



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Revisión de las conductas autolesivas en la
adolescencia desde el concepto de Mentalización**

María Sánchez Izquierdo

Roncesvalles Ibarra Larrión

Madrid

2021/2022

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1. Contextualización y finalidad | 6 |
| LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS | 7 |
| 1. Definición | 7 |
| 2. Antecedentes | 8 |
| 3. Impacto demográfico | 9 |
| 4. Métodos de autolesión | 10 |
| 5. Factores de riesgo | 11 |
| 6. Teorías explicativas | 13 |
| MENTALIZACIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS | 15 |
| 1. Orígenes del concepto..... | 15 |
| 2. Definición de mentalización | 15 |
| 3. Fallas en la mentalización..... | 18 |
| 4. Modos prementalizadores | 17 |
| 5. Mentalización y conductas autolesivas..... | 19 |
| TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS | 21 |
| 1. Tratamientos actuales | 21 |
| 2. La Terapia Basada en la Mentalización..... | 23 |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 25 |
| BIBLIOGRAFÍA | 27 |

RESUMEN

En esta revisión bibliográfica se compiló información relevante y actualizada en el marco de las conductas autolesivas, abarcando desde su conceptualización e impacto sociodemográfico hasta los tipos de autolesiones que existen, algunas de sus funciones y factores de riesgo asociados. A continuación, se expuso el concepto de mentalización y su relación con estas conductas en concreto. Para finalizar, se hizo un repaso somero de los tratamientos actuales, deteniéndose específicamente en la Terapia Basada en la Mentalización por su correspondencia con el tema principal del estudio.

Palabras clave: conductas autolesivas; autolesiones; adolescentes; mentalización; Terapia Basada en la Mentalización.

ABSTRACT

In this bibliographical review, relevant and updated information in the framework of self-injurious behaviours was compiled, ranging from its conceptualization and sociodemographic impact to the types of self-injury that exist, some of its functions and associated risk factors. Next, the concept of mentalization and its relationship with these specific behaviours was explained. To conclude, a brief review of current treatments was made, specifically stopping at Mentalization-Based Therapy due to its correspondence with the main theme of the study.

Key words: self-injurious behaviour; self-harm; teenagers; mentalization; Mentalization-Based Therapy.

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones o conductas autolesivas (CAL) reciben diversos nombres en la literatura científica tales como Autolesiones No Suicidas (ANS), denominadas en inglés Non Suicidal Self Injurious (NSSI), y presentadas como Trastorno de Autolesión No Suicida en el DSM-V (NSSID), aunque todos ellos designan la misma realidad.

La ISSS (International Society for the Study of Self-injury) define dichas conductas como comportamientos deliberados y autoinfligidos sobre la superficie corporal sin intención suicida ni fines sancionados social o culturalmente (Faura-García et al., 2021).

Esta definición no considera las autolesiones enmarcadas en un contexto cultural donde todos los miembros comparten creencias y tradiciones que atribuyen a dichas conductas un significado simbólico (Villarroel et al., 2013), así como tampoco incluye las respuestas que se dan dentro de cuadros psicóticos de delirio o alucinaciones (Myer, 2011).

Asimismo, la relación entre las conductas autolesivas y el suicidio es compleja. A pesar de sus similitudes clínicas, la diferencia fundamental entre ambos conceptos radica en que las autolesiones tienen un impacto inmediato y de corta duración, repitiéndose múltiples veces no como una forma de acabar con la vida, sino como una manera de regular las emociones negativas, frenar el displacer y enfrentar las contingencias más estresantes de la vida de la persona (Villarroel et al., 2013).

Sin embargo, en muchas ocasiones las conductas autolesivas conducen al suicidio. Por un lado, la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017) alerta de que en 2015, los suicidios accidentales a raíz de autolesiones alcanzaron la cifra de 67.000 muertes, constituyendo la tercera causa de muerte entre los adolescentes. Por otro lado, un estudio longitudinal que siguió a pacientes de entre 18 y 24 años que habían llegado a ser hospitalizados a causa de sus autolesiones (Beckman et al., 2016), demostró que éstas aumentaban significativamente el riesgo de suicidio y de enfermedad mental en el futuro. Por estas dos razones, no siempre resulta sencillo excluir el suicidio de la definición de las conductas autolesivas, e incluso algunos autores consideran que dichas conductas son síntomas predictores de un acto suicida (del Rosario Flores-Soto et al., 2018).

Al hilo de estos hallazgos, hoy en día se estima que las conductas autolesivas suelen presentarse en el marco de diversas psicopatologías, aunque no resultan exclusivas del ámbito psiquiátrico (Sarmiento et al., 2019). Estas conductas también se han relacionado con formas de identificación que tienen su origen en la adolescencia y en la necesidad de aceptación y seguridad (del Rosario Flores-Soto et al., 2018).

La adolescencia representa una etapa clave en relación con las autolesiones debido a que numerosos estudios estipulan la edad aproximada de comienzo entre los 10 y 15 años (Nock & Prinstein, 2004; Villarroel et al., 2013; Whitlock & Knox, 2007).

Existe una gran heterogeneidad en el ámbito de las conductas autolesivas que abarca desde los tipos de autolesiones hasta la función que estas cumplen para el individuo. Las formas más comunes de autolesionarse suelen ser los cortes y las quemaduras en la piel, trazando líneas e incluso palabras ofensivas utilizando cuchillos, trozos de cristal, cuchillas de afeitar u otros objetos punzantes menos comunes como las tapas de bolígrafos o botellas. Los lugares donde más frecuentemente se realizan las autolesiones son brazos y piernas, aunque también pueden encontrarse en el estómago o en el pecho (Conterio et al., 1998). Existen múltiples clasificaciones en torno a la función que las autolesiones cumplen para el individuo, aunque generalmente son consideradas mecanismos de autorregulación, ya que actúan como una válvula inconsciente de escape que alivia el dolor psicológico (del Rosario Flores-Soto et al., 2018).

Siguiendo el hilo de esta última idea, es imperativo poner sobre la mesa el concepto de mentalización desarrollado por Fonagy, el cual está teniendo un gran impacto actualmente tanto en clínica como en neurociencia. Este concepto designa el proceso por el cual las personas formamos creencias sobre nuestros estados mentales y aquellos de las personas con las que interactuamos, tales como sentimientos, deseos, metas, etc. (Luyten & Fonagy, 2015).

Numerosas investigaciones recientes han estudiado la relación entre las conductas autolesivas y la capacidad de mentalización del individuo que las lleva a cabo, y sugieren que una explicación plausible y empíricamente probada sería que las personas con autolesiones actúan desde modos prementalizadores que son automáticos e invasivos, lo que les dificulta la regulación emocional (Bateman & Fonagy, 2013; Lanza Castelli, 2013a; Mollà et al., 2015; Sánchez Sánchez, 2017 y 2018).

A raíz de estos descubrimientos, Bateman y Fonagy han desarrollado una Terapia Basada en la Mentalización (MBT) que pretende mejorar la capacidad de mentalización en el adolescente, lo que produciría efectos directos en un aumento de la regulación emocional y, por ende, una reducción de las conductas autolesivas (Mollà et al., 2015).

1. CONTEXTUALIZACIÓN Y FINALIDAD

Las conductas autolesivas siempre han generado un gran impacto social y clínico sobre todo debido a su carácter perjudicial y contrario al principio inherente a todo ser humano de preservación de su propia supervivencia. No obstante, en la época actual, este tema resulta de mayor relevancia a raíz de la repercusión que la pandemia de COVID-19 está teniendo en la población en términos de un aumento significativo de dichas conductas, sobre todo en la población adolescente.

El informe anual de ANAR (Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo [Fundación ANAR], 2021), advierte del aumento de un 246,2% de las autolesiones entre el 2019 y el 2020, alcanzando su pico máximo en la vuelta al colegio de septiembre. Las conductas autolesivas, así como otros mecanismos de autorregulación emocional dañinos, han sido producto de la desesperación e indefensión sufrida por los niños y adolescentes durante este periodo.

Enmarcando este trabajo en el contexto socio-cultural actual, se hace evidente la necesidad de revisar los conocimientos existentes sobre las autolesiones con el fin de detectar posibles correlaciones entre factores, de forma que se puedan desarrollar tratamientos efectivos para la reducción de dichas conductas perjudiciales tan en auge actualmente. En razón a este propósito, en esta revisión bibliográfica se pretende alcanzar los siguientes objetivos:

- Recoger los conocimientos existentes sobre las conductas autolesivas, sin intención de resultar exhaustivo.
- Aplicar el concepto de mentalización en la comprensión de las conductas autolesivas en la adolescencia, considerando la relación presente en la literatura científica.
- Explorar los posibles tratamientos para las conductas autolesivas, poniendo el foco en la Terapia Basada en la Mentalización.

LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

1. DEFINICIÓN

Según se ha descrito previamente, la autolesión abarca toda conducta que consista en provocarse daño en la superficie dérmica de forma deliberada y sin finalidad suicida.

No obstante, existen diferentes categorías de autolesiones que responden a esta definición, por lo que resulta relevante empezar por delimitarlas para enmarcar el tipo de conducta autolesiva en el que se enfoca el presente trabajo.

Favazza y Rosenthal (1993) establecen que las conductas autolesivas varían según la gravedad y cantidad de tejido dañado, así como del número de episodios. De esta forma, plantean tres categorías de autolesiones que se relacionan con trastornos mentales específicos. No es una clasificación cerrada, y no tiene mayor pretensión que proveer un marco inicial para ordenar las conductas autolesivas.

1. Automutilación mayor. Es propia de episodios psicóticos e intoxicaciones agudas. Incluye formas graves y poco comunes de autolesión como la enucleación ocular, amputación de piernas, pechos, dedos o genitales, desollado facial o ingesta de objetos tóxicos o afilados (Conterio et al., 1998). Alrededor del 75% de ellas sucede durante episodios psicóticos (Villarroel et al., 2013).
2. Autolesión estereotípica. Se observa en personas con trastornos del espectro autista, retraso mental severo y algunas patologías neurológicas. Generalmente la forma de autolesionarse es a través de vómitos y convulsiones recurrentes y autoinducidas, o golpes repetitivos en la cabeza, tirones de pelo o rasguños en la piel. Estas autolesiones siguen un patrón repetitivo, rígido e inflexible, que produce un daño moderado (Villarroel et al., 2013). De hecho, el DSM-IV incorpora una categoría específica denominada trastorno de movimientos estereotipados en la que se recogen estas conductas autolesivas (American Psychiatric Association [APA], 1994).
3. Autolesión superficial o moderada. Es el tipo de autolesión más común y, por esta razón, supone el foco y centro de esta revisión bibliográfica.

2. ANTECEDENTES

Las conductas autolesivas no son una problemática reciente, puesto que existen casos reportados desde la Antigüedad. Incluso se han detectado conductas autodestructivas similares en animales, tales como mordeduras en las patas y cola en los perros o mutilaciones en la cabeza y picoteos en las aves (Fleta Zaragoza, 2017). Mas no fue hasta el siglo XIX cuando se empezó a concebir las autolesiones en el marco de las enfermedades mentales, incluyéndose en diagnósticos como psicosis, masoquismo y trastorno límite de la personalidad, e incluso a pesar de ello, siempre han estado muy vinculadas a la concepción de las conductas socialmente aceptables específica de cada época (Ulloa Flores et al., 2018).

Sin embargo, el problema se volvió acuciante en la década de 1960 con el peligroso aumento de estas conductas (Fleta Zaragoza, 2017), llegando a constituirse como objeto de la cultura moderna a través de su presencia en los medios de comunicación en 1990. Actualmente se ha conferido a las autolesiones un valor simbólico y gran visibilidad social por medio del cine, la literatura e internet, coincidiendo con el auge de la perforación, el tatuaje y el *body art*. Estas conductas también establecen una relación particular con el cuerpo, con la diferencia de que se consideran signos estéticos mientras que las conductas autolesivas tienden a ocultarse (Jiménez Molina, 2020).

En el ámbito clínico, las autolesiones se pueden enmarcan en algunos trastornos psiquiátricos. El más común de ellos es el trastorno límite de la personalidad, en el que la conducta autolesiva constituye un criterio diagnóstico puesto que el 70% de estas personas incurre en autolesiones. También son frecuentes en el trastorno histriónico de la personalidad, aunque generalmente asociadas a la búsqueda de atención (Fleta Zaragoza, 2017). Y, por último, las autolesiones también suelen presentarse con frecuencia en los trastornos de la conducta alimentaria (Sansone & Levitt, 2002).

Considerando el lado más biológico de las conductas autolesivas, múltiples teorías señalan un déficit en el sistema opioide endógeno, de forma que autoinfligirse daño cumpliría la función de impulsar la segregación de endorfina para alcanzar niveles óptimos en el individuo. Otros autores ponen el foco en una desregulación del sistema dopaminérgico, y también hay investigaciones que giran en torno al sistema serotoninérgico (Winchel & Stanley, 1991).

Por último, durante algunos años las conductas autolesivas han sido consideradas un comportamiento adictivo debido a su carácter coercitivo y aliviador (Tantam & Whittaker, 1992). No obstante, esta idea se ha desechado puesto que el *craving* de las autolesiones está asociado únicamente al contexto de las emociones negativas y ha resultado ser significativamente más débil que el de las sustancias. Actualmente se considera que el constructo del *craving* es más central para las sustancias que para las conductas autolesivas (Victor et al., 2013).

3. IMPACTO DEMOGRÁFICO

Puesto que las conductas autolesivas se pueden dar en contextos muy diversos y en personas con problemáticas diferentes, algunos autores establecen las siguientes categorías: las personas con retraso mental severo, los pacientes psicóticos, la población en prisión y las personas con trastornos de la personalidad (Winchel & Stanley, 1991).

Poniendo el foco en muestras no clínicas, la adolescencia constituye la etapa vital en la que más conductas autolesivas se llevan a cabo, dando comienzo generalmente entre los 10 y 15 años (Nock & Prinstein, 2004; Villarroel et al., 2013; Whitlock & Knox, 2007), con una prevalencia de un 17,2% de adolescentes, frente a un 13,4% de jóvenes adultos y un 5,5% de adultos (Swannell et al., 2014). La mayoría de los jóvenes universitarios comienzan a autolesionarse en la adolescencia tardía, y se observa un aumento significativo de problemas con los padres, conductas internalizantes, ideación suicida, y problemas con los pares en este colectivo, en comparación con el grupo de los jóvenes adultos que no se autolesionan (Hamza & Willoughby, 2014).

Por otro lado, de acuerdo a algunos autores, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las conductas autolesivas, contrario a lo que se pensaba antes de que las autolesiones eran “un problema de mujeres”. Esto puede deberse a la preponderancia de pacientes mujeres con trastorno límite de la personalidad que llevan a cabo conductas autolesivas, o puede deberse a las diferencias existentes en cuanto al método autolesivo según el género, siendo las mujeres más propensas a cortarse, mientras que en los hombres son más comunes las autoagresiones. Muchos estudios limitan su investigación de las autolesiones a los cortes, lo que hace que se pierda parte de la información que tiene que ver con la población masculina (Swannell et al., 2014).

Tampoco existen diferencias geográficas en cuanto a las autolesiones, aunque se observa una prevalencia menor en Reino Unido, probablemente debido a la metodología empleada para explorar dichas conductas, ya que se refiere mayormente a adultos y sitúa las conductas autolesivas como una cuestión secundaria (Swannell et al., 2014).

4. MÉTODOS DE AUTOLESIÓN

Las formas más comunes de autolesionarse suelen ser los cortes, las quemaduras, los arañazos, morderse los labios, lengua o dedos e impedir la cicatrización de las heridas. También suele ser frecuente grabarse palabras o símbolos en la piel de uno mismo -tales como “gordo” y “feo”, proyecciones de los sentimientos que estas personas experimentan hacia sí mismas-, golpearse la cabeza u otras partes del cuerpo y pincharse con agujas (Conterio et al., 1998; Klonsky, 2007). Además, algunas personas pasan de cortarse a quemarse cuando sienten que necesitan herirse más severamente para conseguir el mismo alivio que antes. Los cortes también pueden variar su intensidad, pasando de heridas más superficiales a hendiduras profundas. De hecho, algunas personas empiezan cortándose en partes del cuerpo que no resultan visibles, pero pierden el control y acaban lesionándose en lugares más evidentes.

Aproximadamente, el 75% de las personas que se autolesionan ejecutan más de un método, frecuentemente de forma combinada, y muchas de ellas varían sus instrumentos de corte, tales como cuchillas, cuchillos, uñas, cristales afilados, u otros (Conterio et al., 1998; Obando et al., 2019). En el año 2001, Meltzer et al. (como se citó en Fleta Zaragoza, 2017) llevaron a cabo una encuesta en Reino Unido relativa a las conductas autolesivas en población adolescente que refleja los siguientes datos acerca de los métodos empleados, tal y como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1.

Porcentaje de los métodos autolesivos.

| MÉTODO DE AUTOLESIÓN | PORCENTAJE |
|-----------------------------|-------------------|
| Cortes en la piel | 85% |
| Golpes | 32% |
| Quemaduras | 30% |
| Arrancarse el pelo | 7% |

Enmarcar las autolesiones resulta complejo puesto que los límites en cuanto a qué conductas se consideran autolesivas y cuáles no, son difusos. Generalmente, las conductas asociadas al consumo de sustancias o a trastornos de la alimentación -tales como abuso de alcohol o drogas, atracones y purgas-, no suelen considerarse autolesiones ya que la lesión orgánica resulta un efecto secundario no intencional. Sucede lo mismo con los piercings y tatuajes, que se consideran una expresión artística o social. No obstante, algunas de estas conductas mencionadas podrían ser consideradas autolesiones si se ejecutan con el intento explícito de causarse daño físico (Klonsky, 2007).

Muchas de las personas que se autolesionan desarrollan una rutina o patrón de autolesión que planean y con el que se comprometen regularmente, mientras que otras personas llevan a cabo actos más aleatorios, incitados por sentimientos puntuales con los que les resulta difícil lidiar, ya que la autolesión sustituye dichas emociones por otras más tolerables (Conterio et al., 1998; Obando et al., 2019).

Esto último guarda relación con la presencia de la sangre y el rol que ésta tiene para las personas que se ocasionan autolesiones. Es bastante común que la persona necesite sangrar durante la ejecución de las mismas, y suele tener que ver con la reacción simpática y parasimpática del organismo. Esto se debe a que la visión de la sangre de uno mismo en un contexto exento de peligro genera una respuesta parasimpática inmediatamente después de la simpática, reduciendo así sus efectos de activación y regulando las emociones asociadas. De esta forma, la persona entra en un estado de relajación y calma (Bradley & Lang, 2007; Glenn & Klonsky, 2010), lo que justifica hasta cierto punto la función reguladora de la conducta autolesiva.

5. FACTORES DE RIESGO

No existen relaciones causales en cuanto a las conductas autolesivas, ya que, como sucede con la mayoría de aspectos psicológicos, resultan de la interacción entre la disposición genética del individuo y los estresores contextuales (Klonsky & Glenn, 2008), por lo que lo más cerca que se puede estar de predecir la ejecución de dichas conductas es a través de los factores de riesgo y de protección asociados.

Algunos de los factores de riesgo que se han detectado a nivel individual son: ser mujer, tener entre 15 y 25 años, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, tener una orientación homosexual o bisexual, vivir en una institución o en ausencia de uno de los miembros del subsistema parental, y consumir alcohol, tabaco o drogas (Hawton et al., 2002; Villarroel et al., 2013; Fleta Zaragozano, 2017). La mala adaptación de la persona a su entorno, las bajas habilidades sociales, el rechazo vivido por parte de los demás y tener una imagen corporal pobre o distorsionada (Fleta Zaragozano, 2017), así como los niveles elevados de depresión, ansiedad, impulsividad y baja autoestima del individuo suelen asociarse con conductas autolesivas en ambos géneros (Hawton et al., 2002). De hecho, la combinación entre el consumo de alcohol y la impulsividad es clave debido a que la desinhibición que produce el alcohol fomenta la conducta impulsiva y propicia las autolesiones (Fleta Zaragozano, 2017).

Algunos estudios señalan que otra variable interna asociada a las autolesiones tiene que ver con padecer un trastorno mental de base. En los hombres suele ser más frecuente el abuso de sustancias (19,9%), mientras que entre las mujeres son más prevalentes los trastornos de ansiedad y de la afectividad (26,1%) (Beckman et al., 2016).

Las autolesiones son más frecuentes en personas que se han criado en contextos de violencia intrafamiliar, con madres muy jóvenes, pobre manejo de los conflictos familiares, acoso escolar asociado a un bajo rendimiento académico, abuso físico y/o sexual y separaciones tempranas (Carroll et al., 1980; Hawton et al., 2002; Gratz, 2003; Villarroel et al., 2013; Obando et al., 2019). Además, la presencia de una historia de suicidio en la familia (Beckman et al., 2016) o de autolesiones de alguien cercano suele ser común entre las personas que se autolesionan, sobre todo en el caso de adolescentes (Fleta Zaragozano, 2017).

Por último, uno de los factores de riesgo que merece la pena contemplar es la inexpresividad emocional, es decir, la incapacidad de algunas personas de expresar sus emociones. Algunos autores consideran que es más predictor que otros factores como el maltrato infantil (Gratz, 2003). Paralelamente, Linehan también pone el foco en la expresión de los afectos negativos en relación a las autolesiones. Ella señala los entornos emocionalmente invalidantes como factor de riesgo, refiriéndose a aquellos contextos en los que la expresión emocional obtiene respuestas triviales, erráticas, inapropiadas o extremas. Plantea que las personas que crecen en estos contextos familiares no desarrollan habilidades interpersonales y de regulación emocional adaptativas porque se invalida la

comunicación de sus experiencias emocionales. Esta invalidación tiene como consecuencia que el niño no aprende a reconocer o nombrar sus emociones, ni a regularlas, aunque se le demanda que lo haga. Esto le conduce a buscar otros métodos de afrontamiento menos adaptativos como las autolesiones (Klonsky & Glenn, 2008; Linehan, 1993).

6. TEORÍAS EXPLICATIVAS

Las conductas autolesivas pueden responder a diversas funciones para cada individuo. Klonsky organiza dichas funciones en siete modelos explicativos recogiendo la literatura existente. Estos modelos no son mutuamente excluyentes, es decir, a veces las autolesiones responden a dos o tres funciones de las que se desarrollan a continuación (Klonsky, 2007; Villarroel et al., 2013).

1. El modelo de la regulación de los afectos. Plantea que la conducta autolesiva es una estrategia empleada para lidiar con los afectos negativos, puesto que crea un dolor que se puede controlar (Suyemoto, 1998). Esto se debe a que el malestar físico detiene el proceso de pensamiento e interrumpe los sentimientos negativos que esté experimentando la persona (Fleta Zaragoza, 2017). Los niños que se desarrollan en ambientes tempranos invalidantes son más vulnerables a la inestabilidad emocional de adultos y tienen menos habilidades de resolución de problemas. Por tanto, cuando las situaciones les sobrepasan, son menos capaces de manejar los afectos negativos (Chowanec et al., 1991).
2. El modelo de la anti-disociación. Plantea que la autolesión pone fin a los periodos de disociación o despersonalización que experimentan algunas personas al verse abrumadas por determinadas emociones internas (Nixon et al., 2002). No se conoce el mecanismo exacto que logra poner fin a la disociación, aunque se considera que pueda ser la visión de la sangre (Suyemoto, 1998).
3. El modelo del anti-suicidio. La autolesión en este modelo sirve como un medio para detener la ideación suicida o el intento autolítico (Nixon et al., 2002), ya que actúa como un medio de canalización de los impulsos autodestructivos que evita el suicidio (Suyemoto, 1998).

4. El modelo de la influencia interpersonal. En este caso, la autolesión se emplea para conseguir la atención de otra persona (Chowanec et al., 1991), como amenaza o como medio para hacer que alguien se sienta culpable. Funciona porque la persona juega con el miedo de su entorno a que vuelva a autolesionarse (Fleta Zaragozano, 2017).
5. El modelo de los límites interpersonales. Según este modelo, la autolesión permite al individuo asentar los límites del sí mismo y de su identidad, separándose de los demás. Esto se debe a que la falta de límites de algunas personas los lleva a experimentar la pérdida del otro como la pérdida de uno mismo, y la forma que tienen de combatir eso es a través de las autolesiones, puesto que la piel es el límite más básico entre el “yo” y el “otro”. (Suyemoto, 1998).
6. El modelo del autocastigo. A menudo, las personas que se autolesionan describen sentimientos de tristeza, enfado u odio hacia sí mismos, lo que les hace sentir la necesidad de castigarse (Ross & Heath, 2002). Suelen ser personas que han aprendido de sus contextos a castigarse o invalidarse a sí mismos.
7. El modelo de la búsqueda de sensaciones. Este modelo considera que la persona lleva a cabo estas conductas por la excitación que le producen, aunque no es tan común como los anteriores (Obando et al., 2019).

MENTALIZACIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS

1. ORÍGENES DEL CONCEPTO

El concepto de mentalización, también conocido como función reflexiva, fue acuñado por Peter Fonagy; no obstante, sus raíces se remontan a Freud y están circunscritas al Psicoanálisis, además de incorporar la Teoría del apego de Bowlby y los desarrollos posteriores sobre la Teoría de la mente. A pesar de sus orígenes, en las últimas décadas la mentalización ha ido ganando relevancia, llegando a ser incorporada a la práctica profesional de psicoterapeutas de diversas especializaciones, filósofos o neurocientíficos (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2013).

En sus inicios, la mentalización se conceptualizó en el marco del trastorno límite de la personalidad y eso fue lo que incentivó el desarrollo de la Terapia Basada en la Mentalización (MBT, por sus siglas en inglés), la cual ha demostrado ser útil en el tratamiento de esta patología concreta. No obstante, actualmente se emplea en todo tipo de problemáticas e incluso ha ganado relevancia en el contexto de la relación terapéutica, donde una mayor capacidad reflexiva media en el éxito terapéutico (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2013; Lanza Castelli, 2011).

2. DEFINICIÓN DE MENTALIZACIÓN

Bateman y Fonagy (2013) establecen que la mentalización es la capacidad de formarse creencias sobre los estados y procesos mentales propios y ajenos. De hecho, Allen et al. (2008) también la definen como la capacidad de contemplarse a uno mismo desde fuera y a los demás desde dentro.

La capacidad de mentalización permite a las personas realizar interpretaciones, inferencias y predicciones acerca de las conductas propias o de los demás en base a las representaciones que se hacen de sus estados mentales (deseos, creencias, intenciones o emociones) (Fonagy & Target, 1997; Lanza Castelli, 2011). Éstas difieren de aquellas explicaciones acerca de objetos inanimados, ya que involucran únicamente cuestiones físicas (Gergely, 2003). Por esta razón, se considera que la mentalización comprende

varios procesos mentales, pero no todos ellos son mentalizadores, ya que sólo lo son aquellos que implican los estados mentales previamente indicados (Lanza Castelli, 2011).

Teniendo en cuenta esta consideración, los procesos que posibilitan la mentalización son tres: aquellos encargados de simbolizar, procesar y transformar representaciones, pensamientos y afectos; los procesos atencionales, cognitivos, de imaginación y metacognitivos, entre otros, que permiten empatizar y distinguir los estados mentales subyacentes a las conductas; y los procesos reguladores, quizás los más señalados en el contexto de las autolesiones, los cuales posibilitan regular la propia acción a través de la consideración de las consecuencias de la misma o del estado mental de la persona a la que afecta (Lanza Castelli, 2011).

Además del objeto de la mentalización (uno mismo o el otro), y los procesos y contenidos, la mentalización abarca otra dimensión más compleja referida al modo de funcionamiento. De esta forma, existe una mentalización implícita, que opera de manera automática e inconsciente, y otra explícita, que implica el ejercicio deliberado y consciente de la misma. No son dimensiones excluyentes, sino que a menudo se utilizan simultáneamente. Siendo así, en la terapia se podrían reflejar verbalmente los estados mentales del paciente, a la vez que se consideran también de forma más inconsciente o intuitiva (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

La última característica destacable es que la mentalización puede entenderse como un rasgo, pero también es en parte dependiente del contexto o de la relación en la que se circunscribe, influida por su carácter bidireccional (Luyten & Fonagy, 2015). Por esta razón, la capacidad de mentalizar suele permanecer estable cuando la persona se siente segura; pudiendo perderse de forma circunstancial y temporal ante una amenaza percibida, y recuperarse posteriormente (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2013; Pitillas Salvá, 2021). Estas pérdidas temporales pueden estar asociadas a episodios de elevado estrés o presión durante los cuales la persona deja de considerar sus pensamientos o sentimientos, así como los ajenos (Fonagy & Allison, 2012).

Esto hace de la mentalización una capacidad dinámica y multifacética que se desarrolla paralelamente a la maduración cerebral y a las experiencias ambientales del individuo, es decir, no nacemos con dicha capacidad (Fongay & Luyten, 2009). Por ello, un contexto de apego seguro, una concepción del self como agente y la especularización

de los cuidadores están en la base de su desarrollo (Allen et al., 2008; Lanza Castelli, 2011; Luyten & Fonagy, 2015). Asimismo, la mentalización no sólo tiene lugar a nivel individual. Los niños desarrollan su mente a través de la mente del cuidador, lo que implica que la capacidad de mentalización del niño dependerá de que sea mentalizado por su cuidador y, en última consecuencia, de la capacidad de mentalización de éste (Allen et al., 2008).

3. FALLAS EN LA MENTALIZACIÓN

Un contexto de apego seguro posibilita el desarrollo de los procesos básicos de la mentalización en el niño (Bateson & Fonagy, 2018). No sucede así en los casos de maltrato, abuso y negligencia en la infancia, los cuales suelen acompañarse de un estilo parental basado en la obediencia y el control, donde predomina una baja capacidad de mentalización, reflexión y empatía por parte de los cuidadores (Lanza Castelli, 2011). Dichas características suelen encontrarse asimismo en familias con presencia de enfermedad mental grave (Fonagy & Allison, 2012).

Estas características eventualmente dificultan la adquisición de la capacidad de mentalización del bebé al no conferirle representaciones modelo que le permitan aprender a simbolizar su realidad y sus afectos. Es más, en muchas ocasiones existe un contexto relacional externo favorable para el desarrollo de la mentalización, pero se disocia de las experiencias vividas en el seno del núcleo familiar (Lanza Castelli, 2011).

Múltiples autores señalan que las personas procedentes de este tipo de entornos pueden tener una adecuada capacidad de mentalización; mas en aquellas situaciones o relaciones que activen afectos inusualmente intensos o patrones relacionales disfuncionales, se producirá una falla en los procesos representacionales, cognitivos y reguladores de la mentalización, lo que se traduce en una inhibición de la mentalización y reactivación de los modos prementalizadores de funcionamiento (Fonagy & Luyten, 2009; Lanza Castelli, 2011). Fonagy y Allison (2012) ponen como ejemplo a una persona hipotética que fue víctima de abuso durante la infancia y que, en el momento presente, pierde temporalmente la capacidad de mentalizar ante elementos o emociones que le sirvan de recordatorio.

4. MODOS PREMENTALIZADORES

Puesto que la mentalización es una capacidad que se desarrolla gradualmente, se pueden establecer tres modos de funcionamiento prementalizadores o previos a la adquisición de la mentalización, los cuales pueden reactivarse de adultos cuando se producen fallas en la mentalización ante determinadas circunstancias o relaciones percibidas como amenazantes (Lanza Castelli, 2011; Pitillas Salvá, 2021). Estos modos de funcionamiento son muy similares a los que exhiben las personas con trastorno límite de la personalidad (Fonagy & Luyten, 2009; Sánchez Sánchez, 2017).

1. El modo de equivalencia psíquica. La persona no es capaz de distinguir sus estados mentales o representaciones de la realidad a la que corresponden, por lo que, en determinadas circunstancias, la experiencia interna es concebida como real en el contexto físico (Fonagy & Target, 1996). Así, la persona considera que su percepción de la realidad no es sino la verdad compartida por todos (Lanza Castelli, 2011). Fonagy y Target (1996) ponen el ejemplo de una persona obsesiva que, a pesar de saber que la puerta está cerrada, lo comprueba en varias ocasiones porque la representación interna de lo que supone para ella haberse dejado la puerta mal cerrada es más fuerte que la realidad, por lo que prevalece.
2. El modo hacer como si. Al igual que el bebé que empieza a simular o a crear representaciones mentales de la realidad y a distinguirlas siempre y cuando estén claramente diferenciadas, la persona disocia sus experiencias y emociones para enfrentarse a ellas (Lanza Castelli, 2011; Sánchez Sánchez, 2017). Lanza Castelli (2011) ejemplifica esto a través de un niño que juega a disparar con un palo imaginando que es un rifle; al ser ambos claramente distinguibles, el niño sabe que no está disparando de verdad.
3. El modo teleológico. La persona no considera los estados mentales en la interpretación de las conductas de los otros o de sí mismo. Por ello, las palabras dejan de tener un impacto en el otro y en uno mismo, así que la persona recurre únicamente a la acción para lograr la regulación emocional de sí mismo, o conductual de los otros (Lanza Castelli, 2011; Sánchez Sánchez, 2017).

Cuando la persona pierde la capacidad de mentalizar y se reactivan los modos prementalizadores descritos previamente, deja de interpretar la conducta de sí mismo y de los otros a través de los estados mentales, y empieza a comprenderla desde el plano

meramente físico, lo que viene acompañado de un malestar psicológico elevado (Bateman & Fonagy, 2013).

5. MENTALIZACIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Las funciones de la mentalización hacen de ella un elemento central en el contexto de las relaciones personales y de la regulación emocional (Bateson & Fonagy, 2018), siendo a menudo denominada metafóricamente “el sistema inmune de la psique”, puesto que amortigua todo tipo de estresores y los transforma a través de los procesos de representación y simbolización del individuo (Lanza Castelli, 2013b). En consecuencia, cuando se inhibe o suspende la capacidad de mentalización, la persona queda expuesta al impacto de dichos estresores, sólo pudiendo manejarlos desde modos prementalizadores (Sánchez Sánchez, 2017).

Cuando sucede esto, los afectos y representaciones adquieren la condición de “reales”, por lo que no son cuestionados y se viven de forma atemorizante, sin posibilidad de ser modulados (Lanza Castelli, 2013a). Puesto que la mentalización propicia la regulación de las emociones y conductas, así como el control de impulsos (Fonagy & Target, 1997), no es inusual que en las situaciones en las que no es posible la mentalización se activen defensas autodestructivas tales como atracones, consumo de drogas, somatización o conductas autolesivas (Lanza Castelli, 2013a), enmarcadas en un patrón de elevada impulsividad y desregulación emocional (Sánchez Sánchez, 2018).

Algunos autores postulan un continuo de mentalización en el que dichas defensas se encontrarían en el polo de la somatización, marcado por una pobre simbolización y el funcionamiento de estados prementalizadores, hasta el extremo opuesto del *insight*, avalado por complejas representaciones que posibilitan la regulación afectiva, relaciones interpersonales satisfactorias y una destacable capacidad de resiliencia en situaciones adversas (Bateson & Fonagy, 2018; Lanza Castelli, 2013b; Sánchez Sánchez, 2017).

Por consiguiente, las conductas autolesivas se podrían explicar desde el concepto de mentalización como el producto de la actuación reactiva y automática de la persona ante las situaciones que experimenta cuando se inhibe la capacidad de mentalizar y actúa desde modos prementalizadores (Sánchez Sánchez, 2018), incurriendo en procesos

introvertidos (no comunicados) y centrados en su vivencia interna (desconectados de la relación) como consecuencia de la reacción emocional magnificada, invasiva e incuestionada que experimenta (Sánchez Sánchez, 2017 y 2018).

Lanza Castelli (2013a) ejemplifica la ejecución de conductas autolesivas desde la conceptualización de la mentalización aportando el caso ilustrativo de una mujer que se desprecia a sí misma e incurre a menudo en críticas agresivas e insultos autoinfligidos, los cuales activan modos prementalizadores de funcionamiento que aumentan considerablemente el malestar experimentado. De esta forma, la mujer pasa por el modo de equivalencia psíquica, a través del cual dichos reproches son vividos como verdades absolutas y no se reflexionan, lo que la impulsa a autolesionarse. A menudo, la única forma de modular la intensidad del afecto o del pensamiento es a través de la acción, pues cuando la mente no es capaz de gestionar los estresores, lo hace a través del cuerpo, somatizando y/o autolesionándose (Sánchez Sánchez, 2017), lo que sucede en este caso.

Es más, Sánchez Sánchez (2017) postula que a través del modo prementalizador como si, la persona tiene conciencia de estar experimentado dichos sentimientos, pero no los siente como si le pertenecieran. En consecuencia, desde el modo teleológico, la acción sería la única forma de recuperar el sentido de pertenencia al sacarla del estado de disociación transitorio experimentado.

En base a estas dos aportaciones, se podría decir que, cuando la persona se siente amenazada y pasa a actuar desde modos prementalizadores (Pitillas Salvá, 2021), las funciones que cumplen las conductas autolesivas en las que incurre podrían ser, sobre todo, poner fin a la disociación y regular los afectos negativos experimentados, cuestiones que se han planteado en apartados previos. En este último caso, como postula Sánchez Sánchez (2017), la conducta autolesiva constituiría en sí misma una estrategia “autocalmante”, puesto que regularía dichos afectos, confiriéndole a la persona un estado de calma en el que no mediaría en ningún momento el pensamiento.

En vistas de la conexión existente entre las conductas autolesivas y la mentalización, una terapia que busca mejorar dicha capacidad será así mismo efectiva a la hora de reducir las autolesiones porque posibilitará la regulación de los afectos, el control de la conducta y el cambio en el patrón relacional del individuo (Mollà et al., 2015). Con este objetivo nació la Terapia Basada en la Mentalización (Bateman & Fonagy, 2013).

TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

1. TRATAMIENTOS ACTUALES

En razón a la heterogeneidad presente en el ámbito de las conductas autolesivas, existe una amplia gama de servicios de salud accesibles para diferentes estratos de la población, así como diversos modelos de evaluación e intervención. Algunos de ellos se enfocan en la conducta mientras que otras aproximaciones son más holísticas; de la misma forma, algunos emprenden un tratamiento individual en contraste con aquellos que trabajan con grupos. Aunque quizás el elemento más importante y común a todos ellos sea la alianza terapéutica (National Collaborating Centre for Mental Health, 2012), ya que el vínculo debe ser fiable para que la persona pueda acoger la información proporcionada al considerarla igualmente fiable (Pitillas Salvá, 2021).

La elección del modelo de intervención dependerá de la contextualización de las autolesiones: tanto de la función que cumplen para el individuo como de la posibilidad de que sean síntomas de un trastorno subyacente (Suyemoto, 1998). Asimismo, la conducta autolesiva en ocasiones puede esconder una intención autolítica, por lo que será primordial que el profesional evalúe el riesgo de muerte antes de iniciar el tratamiento. En caso de ser elevado, la intervención se centrará en la restricción y el control, y deberá movilizar al contexto más próximo de la persona (Villaruel et al., 2013).

Una vez descartado el riesgo de suicidio, el objetivo principal de todos los modelos de tratamiento existentes es eliminar las conductas autolesivas del individuo. Sin embargo, con frecuencia no es un objetivo asequible a corto o medio plazo, por lo que suele prevalecer el propósito de disminuir dichas conductas ya sea a través de la reducción de la frecuencia o del daño asociado a cada acto (National Collaborating Centre for Mental Health, 2012).

A continuación, se reseña un breve recorrido por los tratamientos más empleados actualmente:

- Terapias Cognitivo-Conductuales (CBT). Se postula que la conducta autolesiva sería una estrategia de afrontamiento inadecuada ante los problemas que experimenta la persona, por lo que el foco de estas terapias suele estar puesto en

el entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas. De esta forma, la persona desarrollará estrategias de afrontamiento más funcionales y, consecuentemente, disminuirán las conductas autolesivas (Mollà et al., 2015). Los objetivos de esta terapia serían: mejorar la forma de encarar los problemas, aprender a resolverlos de la forma más racional posible, y reducir las respuestas inadecuadas, que conllevan la evitación o la actuación impulsiva (Witt et al., 2021).

- Terapia Dialéctico Conductual (DBT). El planteamiento base de este modelo gira en torno a la validación y aceptación, primero por parte del terapeuta y después por la propia persona, de sus pensamientos, emociones y experiencias, por dolorosas que éstas resulten, sin juzgar, evitar o cambiar nada de ellas (Linehan, 1993; Witt et al., 2021). A lo largo del tratamiento, la persona aprenderá estrategias de resolución de problemas más adaptativas que aquellas que estaba acostumbrado a emplear y adquirirá un sentimiento de auto validación y auto respeto básico, pues sólo cuando existe aceptación, hay posibilidad de cambio (Linehan, 1993). Aunque esta terapia inicialmente se creó con el objetivo de abordar el tratamiento de pacientes adultos con trastorno límite de la personalidad, actualmente existe una versión adaptada para adolescentes, la DBT-A, que combina sesiones individuales, familiares y apoyo telefónico (Witt et al., 2021).
- Terapia familiar. Se basa en el modelo ecológico e interviene en los contextos que influyen en la conducta del adolescente (Mollà et al., 2015), principalmente en el núcleo familiar. Consta de sesiones conjuntas en las que se explora la comunicación entre los miembros, su capacidad de resolución de problemas y el impacto de la conducta autolesiva. Se considera que ésta guarda relación con la disfunción familiar, de forma que mejorar la cohesión, adaptabilidad y vinculación contribuirá a reducir las autolesiones (Witt et al., 2021).
- Terapia Cognitivo-Analítica (CAT). Es una terapia limitada en el tiempo que integra la teoría de las relaciones objetales psicoanalítica y la psicoterapia cognitiva. Se emplea sobre todo en pacientes con trastorno límite de la personalidad que incurren en conductas autolesivas (Mollà et al., 2015).
- Terapia Grupal. Ha demostrado ser más efectiva que la terapia individual en niños y adolescentes, puesto que les permite practicar las habilidades sociales y de resolución de problemas en el marco de la intervención (Witt et al., 2021).

- Tratamiento farmacológico. Puesto que las conductas autolesivas suelen estar enmarcadas en el contexto psiquiátrico por su presencia en diversos trastornos, en ocasiones se prescriben antidepresivos, antipsicóticos y estabilizantes del ánimo como el litio o algunos anticonvulsivos para reducirlas. Sin embargo, no es el tratamiento más común, y suelen prevalecer las intervenciones psicoterapéuticas la mayor parte de las veces (Witt et al., 2021).

2. LA TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN

La Terapia Basada en la Mentalización (MBT) es una de las opciones de intervención actuales en el marco de las conductas autolesivas. Fue desarrollada por Anthony Bateman y Peter Fonagy al hilo del concepto de mentalización, aunque en un principio estaba prescrita únicamente para personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad, enfocándose en la conducta autolesiva ocasionalmente y dependiendo del caso (Bateman & Fonagy, 2013).

Según la concepción teórica de la mentalización, se considera que las autolesiones son estrategias de afrontamiento impulsivas y desadaptativas producto de la dificultad que experimenta la persona en la puesta en marcha de los procesos propios de la mentalización (Witt et al., 2021). Por ende, el objetivo último de la MBT es conseguir que el adolescente sea capaz de entender y regular sus propias emociones y conductas, sobre todo en aquellas situaciones de elevado malestar que suelen ocasionar fallas en la mentalización y, en última instancia, autolesiones. A lo largo de esta intervención, aumentarían la capacidad de mentalización y la regulación emocional a la par que disminuirían la impulsividad y las conductas autolesivas (Mollà et al., 2015). Asimismo, esto originaría una mejora sustancial en el ámbito de las relaciones interpersonales (Pitillas Salvá, 2021).

Para lograr este objetivo, la actuación del terapeuta debe estar enmarcada en un vínculo de apego seguro con el paciente (Bateman & Fonagy, 2013). Además, el profesional deberá adoptar él mismo una postura mentalizadora, poniéndose en el lugar del adolescente, reconociendo los estados mentales que subyacen a su conducta para que él aprenda a hacerlo por sí mismo, de la misma forma en la que los padres mentalizan a su hijo cuando es pequeño (Pitillas Salvá, 2021). La posición del terapeuta es clave en la

MBT, pues debe ser activa, humilde y abierta en cuanto a los contenidos de su mente en relación con la experiencia que verbaliza la persona para lograr este propósito (Bateman & Fonagy, 2013).

Por último, la Terapia Basada en la Mentalización sigue una estructura clara que merece la pena describir brevemente. Se desarrolla a lo largo de 18 meses con un período inicial de evaluación y sesiones introductorias, al que siguen sesiones semanales individuales y grupales, y sesiones mensuales familiares (Bateman & Fonagy, 2013; Mollà et al., 2015). Posteriormente, y de acuerdo a los resultados positivos que se obtuvieron, se creó la Terapia Basada en la Mentalización para Adolescentes (MBT-A), que tiene un año de duración y la misma estructura (Witt et al., 2021).

Las sesiones que comprenden este modelo de intervención se organizan en torno a cuatro pasos terapéuticos por los que el profesional debería moverse según el nivel de activación y la capacidad de mentalización que demuestre el paciente a cada momento. Estos pasos serían: mostrar empatía por el estado subjetivo de la persona en el momento presente; explorar, clarificar y, en caso de ser necesario, desafiar; identificar el afecto y concretar un foco de afecto; y, por último, mentalizar la propia relación (Bateman & Fonagy, 2013).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El concepto de conducta autolesiva engloba todos aquellos daños ejecutados de forma deliberada y autoinfligida sobre la superficie corporal sin intención suicida. Este trabajo se ha focalizado en las autolesiones superficiales o moderadas, las cuales abarcan una gran variedad de métodos, siendo los cortes los más frecuentes, seguidos de golpes y quemaduras, y de funciones, tales como evitar la disociación o el suicidio, y la regulación de los afectos, entre otras.

De acuerdo al primer objetivo de esta revisión, se han identificado múltiples factores de riesgo que correlacionan con una mayor probabilidad de incurrir en este tipo de conductas tales como la orientación sexual, la edad, el nivel socioeconómico, el consumo de alcohol, los trastornos psicológicos de base o la inexpresividad emocional. En cuanto al género, los resultados encontrados son controvertidos, puesto que la gran mayoría indican una cantidad superior y significativa de autolesiones por parte de las mujeres, aunque también hay autores consideran que existen sesgos relativos al método autolesivo o señalan la posibilidad de que haya un trastorno límite de la personalidad subyacente, el cual es más prevalente en mujeres.

Asimismo, se ha encontrado que la edad es clave en el contexto de las conductas autolesivas, pues mayoritariamente se inician en la adolescencia, entre los 10 y 15 años. De hecho, muchos de los modelos de intervención vigentes a día de hoy cuentan con versiones adaptadas a adolescentes. No obstante, casi la totalidad de ellos siguen poniendo el foco en el trastorno límite de la personalidad, enmarcando las conductas autolesivas de los adolescentes en los criterios diagnósticos de dicho trastorno de la personalidad.

Por otro lado, el concepto de mentalización desarrollado por Fonagy permite conceptualizar el proceso por el cual se forman creencias sobre los estados mentales propios y ajenos, lo que incide notablemente en la regulación afectiva y las relaciones interpersonales. Incluye conceptos relevantes tales como las fallas en la mentalización y los modos prementalizadores, a través de los cuales se ofrece una explicación plausible de las conductas autolesivas, considerando que éste era el segundo objetivo del presente trabajo. Siendo así, las conductas autolesivas podrían explicarse desde la mentalización como reacciones automáticas de la persona ante situaciones amenazantes para ella, las cuales producen fallas en los procesos representacionales, cognitivos y reguladores,

inhibiendo la capacidad de mentalizar y activando modos prementalizadores de funcionamiento. A través de ellos, los afectos se vuelven reales, impera la necesidad de disociar, y el acto se convierte en la única forma posible de regulación, ya que las conductas dejan de estar mediadas por los estados mentales.

Por último, siguiendo el hilo de la conceptualización de las conductas autolesivas y tomando en consideración el tercer objetivo estipulado al inicio del trabajo, se postularon los principales tratamientos para dichas conductas. Quizás las más conocidas actualmente sean la Terapia Dialéctico Conductual y las Terapias Cognitivo-Conductuales, que confieren gran relevancia al entrenamiento en la resolución de problemas, ya que consideran que las conductas autolesivas serían estrategias de afrontamiento inadecuadas. También se han descrito otros tratamientos interesantes en el marco actual de la intervención, entre ellos, la Terapia Basada en la Mentalización, que busca promover el desarrollo de la capacidad de mentalizar en el contexto seguro de la relación terapéutica. De esta forma, la persona aprendería a interpretar sus estados mentales y a regularse afectivamente en aquellas circunstancias en las que antes probablemente se habrían activado los modos prementalizadores, así no tendría que recurrir a las conductas autolesivas para lograr este propósito.

Siendo así, los hallazgos principales de este trabajo ponen de manifiesto la relación presente en la literatura científica entre las conductas autolesivas y la mentalización, aunque impera una mayor investigación en este campo.

La mayoría de las limitaciones con las que cuenta esta revisión tienen su origen en la gran heterogeneidad presente en el ámbito de las autolesiones y en la tendencia a considerar dichas conductas como parte de otro trastorno subyacente, siendo éste generalmente el trastorno límite de la personalidad. Esto ocasiona que la contextualización de las conductas autolesivas resulte invariablemente sesgada, puesto que tanto las investigaciones como los tratamientos desarrollados en torno a las autolesiones suelen tener un origen claro en este trastorno. En consecuencia, se observa una dificultad en cuanto a la conceptualización y el abordaje independiente de las conductas autolesivas que podría ser acometida en estudios posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Masson.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Beckman, K., Mittendorfer-Rutz, E., Lichtenstein, P., Larsson, H., Almqvist, C., Runeson, B., & Dahlin, M. (2016). Mental illness and suicide after self-harm among young adults: Long-term follow-up of self-harm patients, admitted to hospital care, in a national cohort. *Psychological Medicine*, 46(16), 3397-3405. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002282>
- Bradley, M.M., & Lang, P.J. (2007). Emotion and motivation. En J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (pp. 581–607). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511546396.025>
- Carroll, J., Schaffer, C., Spensley, J., & Abramowitz, S.I. (1980). Family experiences of self-mutilating patients. *The American Journal of Psychiatry*, 137(7), 852–853. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.7.852>
- Choi-Kain, L.W., & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Chowanec, G. D., Josephson, A. M., Coleman, C., & Davis, H. (1991). Self-harming Behavior in Incarcerated Male Delinquent Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 202–207. <https://doi.org/10.1097/00004583-199103000-00007>
- Conterio K., Lader W., & Bloom JK. (1998). *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injurers*. Hyperion.
- del Rosario Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M. E., & Figueroa Varela, M. del R. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en

- adolescentes [Systematic review on self-harming behaviors without suicidal intention in adolescents]. *Revista Cubana de Salud Publica*, 44(4), 200–216.
- Faura-Garcia, J., Calvete Zumalde, E., & Orue Sola, I. (2021). Non-suicidal self-injury: assesment in the spanish-speaking population. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207-214. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>
- Favazza, R., & Rosenthal, J. (1993). Diagnostic in Self-Mutilation. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(2). <https://doi.org/10.1176/ps.44.2.134>
- Fongay, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The conceptand its foundations in developmental research and social-cognitive neuroscience. En N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11-34). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (14 de julio de 2021). *Informe anual 2020: el Teléfono/Chat ANAR en tiempos de COVID-19*. [Archivo PDF]. <https://www.anar.org/informe-covid-telefono-anar/>
- Fleta Zaragozano, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente [Self-injouries in adolescence: an emerging behavior]. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 113-131. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.2.113.23443>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). The role of seeing blood in non-suicidal self-

- injury. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 466–473.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.066>
- Gratz, K.L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192–205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2014). A Longitudinal Person-Centered Examination of Nonsuicidal Self-injury Among University Students. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(4), 671–685. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9991-8>
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325, 1207-1211. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>
- Klonsky, E. David. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008). Psychosocial risk and protective factors. En M.K. Nixon & N.L. Heath (Eds.), *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention* (pp. 45–58). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203892671>
- Lanza Castelli, G. (2011). Mentalización: aspectos teóricos y clínicos [Mentalization: theoretical and clinical aspects]. *Psicologia.com*, 15(76), 1-22.
- Lanza Castelli, G. (2013a). El pasaje de la mentalización a la equivalencia psíquica. Sus consecuencias clínicas [The passage from mentalization to psychic equivalence. Its clinical consequences]. *Querencia. Revista de Psicoanálisis*, 15, 78-97.
- Lanza Castelli, G. (2013b). Mentalización reflexiva y mentalización transformacional: Una propuesta complementaria al enfoque de Peter Fonagy [Reflective mentalization and transformational mentalization: A complementary proposal to Peter Fonagy's approach]. *Clínica e investigación Relacional*, 7(1), 153-168.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality*

Disorders, 6(4), 366–379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>

Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V., & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos [Non-suicidal self-injuries in adolescents: a review of psychological treatments]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(1), 51–61. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>

Myer, T. (2011). Comportamientos autolesivos [Self-harming behaviors]. *Nursing*, 29(9), 8-13. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(11\)70292-8](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(11)70292-8)

National Collaborating Centre for Mental Health (2012). *Self-Harm: Longer-Term Management*. British Psychological Society.

Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333–1341. <https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00015>

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>

Obando, D., Trujillo, Á., & Prada, M. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales [Non-suicidal self-injurious behavior in adolescents and its relationship with personal and contextual factors]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 189. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278>

Organización Mundial de la Salud (16 de mayo de 2017). *Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse*. <https://www.who.int/es/news/item/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>

Pitillas Salvá, C. (2021). *El daño que se hereda. Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma* [The damage that is inherited. Understanding and addressing the intergenerational transmission of trauma]. Desclée De Brouwer.

Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community

- sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
<https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
- Sánchez Sánchez, T. (2017). Autolesión y Mentalización: Viaje a través de las heridas [Self-injury and Mentalization: Journey through wounds]. *Clínica e Investigación Relacional*, 11(2), 337–351. <https://doi.org/10.21110/19882939.2017.110208>
- Sánchez Sánchez, T. (2018). Autolesiones en la adolescencia: Significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico [Self-harm in adolescence: Meanings, perspectives and prospecting for his therapeutic approach]. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 185–209. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.196>
- Sansone, R.A., & Levitt, J.L. (2002). Self-harm behaviors among those with eating disorders: an overview. *Eating disorders*, 10, 205-213.
<https://doi.org/10.1080/10640260290081786>
- Sarmiento, P., Durán, C., Upegui, D., & Rodríguez, F. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes [Non-suicidal self-injurious behavior in adolescents]. *Revista de Formación Continuada De La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*, 1, 1–9. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278>
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00105-0)
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Ulloa Flores, R.E., Mayer Villa, P.A., de la Peña Olvera, F., Palacios Ruiz, L. & Figueroa, G.V. (2018). Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones [Non-suicidal self-inflicted injuries according to DSM-5 in a clinical sample of mexican adolescents with self-injuries]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(1), 39-43.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.002>
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico [Non-suicidal self-injurious behaviors in clinical

practice. First part: conceptualization and diagnosis]. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 51(1), 38–45. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>

Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 634–640. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.634>

Winchel, R.M., & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 148(3), 306–317. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.3.306>

Witt, K.G., Hetrick, S.E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T.L., Townsend, E., Hawton, K. (2021). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), 1-98. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>