Profesora de Psicología de las Emociones e Intervención Psicodinámica. Psicoterapeuta acreditada de la FEAP, miembro de la Asociación Psicoanalítica "Oskar Pfister", psicoterapeuta del Centro de Psicoterapia Dinámica "Athano" de Salamanca. Autora de diversos artículos de temática psicoanalítica y relacionados con el duelo, procesos clínicos, emociones y epistemología del Psicoanálisis. Autora de los libros "Psicoanálisis: Evaluación epistemológica y procesos de validación empírica" (Ed. Universidad Pontificia de Salamanca, 1991); "La mujer sin identidad" (Ed. Amarú, 1996); "Psicoanálisis y Psicología: Convergencia y confrontación" (Ed. Biblioteca Nueva, 2001); "Tendencias y dolencias psicológicas del siglo XXI. Los vórtices postmodernos" (Ed. Universidad Pontificia de Salamanca, 2006); "¿Qué es la Psicósomática?: Del silencio de las emociones a la enfermedad" (Ed. Biblioteca Nueva, 2008); "Maltrato de género, infantil y de ancianos" (Ed. Universidad Pontificia de Salamanca, 2005). Dirección Postal: Facultad de Psicología. Calle Compañía, nº 5.37002 Salamanca. Email: tsancheza@upsa.es

1. Una epidemia "sangrante".

Son muchos los cuadros psicopatológicos que pueden mostrar manifestaciones autolesivas¹, también estas acciones pueden estar vinculadas o poseer significados no ligados claramente a disfunciones psicopatológicas, sean religiosos, sociales, rituales, etc. Aunque no son exclusivas de la adolescencia o de la temprana juventud, es en estas edades donde alcanzan su cénit². No siempre entrañan –ni son precursoras de conductas suicidas- pero sí pueden ser contempladas como parasuicidas en muchos casos, aun careciendo de intencionalidad autoeliminativa. Las conexiones e implicaciones fenomenológicas de las conductas autolesivas (CAL) están siendo objeto de múltiples estudios por la proliferación clínica de las mismas en los consultorios y por el carácter modal que tienen entre ciertos grupos o "tribus" (góticos, emo³). De toda la diversidad posible de conductas autolesivas⁴, las que revisten mayor interés para nuestro trabajo son aquellas que se incluyen en el llamado Síndrome de Autolesión Deliberada (SAD).

La Autolesión impulsiva sin intención suicida corresponde a 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).

El perfil humano más estandarizado sería el de una mujer (en torno a los 16 años), deprimida y altamente alexitímica, impulsiva, con escaso control emocional, y altamente modelable y sugestionable por el grupo. Pero lo cierto es que dicho perfil podría perfectamente aplicarse a otros cuadros psicopatológicos diversos: alcoholismo, drogadicción, ludopatía, incluso TCA específicos y a otras edades y circunstancias⁵. De hecho, las CAL presentan alta comorbilidad con consumo de drogas u otras conductas adictivas (a chats, foros, redes sociales), bulimia, promiscuidad sexual, etc. En los estudios realizados se constataron antecedentes frecuentes de abuso sexual (en la infancia o primera adolescencia), bullying y familias rotas o desestructuradas (Frías, Vázquez et als, 2012). Pero, con todo, ninguno de estos factores resultan específicos ni determinantes de las CAL⁶.

Con arreglo a los significados personales y a las vivencias y metas perseguidas con las CAL cabe hacer una división (distinción) entre CAL de tipo *catártico*⁷, las CAL de tipo *reintegrativo*⁸ y las CAL de tipo *manipulativo* (Nader y Boehme, 2003). Así, mientras en las de tipo catártico el objetivo es disminuir la tensión y desbloquear emociones, liberándolas y haciéndolas fluir a través de la expresión corporal, las segundas pretenden recuperar el contacto consigo mismo, venciendo la despersonalización y la disociación, en tanto que las de tipo manipulativo persiguen alguna ganancia de tipo social o interpersonal. El Modelo

Tetrafactorial (Nock y Prinstein, 2004) explica la conducta autolesiva a partir de cuatro factores no excluyentes:

- a) Intrapersonal positivo: La CAL proporciona beneficios tales como aportar sensaciones novedosas y excitantes, capaces de combatir la abulia, la apatía o la depresión esencial.
- b) Intrapersonal negativo: La CAL sirve para aliviar la tensión emocional y las emociones negativas, tales como frustración, decepción, ira, rabia, etc.
- c) Interpersonal positivo: La CAL, si es descubierta, aporta cuidados y atención, compañía y cariño, compasión y maternaje queriendo detener la repetición de la conducta autolesiva.
- d) Interpersonal negativo: La CAL, por su gravedad y riesgos, exime al individuo que la ejecuta de responsabilidades o compromisos sociales, familiares, etc.

2. Significados y funciones.

Taboada destaca ante todo el papel *expresivo* de la autolesión, utilizada como un 'lenguaje' corporal para emitir emociones negativas sin intención de obtener respuesta del entorno. Así lo explica:

... 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).

En el interesante trabajo de Villarroel et als (2013) se realiza un clarificador estudio sobre las Non Suicidal self injurious (NSSI), a la luz de los criterios esgrimidos en el DSM V, a la par que se clasifican clínicamente los tipos de autolesiones en cuatro grupos: CAL mayores, CAL estereotipadas, CAL compulsivas y CAL impulsivas. Sobrecogen al lector o al clínico la evidencia de daños corporales gravísimos, concurrentes algunos de ellos (castración, amputación, enucleación de los ojos, etc) con episodios psicóticos: los CAL mayores, y con TEA, retardo mental severo o patologías neurológicas los más estereotípicos, o con compulsiones automáticas (tricotilomanía, escoriaciones, etc) los menos graves pero más reiterativos. Sin embargo, la modalidad de CAL impulsiva (tanto la esporádica como la reiterativa) es la que presenta motivos psicológicos.

Es un hecho que, a mayor comorbilidad de las CAL con otras patologías, mayor gravedad clínica. El tipo de CAL impulsivo puede ser, a su vez, egodistónico o egosintónico, viviéndose

a veces con temor como un imperativo que se impone desde fuera del yo, y a veces de forma totalmente deliberada como estrategia autocalmante aprendida y practicada con resultados autorreguladores para las emociones negativas.

Klonsky (2011) desgranó algunas de las motivaciones principales cumplidas por las CAL, que pueden resultar complementarias entre sí:

- 1) Modelo de regulación de afectos negativos, válido aunque disfuncional para aquellas personas que no han desarrollado en su infancia estrategias más positivas de afrontamiento y de crecimiento personal.
- 2) Modelo de disociación, usado ante la contingencia de estados mentales de despersonalización o desrealización, como una fórmula para recuperar la identidad corporal a través del dolor, revitalizándose.
- 3) Modelo de la conducta parasuicida, recurriéndose a la autolesión como freno que detiene la intención mayor de quitarse la vida.
- 4) Modelo de influencia interpersonal sobre terceros, buscando producir cambios contextuales.
- 5) Modelo de límites interpersonales, en virtud del cual la motivación primordial de quienes recurren a las CAL sería delimitar en la propia piel su espacio personal de individuación y separación respecto al entorno invasor, afirmando de este modo su propia autonomía.
- 6) Modelo de autocastigo, preferente para aquellos sujetos que precisan subjetivamente autorregularse mediante los daños corporales que se infligen a modo de penitencia, recuperando así su homeostasis psíquica o moral en el grupo de pertenencia.
- 7) Modelo de búsqueda de sensaciones, compatible con sujetos en estado hipohedónico basal que recurren a la autolesión para inducir excitación e intensidad en una vida plana o vacía.

Así, entre todas las razones alegadas por la muestra investigada para llevar a cabo CAL, Pérez-Zabalza et al. destacan las siguientes (por orden de prevalencia descendente):

- 1) Regulación de afectos negativos (compatible con el Modelo 1).
- 2) Autocastigo (compatible con el Modelo 6).
- 3) Señalar angustia (compatible con el Modelo 4).
- 4) Antidisociación (compatible con el Modelo 2).

- 5) Antisucidio (compatible con el Modelo 3).
- 6) Autocuidado (compatible con los modelos 5 y 7).
- 7) Poner a prueba la dureza y resistencia del yo (compatible con el Modelo 5).
- 8) Búsqueda de Autonomía (compatible con Modelo 5).
- 9) Marcar límites interpersonales (compatible con Modelo 5).
- 10) Búsqueda de sensaciones (compatible con Modelo 7).

Las marcas, cicatrices y heridas del cuerpo también aportan *un refuerzo narcisista a una identidad vacilante o incompletamente perfilada*, por lo que siendo la piel el límite entre el yo y los otros, el “envoltorio psíquico” del yo, la autolesión cutánea traza la territorialidad del yo. 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”. Elocuente y coincidente la visión de 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).

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).

Prueba de lo fallidas que resultan las estrategias autolesivas para modificar o reducir el malestar psíquico es que el riesgo de avocar en una solución suicida como término definitivo al sufrimiento es 60 veces mayor en la población autolesiva que en la población normal. Y así, en efecto, el 5% de los autoagresores habrá consumado suicido tras 9 años de iniciarse la conducta autolesiva⁹.

Destacamos el carácter *autocurativo* o de automedicación que atribuyen muchos adolescentes con traumas severos a sus autoagresiones cuando experimentan un agudo dolor mental que no son capaces de gestionar. Al experimentar dolor físico su atención se desplaza desde el dolor mental del recuerdo traumático a la sangre u otros signos del cuerpo dañado:

“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. (Rodríguez et als, 2007, p. 247).

No podemos ignorar tampoco que según se ha comprobado (Schmahl, 2014), las pacientes con tendencia impulsiva a la autolisis tienen un **umbral del dolor muy alto** por lo que no refieren sentir dolor durante la autolesión, tardando éste en aparecer.

Descontento con la interpretación de la autolesión como expresión de un masoquismo primario que erotiza el sufrimiento, Zubiri (2008), elige el término autosadismo para explicar la conducta autolesiva.

Los movimientos de vida y muerte, antitéticos, que expresan las CAL nos sitúan ante contrastes muy significativos:

- Es un autodaño físico capaz de reparar el daño emocional.
- Es una herida que tiene un efecto antihundimiento.
- Es una actividad que 'despierta' mediante el dolor un psiquismo yerto.
- Es un trauma que cumple una función traumatológica.

Paralelamente, S. Doctors (2007), que lleva alrededor de 35 años trabajando con adolescentes que se autocortan, resalta el valor de autocuidado de la CAL. La autolesión es la estrategia que han aprendido a utilizar cuando se exponen a situaciones de violencia emocional excesiva o se hallan inundados de tensiones abrumadoras que no saben gestionar por la vía mental. Puede resultar extraño que, lejos de sentirse en riesgo o amenazados por su propia impulsividad autolítica, describen el corte o el daño corporal como el 'mejor amigo'¹⁰, la salvación que evita el mal mayor de la disolución de su identidad o la desrealización.

3. Lo mentalizado y lo desmentalizado en la conducta autolesiva.

El porcentaje de los pacientes que presentan conducta autolesiva y que son diagnosticados de TLP es muy elevado. A su vez, la CAL resulta concomitante a relaciones de apego patológico, que por ende derivan en dificultades en la adquisición de capacidades de mentalización. Fonagy constató en la anamnesis de pacientes con TLP (muchos de los cuales presentan como síntoma diagnóstico principal autolesiones o autoagresiones diversas) la existencia de una forma de apego inseguro desorganizado que guarda relación con vínculos caracterizados por el abuso físico (maltrato), sexual o con la atención negligente por parte de los cuidadores. Los rasgos propios de pacientes con TLP son bien conocidos:

- a) Sentido inestable del self.
- b) Impulsividad.
- c) Inestabilidad emocional e irritabilidad.
- d) Intentos o fantasías autolíticas o suicidas.

- e) Predominio del mecanismo de escisión (entre la idealización del objeto y la proyección persecutoria respecto a él).
- f) Sentimiento de vacío.

La compleja realidad psíquica de los sujetos autolesivos, particularmente adolescentes, conecta con el tipo de aptitud reflexiva o no-reflexiva de la madre. La madre comienza a 'pensar' a su hijo durante la propia gestación. A mayor desarrollo de la mentalización materna, más seguro será el tipo de apego que establezca con el infante una vez nacido, dado que el bebé se sentirá sentido y se pensará pensado por ella y, además, se sabrá visto como alguien dotado de un self pensante. En esto consiste precisamente la "espejularización", que es el germen del más amplio proceso denominado mentalización:

Sabemos que el apego se instaura prontamente en el desarrollo y que se configura como un "modelo interno activo" estable a lo largo de la vida. Prueba de ello es la correspondencia encontrada entre las formas de apego infantil y las formas de apego adulto:

- a) Apego seguro (Infancia) ----- Autonomía (Adulthood).
- b) Apego ansioso evitativo (I)----- Inseguro despreocupado (A).
- c) Apego ansioso resistente (I) ----- Inseguro preocupado (A).
- d) Apego desorganizado (I)----- No resuelto (A).

Pero ¿qué es la mentalización? Definámosla como:

La capacidad para explicar y dar significados a las conductas del otro, en términos de pensamientos, deseos, expectativas, en una palabra, atribuir al otro un mundo interno representacional mental o, dicho de otra forma, considerar al otro como poseedor de una mente cuyos contenidos determinan y permiten comprender los comportamientos de las personas (Mitjavila, 2013, p. 3).

Lanza Castelli (2011, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d) enriquece el concepto, enlazándolo a la autorregulación emocional y a las relaciones interpersonales satisfactorias. Indica, además, que evolutivamente se avanza desde una mentalización reflexiva a una mentalización transformacional¹¹, aclarando que la mentalización es una función que abarca desde el extremo de la somatización (coincidente con estados de desmentalización) hasta el insight (coincidente con estados de mentalización máxima). Soberbia y amplia visión de este recurso psíquico:

La mentalización puede ser considerada como el sistema inmune de la psique, en la medida en que absorbe estresores internos y externos, excesos traumáticos y presiones internas, procesa sus efectos en el cuerpo y los elabora en sentido progresivo. Incluye procesos como

la representación, la simbolización y una serie de procesos de traducción, retranscripción y transformación” (Lanza Castelli, 2013b, p. 161).

Es posible que los fallos en la mentalización producto de un apego inseguro ansioso evitativo o desorganizado vayan, a su vez, aparejados a fracasos o inconsecuciones en la adquisición de empatía, función alfa y espejamientos de la mente de los otros. En un vínculo de apego normal, la mentalización se va logrando cuando la madre, en las interacciones con su bebé, “demuestra en su rostro no lo que ella misma está sintiendo sino lo que el infante está sintiendo” (Fonagy, 2015, p. 185).

4. El verdadero cúter que lacera.

Los sujetos con CAL, en su mayor parte cercanos a un diagnóstico de TLP, presentan características de: apego ansioso evitativo y/o de apego desorganizado. Al no haber establecido un apego seguro y no haber disfrutado del espejamiento materno, el niño no llega a mentalizar su propio self. El efecto más probable de esta desmentalización del self es que el niño carece de una experiencia vital: sentirse representado en la mente de otros como un ser pensante. El niño no puede concebirse como alguien capaz de pensar sobre sí mismo y sobre otros cuando la madre no lo ‘espeja’, cuando piensa por él pero no le ayuda a pensar, cuando la acción reemplaza al pensamiento, cuando el pensar es intermitente, cuando yuxtapone el pensamiento con la realidad, cuando se confunde al identificar o designar verbalmente lo pensado y cuando no está conectada con la mente del bebé.

Los modos pre-mentalizados desarrollados por Fonagy: equivalencia psíquica, “hacer cuenta” (o ‘como si’), y teleológico, son compatibles con los pacientes borderline. En efecto, éstos:

- a) Viven su mundo interno como real sin poder distanciarse de él, creyendo que sus representaciones internas son isomórficas con la realidad (Modo equivalencia psíquica)¹².
- b) Disocia las experiencias y emociones negativas y se instala con frecuencia en un mundo simulado y ficticio desde el que elude los conflictos o los sentimientos de vacío (Modo “hacer cuenta”).
- c) Utiliza la acción para expresar y descargar las tensiones, no recurriendo al lenguaje verbal, convirtiendo la evacuación y la tormenta comportamental en un medio para lograr el fin de la regulación emocional o el control sobre la conducta de los otros. (Modo teleológico).

El recurso de mentalización opera como un amortiguador de las excitaciones que inundan la mente. Lamentablemente, en los pacientes con CAL no funciona bien y el sujeto queda librado a la acción de modos pre-mentales que son automáticos, no cuestionados, invasivos y que a menudo solo pueden ser disueltos con conductas impulsivas como las drogas, los atracones de comida, la actividad delincuencia, la sexualidad compulsiva o las autoagresiones (Lanza Castelli, 2013d).

De entre todas las dimensiones, ejes o polaridades que abarca la mentalización: a) automática versus controlada, b) cognitiva versus afectiva, c) centrada en el self versus centrada en el otro, d) basada en lo externo versus basada en lo interno, parece probable que los pacientes autolesivos presenten predominancia de:

- a) Procesos automáticos, que se activan ante estímulos tenues, inhibiéndose simultáneamente la capacidad reflexiva y controlada,
- b) Procesos afectivos, con hipersensibilidad a lo emocional y propensión al contagio,
- c) Procesos centrados en el yo/otro de forma difusa e indiferenciada,
- d) Procesos focalizados en lo interno con atención en la expresión facial de los otros. (Lanza Castelli, 2011).

La dramática paradoja presente en los sujetos que se autolesionan es que: cuando sienten ansiedad, pavor, malestar emocional intenso, se hiperactiva la reacción de apego y éste acarrea el despertar de estados prementalizadores asociados a los vínculos primitivos de apego, con lo que la tensión –lejos de disminuir- aumenta y van pasando desde el 1) modo de equivalencia psíquica: del “me veo horrible o malo” al “soy horrible o malo”; al 2) modo “como si”: intentando funcionar con un “self ajeno” o disociado: “sé que me está pasando a mí, pero no lo siento como mío” o “mi cuerpo no es mío hasta que el dolor del corte o del golpe me lo devuelve como mío”; al 3) modo teleológico: las cosas han de suceder en el mundo físico para ser percibidas como reales: “Sólo con el fluir de la sangre, tomo conciencia de mí y salgo de la disociación o la anestesia emocional”.

El sujeto con conducta autolesiva incurre en un círculo vicioso: drenando la tensión mediante la acción, reduce su capacidad para pensar sobre lo que le ocurre y hallar alternativas de regulación y, al no poder mentalizar, aumenta el riesgo de recurrir a modos teleológicos (impulsividad autolítica), que elevarán su vulnerabilidad psíquica. Sus vivencias quedan inscritas en una suerte de “memoria emocional implícita” (Ansermet, 2015), proclives a reactivarse toda vez que alguna nueva circunstancia actúe como un *après coup*.

La somatización y la autolesión son, a la postre, dos formas de dañar el cuerpo cuando la mente no sabe o no puede tramitar sus sobrecargas tensionales, conflictos o vacíos de otra

forma. Constituyen modalidades optativas no voluntarias ni deliberadas de expresar las inorganizaciones mentales o desorganizaciones ocasionadas por los traumatismos, sean éstos de fuente pulsional o relacional, sean endógenos o interpersonales. He aquí que, desde esta propuesta en la que confluyen parcialmente las visiones de la psicósomática y de la teoría de la mentalización, puede accederse a una intersección: la autolesión es un perturbador procedimiento autocalmante (Swzec, 1995; Smadja, 1993 y 1995) que cumple una función paraexcitadora, regula emociones negativas muy intensas y devuelve al sujeto a una paz transitoria, pero que al hacerlo elude y obstaculiza el desarrollo del pensamiento.

5. ¿Una terapia para la rementalización del dolor?

La terapia de rementalización, con tiento, prudencia y calma, parece ser una forma exitosa de abordar el TLP y, por añadidura los síntomas o síndrome autolesivo(s) (Escobar et als, 2013). El autorregistro podría ser una forma intermedia de detener el impulso autolesivo en tanto que se trabajan la alexitimia, las defensas autocalmantes, la toma de conciencia del cuerpo, las representaciones mentales. Al principio, el paciente puede usar la mente del terapeuta para pensar sobre sí mismo, sin que ello signifique que el terapeuta imponga su 'supuesto saber' omnisciente, y, merced a la especularización, desarrolle un sentido del self propio. A partir de ahí, el paciente podrá ir construyendo sus modos mentales, observando sus procesos y sus contenidos.

La actitud mentalizadora y elaborativa del terapeuta posibilita al paciente encontrarse a sí mismo en la mente del terapeuta como un ser que siente y piensa, e integrar después esa imagen como parte del sentido de sí mismo. Aprenderá a preocuparse por su propia experiencia mental, emulando la preocupación que el terapeuta muestra por él: "El respeto por la mente genera respeto por el self" (Fonagy, 2000). Atentos a los episodios de no-mentalización en el transcurso de la sesión, terapeuta y paciente trabajarán sobre el presente, no permitiendo el desarrollo de mecanismos pre-mentales, parándose, observando, explorando, verbalizando, hasta construir un discurso que pueda comprenderse: "en un abordaje colaborativo, no de experticia" (Fonagy, 2015, p. 190).

REFERENCIAS

Autolesión Selfinjury Foro. Organización ASEFO. Autolesión.com

Ávila, A. (2011). Dolor y sufrimiento psíquicos. *Clínica e Investigación relacional*, 5 (1): 129-145. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N1_2011/09_A_Avila_Dolor-y-Sufrimiento-Psiquicos_CeIR_V5N1.pdf

- Ansermet, F. (2015). Destinos de los traumatismos precoces. Continuidades y discontinuidades del devenir. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 35, nº 88: 41-59.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder, a practical guide*. Oxford University Press.
- Casado, L.C. (2011). *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes*. Tesis doctoral. Universidad Rovira i Virgili.
- Coderch, J. (2002). La trama interactiva en el proceso psicoterapéutico. *Temas de Psicoanálisis*, VII: 21-32.
- 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>
- Doctors, S. (2013). Perspectivas del apego en el trabajo clínico con adolescentes y sus figuras parentales. *Clínica e Investigación relacional*, 7 (2): 296-307. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N2_2013/5_Doctors_PERSPECTIVAS_DE_APEGO_EN_EL_TRABAJO_CLINICO_CeIR_V7N2.pdf
- Escobar, M.J.; Santelices, M.P. y Peláez Elizalde, G. (2013). Psicoterapia basada en la Mentalización como tratamiento para trastornos de Personalidad Borderline. Revisión teórica de los postulados de Fonagy. *Summa Psicológica Ust*, 10 (1): 155-160. Recuperado de <file:///C:/Users/tsanchezsa/Downloads/Dialnet-PsicoterapiaBasadaEnLaMentalizacionComoTratamiento-4421560.pdf>
- Favazza, A.R. (1998): The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 186: 259-268.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Recuperado de www.aperturas.org/articulos.php?id=86&a=Persistencias-transgeneracionales-delapego-una-nueva-teoria
- 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>
- Fonagy, P. (2003). Genética, psicopatología evolutiva y teoría psicoanalítica: el argumento para terminar con nuestro (no tan) espléndido aislamiento. *Aperturas Psicoanalíticas*, 15. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000262&a=Genetica-psicopatologia-evolutiva-y-teoria-psicoanalitica-el-argumento-para-terminar-con-nuestro-no-tan-esplendido-aislamiento>
- Fonagy, P.; Rott, A.; Higgitt, A. (2007). Psicoterapias psicodinámicas: práctica basada en la evidencia y sabiduría clínica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 27. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000061&a=Psicoterapias-psicodinamicas-practica-basada-en-la-evidencia-y-sabiduria-clinica>
- Fonagy, P. (2013). Entrevista a Peter Fonagy. Un psicoanalista del siglo XXI. *Temas de Psicoanálisis*, 5: 1-24. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2013/01/PLANTILLAPDF-Entrevista-Fonagy.pdf>
- Fonagy, P. y Lorenzini, N. (2014). Apego y trastornos de la personalidad. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 1 (2).
- Fonagy, P. (2015). Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Ciencias Psicológicas*, 9 (2): 179-196. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000200007
- Frías, A., Vázquez, M. et al. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 103: 33-48. Recuperado de <file:///C:/Users/tsanchezsa/Downloads/Dialnet-ConductaAutolesivaEnAdolescentes-4393274.pdf>

- García Bernardo, E. (2000). Control de emociones e impulsos en las personalidades borderline. *Aperturas psicoanalíticas*, 6. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000132&a=Control-de-emociones-e-impulsos-en-las-personalidades-borderline>
- Ghent, E. (2014). Masoquismo, sumisión y rendición. Masoquismo como perversión de la rendición. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (1): 67-93. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V8N1_2014/07_Ghent_Masoquismo-Sumision-Rendicion_CeIR_V8N1.pdf
- Gratz, K.L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of clinical psychology: In Session*, 63 (11): 1091-1103.
- Hernández Jiménez, N. (2010). Reflexiones sobre marcas en la piel, *Psicología Iberoamericana*, 18 (1): 38-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915936005.pdf>
- Holm, A.L. y Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study. *Nursing and Health Sciences*, 12: 52-57.
- Kiillingmo, B. (2005). Una defensa de la afirmación en relación con los estados de afectos no mentalizados. En A. Maladesky y M. López Ozores (eds), *Psicosomática: aportes teórico-clínicos en el siglo XXI* (pp. 169-185. Buenos Aires: Lugar editorial.
- 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>
- Klonsky, E. D. (2011). Non suicidal self injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychology Medical*, 41: 1981-1986.
- Lanza Castelli, G. (2008), "Mentalización y expresión de los afectos: Un aporte a la propuesta de Peter Fonagy", *Aperturas Psicoanalíticas*, abril 2009, Recuperado de www.aperturas.org/articulos.php?id=588&a=Mentalizacion-y-expresion-de-los-afectos-un-aporte-a-la-propuesta-de-Peter-Fonagy
- Lanza Castelli, G. (2010), "Poner en palabras, mentalización y psicoterapia", *Aperturas Psicoanalíticas*, noviembre 2010, Recuperado de www.aperturas.org/articulos.php?id=670&a=Poneren-palabras-mentalizacion-y-psicoterapia
- Lanza Castelli, G. (2012), La mentalización en los trastornos de la personalidad, *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, diciembre 2012.
- Lanza Castelli, G. (2011). Las polaridades de la Mentalización en la práctica clínica. *Clínica e Investigación relacional*, 5 (2): 295-315. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2_2011/4_G-Lanza_Polaridades-Mentalizacion_CeIR_V5N2.pdf
- Lanza Castelli, G. (2013a). Trabajando con pacientes en los que falta la capacidad de mentalizar. *Aperturas psicoanalíticas*, 45. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000835&a=Trabajando-con-pacientes-en-los-que-falla-la-capacidad-de-mentalizar>
- Lanza Castell, G. (2013b). Mentalización reflexiva y mentalización transformacional. *Clínica e Investigación relacional*, 7 (1): 153-168. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V7N1_2013/13_Lanza-Castelli_Mentalizaci%C2%A2n%20reflexiva%20y%20mentalizaci%C2%A2n%20transformacional_CeIR_V7N1.pdf

- Lanza Castelli, G. (2013c). 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>
- Lanza Castelli, G. (2013d). El pasaje de la mentalización a la equivalencia psíquica. Sus consecuencias clínicas. *Querencia. Revista de Psicoanálisis*, 15 (nº octubre): 78-97.
- Luna Montañó, I. (2012). Transgresiones corporales, autolesión impulsiva y Psiquiatría. *XIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*, Interpsiquis.com Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/48/23/05/4823051634042950813004603862310850085>
- Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia. ¿Redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Psicoanálisis*, XXXIII (1): 77-88. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/manca.pdf>
- Marty, P. (1976). *El orden psicossomático*. Valencia: Promolibro, 1995.
- Marty, P. (1992). *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P. (1997). Mentalización y Psicossomática. *Revista de Psicoterapia y Psicossomática*, 37.
- 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>
- Mikolajczac, M., Petrides, K. V., Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence, *British Journal of Clinical Psychology*, 48 (2).
- Mitjavila, M. (2013). Investigación y aportaciones de Peter Fonagy. Una revisión desde el 2002 al 2012. *Temas de Psicoanálisis*, 5: 1-17. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/investigacion-y-aportaciones-de-peter-fonagy-una-revision-desde-el-2002-al-2012/>
- Morán, C. (1999). Conductas autolesivas, en M. A. Verdugo, *Hacia una nueva comprensión de la discapacidad*. (pp. 755-764). Salamanca, Amarú.
- Moreau, F. (2003). Del cuerpo biológico al cuerpo pensante: Mentalización, desmentalización, rementalización. *Intersubjetivo*, 5 (2): 209-220.
- Muñoz Algar, M.J. (2016). Autolesiones como respuesta, Póster presentado al *XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*. Interpsiquis.com
- 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
- 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.
- Orozco, E. (2008). El papel de la libido en la autoagresión y el masoquismo. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 55: 61-76.
- 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*. Interpsiquis.com
- 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>
- Ramachandrán, V.S. (2012). *Lo que el cerebro nos dice. Los misterios de la mente humana al descubierto*. Paidós.

- 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>
- Rodríguez Pulido, F. y González de Rivera, J.L. (2003). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. En A. Bulbena Vilarrasa, G.E. Berrios y P. Fernández de Larrinoa Palacios, *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 225-239), Masson.
- Sánchez Quintero, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10 (1): 21-32. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico3.pdf>
- Sánchez Sánchez, T. (2008). *¿Qué es la Psicopatología? Del silencio de las emociones a la enfermedad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Schmahl, C. (2014). Bases neuronales de la autolesión. *Mente y Cerebro*, 66: 58-63.
- 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.
- 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.
- Szweic, G. (1995). La utilización autocalmante del peligro y del terror. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 22: 167-187.
- Taboada, E. (2007). Autolesiones. *Revista de Psiquiatría Forense y Sexología y Praxis*, 5 (3): 7-31.
- 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
- Weissberg, K. (2007). *Los caminos del dolor. Reflexiones psicoanalíticas*. México: Círculo Psicoanalítico México.
- 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.
- Zubiri, M. (2008). Masoquismo y Autosadismo, *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 55: 77-90.
- 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.

Original recibido con fecha: 30-10-2016 Revisado: 19-4-2017 Aceptado: 30/06/2017

NOTAS:

¹ Los trastornos psiquiátricos que pueden presentar CAL son: Trastornos disociativos, TCA, Trastornos del Estado de ánimo, Esquizofrenia, Cuadros orgánicos cerebrales, Trastornos del desarrollo, Trastornos de ansiedad: crisis de pánico, TOC y TEPT, Trastornos de Personalidad, trastornos del control de impulsos (tricotilomanía...), Trastornos facticios, Trastornos relacionados o inducidos por sustancias. Nader y Boehme, 2003)

² La edad de inicio de las CAL suelen ser los 14 años y alcanzan su punto álgido en torno a los 16 años.

³ Según publicación aparecida en The Lancet Psychiatry Journal (Agosto 2015), a partir de una investigación realizada en la Universidad de Oxford), los miembros de estas subculturas presentan más riesgo de padecer

depresión y autolesionarse. Estos colectivos acogen a las personas marginadas y con problemas de salud mental.

⁴ Son conocidas las clasificaciones de Favazza (1998) sobre las CAL: Autolesión Mayor, Autolesión esterotípica y Autolesión superficial. Son estas últimas las más frecuentes y las que afectan al menos a un 10% de las adolescentes entre los 12 y los 16 años (Frías, Vázquez et als, 2012).

⁵ Así, por ejemplo, Luna Montañó (2012) muestra que entre 1-4% de la población general y un 21% de la población psiquiátrica realizan al menos una vez en la vida de forma deliberada alguna autolesión.

⁶ Otros perfiles descritos en la literatura especializada pueden encontrarse en Pietrocola (2012).

⁷ Pipher, M. (1994): *Reviving Ophelia: Saving the selves of adolescent girls*. New York: Ballantine Books.

⁸ Simpson, M. (1980): *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw-Hill.

⁹ Villarroel et als (2013) reportan en el metaanálisis de investigaciones y estudios sobre autolesiones que alrededor del 35% de los adolescentes que se autolesionan han efectuado también algún intento suicida (IS) en el último año y que lo mismo ocurre con un 33-37% de los adultos autolesivos.

¹⁰ Manca (2011) habla de la autolesión como de una "prótesis identitaria" y Hernández Jiménez (2010), centrándose en las autolesiones de presidiarios, interpreta que los tatuajes y otras marcas en la piel sirven para poner fuera y visualizar como algo externo los *estigmas* que no toleran dentro de su psique ni a nivel social.

¹¹ La *mentalización transformacional* alude al conjunto de procesos de representación y simbolización que transforman los datos simples de la experiencia en configuraciones psíquicas más complejas.

¹² En el modo de "equivalencia psíquica", se confunde lo pensado con lo real, lo posible con lo palpable, la percepción personal con la única verdad posible, rígida e inflexible. Las convicciones y creencias, imaginaciones y supuestos son tomados como una evidencia inapelable