"Me corto, luego existo". Autolesiones en los trastornos límites de la personalidad

"I cut, therefore I am". Self-harm in borderline personality disorder

Dra. Silvia Monzón Reviejo
Práctica privada, Madrid

Resumen: El acto de cortarse es una conducta frecuente tanto en adolescentes como en adultos con trastornos de personalidad, especialmente en organizaciones límite, y se han consolidado como un problema clínico de relevancia creciente en las últimas décadas. Lejos de ser un gesto impulsivo y superficial suelen constituir un intento de regulación emocional, una defensa frente al desbordamiento afectivo y un modo de preservar la continuidad del yo. Este artículo retoma y actualiza un trabajo previo realizado sobre autolesiones (Monzón Reviejo, 2010), incorporando los desarrollos de la psicoterapia relacional, la teoría de la mentalización y los modelos de neurobiología del trauma. Se revisan las funciones del acto autolesivo, su variación según la estructura de personalidad y la etapa del ciclo vital y se proponen estrategias psicoterapéuticas psicodinámicas y psicodramáticas que favorecen la transformación del acto en palabra, el cuerpo en símbolo y la herida en posibilidad de elaboración y reparación.
Palabras clave: Autolesión no suicida; trastorno límite de la personalidad; trauma; psicoterapia relacional; psicodrama.

Abstract: Cutting behavior is a frequent occurrence among both adolescents and adults with personality disorders, particularly within borderline personality organizations, and has become a clinical problem of growing relevance in recent decades. Far from being an impulsive or superficial gesture, it often constitutes an attempt at emotional regulation, a defense against affective overwhelm, and a means of preserving the continuity of the self. This article revisits and updates previous work on self-harm (Monzón Reviejo, 2010), incorporating developments from relational psychotherapy, mentalization theory, and neurobiological models of trauma. The functions of the self-injurious act are reviewed, along with their variation according to personality structure and life-cycle stage, and psychodynamic and

Silvia Monzón Reviejo 0000-0001-9533-2515 es Doctora en Psicología. Coordinadora del la Sección de Psicología Clínica, de la Salud y Psicoterapia del COPM. Profesora del Máster de Psicoterapia Psicoanalítica de la UAH. Psicoterapeuta (EFPA) (FEAP).

Silvia Monzón Reviejo. La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Silvia Monzón Reviejo al email: smonzonreviejo@gmail.com

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e12, 1-14
https://doi.org/10.5093/cc2026a12

psychodramatic psychotherapeutic strategies are proposed that foster the transformation of the act into words, the body into symbol, and the wound into a possibility for elaboration and repair.
Keywords: Non-suicidal self-injury; borderline personality disorder; trauma; relational psychotherapy; psychodrama.

Cuando el sufrimiento psíquico no puede ser tramitado, representado ni mentalizado, es decir, pensado, simbolizado o puesto en palabras, una de las salidas defensivas posibles es su desplazamiento al cuerpo, ya sea a través de fenómenos de somatización, síntomas conversivos o conductas autolesivas. En la vivencia subjetiva de los pacientes, la autolesión no suele experimentarse como un acto de agresión dirigido conscientemente contra sí mismo; por el contrario, quienes se autolesionan rara vez se perciben como "agresivos" consigo mismos, sino que suelen vivir el acto como una forma de alivio, de control o incluso de cuidado frente a un malestar que amenaza con desbordarlos. Sin embargo, desde una lectura clínica y psicodinámica, el acto implica una agresividad vuelta hacia el propio cuerpo, entendida no como destructividad gratuita, sino como una modalidad defensiva cuando la agresión no puede ser dirigida hacia el exterior ni simbolizada en el vínculo con el otro.

Ante la imposibilidad de elaborar el dolor en el pensamiento, el cuerpo se transforma en el lugar donde este se inscribe. En la práctica clínica con pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), las autolesiones suelen presentarse a veces visibles y otras cuidadosamente ocultas, pero casi siempre cargadas de vergüenza, ambivalencia y una intensa necesidad relacional. En las organizaciones límite o borderline y afines, el cuerpo puede convertirse en el escenario donde se expresa aquello que todavía no encuentra palabra; en estas organizaciones de personalidad, el cuerpo se vincula con afectos intensos, vivencias de fragmentación, vacío, rabia, culpa o desesperación, frecuentemente asociados al temor al abandono, a la pérdida del vínculo o a la vivencia de no ser sostenido por un otro significativo.

En este trabajo, el término *trastorno límite de la personalidad* (TLP) se utiliza cuando se hace referencia al diagnóstico clínico descrito por los sistemas clasificatorios actuales (DSM-5-TR y CIE-11), mientras que *organización límite de la personalidad* remite al concepto estructural desarrollado por Kernberg. Desde este modelo, la organización límite no constituye un diagnóstico específico, sino un nivel de organización de la personalidad caracterizado, entre otros aspectos, por difusión de identidad, predominio de defensas primitivas y conservación del juicio de realidad. El TLP se corresponde, desde esta perspectiva, con una organización límite de la personalidad; sin embargo, esta última constituye un concepto estructural más amplio que incluye otras configuraciones de personalidad además del TLP. Por ello, a lo largo del artículo ambos términos se emplean de acuerdo con el contexto teórico y clínico al que se hace referencia.

Desde una perspectiva integradora, psicodinámica y relacional, la autolesión no puede entenderse únicamente como un síntoma a erradicar, sino como un acto que cumple funciones complejas dentro del funcionamiento psíquico de la persona. El acto autolesivo aparece allí donde fallan la simbolización, la regulación emocional y la capacidad de mentalizar los propios estados internos, ofreciendo una "solución" a corto plazo para aliviar la angustia y restablecer, de forma precaria, un sentimiento de continuidad del yo. El acto de autolesionarse permite sentir algo cuando predomina el vacío, acotar el desborde afectivo o recuperar una sensación mínima de control frente a experiencias internas vividas como caóticas o inasimilables.

Las autolesiones no suicidas (Non-Suicidal Self-Injury, NSSI), ya sean cortes, quemaduras, golpes u otras formas de daño corporal, actúan con frecuencia como rituales de alivio frente a la angustia. En pacientes con TLP, la prevalencia es especialmente elevada y se asocia de manera consistente a historias de trauma temprano, vínculos familiares disfuncionales y dificultades persistentes en la regulación afectiva. Los datos

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

epidemiológicos recientes indican que el NSSI presentan una alta prevalencia en población adolescente, con tasas significativamente superiores en muestras clínicas en comparación con la población general (Denton et al., 2024; Lee et al., 2024). Estudios internacionales estiman que entre el 17 % y el 22 % de los adolescentes han realizado conductas autolesivas al menos una vez, con una incidencia consistentemente mayor en mujeres adolescentes y jóvenes (Chang et al., 2025). En el contexto español, encuestas recientes sobre salud y bienestar juvenil muestran un incremento relevante de estas conductas en los últimos años, situando la autolesión como un problema de creciente impacto clínico y social en la adolescencia y la juventud (Ministerio de Sanidad, 2025).

Desde los modelos neurobiológicos del trauma se ha observado que el dolor físico activa circuitos de opiáceos endógenos, produciendo un alivio neuroquímico inmediato. Desde esta perspectiva, el corte sustituye un sufrimiento psíquico difuso, caótico e intolerable por un dolor físico concreto, localizado y controlable. Desde una perspectiva psicodinámica, la autolesión constituye un intento de mantener la cohesión del self cuando siente amenazadas su identidad, su autoestima o su sensación de continuidad psíquica. El acto cumple así una función defensiva destinada a evitar la desorganización interna. Desde la teoría del trauma, constituye un intento de autocalmarse en ausencia de un otro regulador suficientemente disponible, reproduciendo de forma solitaria funciones de sostén que no pudieron ser internalizadas.

El modo en que el paciente se relaciona con la visibilidad de sus heridas ofrece también claves diagnósticas y de orientación terapéutica relevantes. Algunas personas muestran sus cortes como si necesitaran una mirada que confirme su existencia o su sufrimiento. En estos casos, el cuerpo se convierte en escenario del vínculo y el corte en un mensaje dirigido al otro. Otras, en cambio, ocultan las heridas con pudor o vergüenza, viviendo la mirada como una amenaza; el acto se realiza en secreto, en la intimidad del ritual, buscando no ser descubierto. Mostrar y ocultar no son meras diferencias conductuales, sino formas distintas de regular la relación con el otro, de negociar dependencia y autonomía y de buscar contacto o protegerse de él.

Teniendo en cuenta este modo de comprensión, el abordaje terapéutico de las autolesiones requiere ir más allá del síntoma y centrarse en la motivación psíquica que conduce al acto, en las heridas relacionales que lo sostienen y en las funciones que cumple dentro de la historia de la persona. La psicoterapia psicodinámica relacional y el psicodrama permiten trabajar estas conductas no solo desde la palabra, sino también desde el cuerpo y la escena, favoreciendo la transformación del acto en significado, del cuerpo herido en cuerpo simbolizado y de la autolesión en una posibilidad de elaboración y reparación psíquica.

¿Qué "hace" el corte? Funciones del acto autolesivo

La investigación contemporánea sobre las autolesiones no suicidas (NSSI) ha descrito de manera consistente que el acto autolesivo cumple funciones tanto intrapersonales como interpersonales. Entre las primeras se encuentran la reducción del afecto negativo, la descarga de tensión, la interrupción de estados disociativos, el castigo ligado a la culpa o la regulación de afectos vividos como intolerables. Entre las segundas, se incluyen la comunicación del sufrimiento, la búsqueda de ayuda, la tentativa de modificar una dinámica relacional o la necesidad de ser visto por un otro significativo (Nock, 2010).

Desde el psicoanálisis contemporáneo y los modelos basados en la mentalización se ha señalado que, en muchos de estos pacientes, el acto de cortarse busca restablecer una sensación mínima de control frente a estados de desbordamiento afectivo que no pueden ser pensados ni representados mentalmente (Bateman y Fonagy, 2016). La agresividad, cuando no encuentra una vía simbólica ni puede dirigirse hacia el exterior sin vivirse como peligrosa o amenazante para el vínculo, se descarga sobre el propio cuerpo, que opera entonces como último límite del yo.

Siguiendo a Anzieu, cuando el yo-piel no fue suficientemente sostenido por las figuras de apego, el cuerpo queda expuesto como una frontera frágil y permeable entre el adentro y el afuera. En ese déficit temprano de sostén, la herida física puede restablecer por un instante un contorno perdido. El cuerpo opera como una envoltura psíquica que, cuando está debilitada, recurre a recursos corporales para restaurar límites y continuidad (Anzieu, 1998). En este sentido, el corte funciona como una solución de emergencia que localiza el dolor

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e12, 1-14
https://doi.org/10.5093/cc2026a12

("esto duele aquí"), ofrece una ilusión de control ("yo decido"), descarga tensión y devuelve, de manera transitoria, una sensación de existencia.

Desde los desarrollos del neuropsicoanálisis contemporáneo, el acto autolesivo puede comprenderse como un intento de regulación afectiva cuando los sistemas emocionales primarios quedan desbordados y no encuentran una vía de elaboración simbólica suficiente (Solms, 2021). El cuerpo se convierte entonces en el escenario último de descarga y reorganización precaria del equilibrio interno, permitiendo una disminución momentánea de la angustia allí donde la palabra aún no puede operar.

No obstante, en la clínica estas formulaciones generales resultan insuficientes si no se articulan con la singularidad de cada sujeto. Las funciones del acto autolesivo no aparecen como categorías limpias ni aisladas, sino profundamente entrelazadas con la historia relacional, el modo de vincularse y la estructura de personalidad del paciente. La teoría ofrece un marco de comprensión, pero en psicoterapia la brújula fundamental debe ser siempre el significado que el acto adquiere para esa persona concreta, en ese momento de su historia y dentro de una determinada organización psíquica de personalidad, donde esta se apoya en unas defensas específicas.

Comprender qué "hace" el acto autolesivo exige, por tanto, ir más allá de la enumeración de sus funciones y atender al tipo de mecanismos psíquicos y reguladores que lo sostienen. Las funciones intrapersonales e interpersonales del corte no se despliegan en el vacío, sino que se organizan sobre determinados modos de defensa, protección y regulación del afecto, cuya naturaleza y nivel de funcionamiento resultan decisivos tanto para la comprensión clínica como para el abordaje terapéutico. Es en este punto donde se vuelve necesario afinar la lectura sobre los mecanismos implicados y el estatuto que estos adquieren en las organizaciones límite y en contextos de trauma relacional.

En relación con este aspecto central para el abordaje terapéutico, como son los mecanismos de defensa, actualmente también denominados mecanismos de protección o de supervivencia, resulta necesario realizar una matización conceptual y técnico-clínica relevante. El psicoanálisis ya había descrito la existencia de defensas primarias propias de las organizaciones límite (como la escisión, la identificación proyectiva o la disociación), entendidas desde las formulaciones de Kernberg (2004), como mecanismos específicos de supervivencia psíquica destinados a evitar la desorganización del yo y el colapso psicótico, recursos precarios pero necesarios en estructuras de personalidad con una organización más frágil.

La aportación de los modelos contemporáneos de trauma, apego y neurobiología, particularmente los desarrollos de Schore (2019), Bateman y Fonagy (2016), Solms (2021) y van der Kolk (2015), no consiste en redefinir estas defensas como protectoras, sino ampliar su comprensión clínica. Estas perspectivas muestran que, en muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad y trauma relacional temprano, las defensas no solo cumplen una función psicológica de protección frente al conflicto y al sufrimiento, sino que también contribuyen a regular estados de desorganización y desbordamiento del propio sistema nervioso. En estos casos, la dificultad no radica únicamente en el conflicto psíquico, sino también en la incapacidad del sistema nervioso para mantener un nivel de activación compatible con la reflexión, la simbolización y la mentalización.

Este desplazamiento de foco tiene implicaciones clínicas decisivas. Cuando las defensas cumplen una función reguladora básica del sistema neuropsíquico, intervenir sobre ellas de forma prematura puede resultar desorganizador. En estos casos, el trabajo terapéutico no se orienta inicialmente a la interpretación de la defensa, sino a la creación de condiciones mínimas de regulación y seguridad que permitan, en un segundo momento, que dicha interpretación pueda ser recibida, elaborada e integrada. Desde esta perspectiva, el uso de intervenciones orientadas a la regulación afectiva, corporal o relacional y, en determinados casos, de técnicas complementarias como la neuromodulación, no sustituye al trabajo psicoterapéutico, sino que lo hace posible.

Una vez creadas estas condiciones mínimas de regulación y seguridad, y cuando el sistema neuropsíquico puede sostener el trabajo simbólico, el foco clínico vuelve progresivamente a situarse en el funcionamiento psíquico de las defensas. En este momento del proceso terapéutico, el problema no radica en la existencia de dichas defensas, sino en su rigidez, su exclusividad y en la falta de alternativas más elaboradas para afrontar el malestar. Tal como he desarrollado en trabajos previos (Monzón Reviejo, 2010, 2018), intervenir sobre el síntoma sin comprender la función protectora que ha cumplido puede resultar desorganizador, especialmente en cuadros de trauma complejo. La tarea terapéutica consiste, por tanto, no en atacar la defensa, sino en acompañar la construcción progresiva de nuevos modos de regulación, simbolización y relación con el otro.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Cortarse, quemarse o golpearse no implica necesariamente un deseo de morir, sino que suele cumplir una función defensiva frente al dolor psíquico. En muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad, la autolesión constituye una forma desesperada de existir, de confirmar una identidad que amenaza con desintegrarse y de sostener una continuidad del yo precariamente asegurada. Comprender esta motivación, más allá del síntoma, resulta central para el trabajo psicoterapéutico, tal como desarrollé en un trabajo previo (Monzón Reviejo, 2010), donde se subrayaba la necesidad de leer el acto autolesivo en función de la organización de la personalidad y no únicamente desde su manifestación conductual.

Comprender estas funciones no tiene únicamente un valor diagnóstico, sino que orienta de manera decisiva la intervención terapéutica. Solo a partir de la comprensión del sentido singular del acto autolesivo, el cuerpo deja de ser el único lenguaje posible del sufrimiento. Lo que antes solo podía actuarse comienza a encontrar un lugar en la palabra, el pensamiento y el vínculo terapéutico.

Adolescencia y adultez: diferencias evolutivas y continuidad estructural

Las funciones del acto autolesivo y los mecanismos de protección que lo sostienen no se expresan de igual modo a lo largo del desarrollo ni en todas las organizaciones de personalidad. La edad cronológica, el momento evolutivo y la estructura psíquica introducen diferencias clínicas relevantes que conviene considerar para comprender el sentido del síntoma y orientar la intervención.

En la adolescencia la autolesión puede aparecer durante la crisis puberal, la intensificación del mundo de los afectos y la construcción de la identidad. Los cambios en el cuerpo, los vínculos y las emociones se viven con una intensidad que puede desbordar las capacidades de regulación disponibles en ese momento. En este período el corte puede cumplir una función transitoria ligada a la descarga de tensión, a la búsqueda de pertenencia o a la necesidad de aliviar estados emocionales difíciles de expresar e identificar y, en algunos casos, también se ve favorecido por procesos de identificación grupal o fenómenos de contagio social.

Sin embargo, cuando la conducta autolesiva se vuelve repetitiva, rígida, ritualizada o persiste más allá de momentos puntuales de crisis suele señalar dificultades más profundas que no pueden explicarse únicamente por el momento evolutivo. Aparecen entonces elementos como la fragilidad del sentido de sí, la impulsividad, la disociación, el miedo intenso al abandono o experiencias traumáticas tempranas que no han podido ser elaboradas. En estos casos, la autolesión deja de ser un recurso circunstancial y comienza a ocupar un lugar estructurante en la regulación emocional.

En la adultez, las autolesiones suelen adquirir un carácter más silencioso y solitario. Con frecuencia, en la sesión de psicoterapia suelen aparecer cargadas de vergüenza y secreto, integradas en formas relacionales más estables como la dificultad para pedir ayuda, la tendencia al autoataque, el miedo a depender del otro o la sensación de no merecer cuidado. El acto de cortarse ya no se vive como algo "propio de una etapa", sino como una forma conocida —y a veces la única disponible— de manejar estados emocionales que resultan abrumadores.

Más allá de la edad, la clave clínica no está tanto en si el paciente es adolescente o adulto, sino en cómo está organizada su personalidad y qué patrones relacionales predominan. El mismo acto de cortarse puede tener significados muy distintos según el modo en que la persona se relaciona consigo misma, con sus emociones y con los otros.

En personas con una organización más neurótica o, dicho en un lenguaje más amplio, en pacientes con trastornos de ansiedad, fobias o conflictos emocionales donde la identidad está relativamente consolidada, la autolesión suele aparecer de forma más episódica. El corte puede tener un valor punitivo o expiatorio frente a la culpa o funcionar como una descarga puntual de tensión emocional. En estos casos, la capacidad de reflexión y simbolización suele estar más preservada y el acto de autolesionarse no organiza el funcionamiento psíquico global de la persona.

En los patrones relacionales propios de las organizaciones límite, la autolesión ocupa un lugar mucho más central. El acto cumple funciones de regulación afectiva, de contención frente a la fragmentación interna y de sostén del sentido de identidad cuando este se vive como inestable o amenazado. El cuerpo se convierte en

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e12, 1-14
https://doi.org/10.5093/cc2026a12

el lugar donde se intenta organizar lo que no puede pensarse ni decirse, como el vacío, la rabia, la angustia de abandono o la sensación de no existir para el otro. En este contexto, el corte no expresa tanto un deseo de morir como una forma desesperada de seguir existiendo. En las organizaciones narcisistas, la autolesión puede aparecer especialmente ligada a heridas en la autoestima, vivencias de humillación, fracaso o rechazo. El acto de autolesionarse funciona entonces como un modo de recuperar control, de descargar una rabia que no puede dirigirse hacia fuera o de castigar un sentimiento de insuficiencia vivido como intolerable. En estos casos, el cuerpo puede convertirse en el escenario donde se tramita una agresividad que amenaza con desbordar la imagen de sí.

Desde esta perspectiva, comprender la autolesión corresponde a ir más allá de la conducta observable y atender a los mecanismos de protección que la sostienen. No se trata solo de qué hace el paciente, sino de qué se intenta proteger, de qué se defiende y qué recursos psíquicos tiene disponibles para manejar su mundo interno. Esta mirada resulta especialmente relevante en el trastorno límite de la personalidad, donde las autolesiones forman parte de un entramado defensivo más amplio, en respuesta a experiencias relacionales tempranas de desorganización, trauma o falta de sostén.

Tal como he desarrollado en trabajos previos (Monzón Reviejo, 2010, 2018), identificar estos mecanismos no solo permite comprender el sentido singular del acto autolesivo, sino orientar la intervención psicoterapéutica de manera más ajustada y respetuosa con la función que el síntoma cumple para el paciente.

Mecanismos de protección implicados en la autolesión

La Tabla 1 sintetiza las principales funciones clínicas de la autolesión descritas en este trabajo.

Tabla 1. *Mecanismos de protección frecuentes en el trastorno límite de la personalidad asociados a la autolesión (elaboración propia)*

Mecanismo de protección	Descripción breve	Relación con la autolesión
Disociación	Desconexión emocional o corporal ante afectos vividos como intolerables	El corte rompe la disociación y devuelve una sensación de realidad y continuidad
Actuación (acting out)	Descarga directa de la emoción sin mediación reflexiva	La emoción se expresa en el cuerpo cuando no puede simbolizarse
Escisión	Vivencia fragmentada del sí mismo y de los otros	El acto contribuye a unificar momentáneamente la experiencia interna
Identificación con el agresor	Autoataque que reproduce vínculos tempranos dañinos	El cuerpo ocupa el lugar del objeto agresivo internalizado
Control omnipotente	Ilusión de control frente a la impotencia emocional	El corte permite decidir, medir y dominar el dolor
Evitación del abandono	Conductas destinadas a regular la distancia con el otro	El daño puede funcionar como llamada al otro o como retirada defensiva

https://doi.org/10.5093/cc2026a12
© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Abordaje psicoterapéutico de las autolesiones

Qué hacer en sesión, cómo hacerlo y para qué

Desde este marco comprensivo que entiende la autolesión como un intento de regulación y protección frente al desbordamiento afectivo, relacional o identitario, el abordaje psicoterapéutico se organiza en torno a la comprensión de su función y a la construcción progresiva de alternativas más elaboradas.

En el trabajo psicoterapéutico con pacientes que se autolesionan, la pregunta central no es por qué se cortan, sino qué función cumple esa autolesión para ellos en ese momento concreto, para qué lo hacen y qué necesidad está intentando cubrir.

De esta manera, la práctica clínica implica trabajar con el síntoma, de modo que la autolesión se aborda como un signo que informa de un punto de ruptura en la regulación emocional, relacional y/o identitaria del paciente. El objetivo terapéutico es sustituirlo progresivamente por otros modos de regulación, comprensión y expresión ajustados a la organización de personalidad de cada persona.

Apoyo en técnicas de regulación neurobiológica

En algunos pacientes con trauma complejo y organizaciones límite, el inicio del tratamiento psicoterapéutico se ve dificultado por una intensa desregulación neurobiológica (hiperactivación sostenida, disociación persistente o bloqueos corporales) que compromete temporalmente la posibilidad de trabajo simbólico. En estos casos, la dificultad no radica en una resistencia al proceso terapéutico, sino en la imposibilidad del sistema neuropsíquico de sostener niveles de activación compatibles con la reflexión y la mentalización.

Desde los desarrollos del neuropsicoanálisis contemporáneo se ha subrayado que la capacidad de simbolizar y mentalizar depende de un mínimo de estabilidad en los sistemas afectivos y motivacionales del cerebro, especialmente cuando estos han quedado comprometidos por experiencias traumáticas tempranas (Solms, 2021). En estos casos, y siempre de forma integrada en un encuadre clínico sólido, la utilización de técnicas de neuromodulación como el neurofeedback o la estimulación magnética transcraneal puede facilitar una estabilización inicial que permita que el proceso psicoterapéutico pueda desplegarse (Schore, 2019; van der Kolk, 2015).

En el contexto clínico español, autores y clínicos como José Miguel Gaona (2019) han señalado la utilidad de técnicas no invasivas de estimulación cerebral en la modulación de estados de desregulación afectiva, entre ellas la **estimulación magnética transcraneal (MAGTRA)**, especialmente cuando coexisten bloqueos psicofisiológicos que dificultan el acceso a procesos de simbolización y regulación emocional en el marco psicoterapéutico. Desde esta perspectiva, la neuromodulación no sustituye el trabajo psicoterapéutico, sino que crea las condiciones neurobiológicas mínimas que lo hacen posible, permitiendo que la psicoterapia pueda comenzar o retomarse con mayor eficacia.

Detener la impulsividad del acto: de la actuación a la palabra

Cuando el paciente llega a sesión tras haberse hecho daño o con una urgencia intensa por hacerlo, el primer objetivo terapéutico no es interpretar el significado del acto, sino disminuir el nivel de activación. En estados de alta intensidad emocional no hay capacidad de reflexión ni de mentalización posible. En estos momentos, la intervención es más activa y se orienta a situar al paciente en el aquí y ahora, ayudándole a frenar la secuencia automática que conduce al acto.

La intervención se centra inicialmente en el registro corporal, sin juzgar ni explicar el síntoma. Nombrar sensaciones, localizar la tensión y recuperar el contacto con el cuerpo y con la relación terapéutica permite interrumpir la automatización que lleva al daño. Este primer momento es clave, ya que sin una regulación mínima no hay trabajo psicoterapéutico posible.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e12, 1-14
https://doi.org/10.5093/cc2026a12

Desde una perspectiva psicodinámica y psicodramática, la externalización de la urgencia resulta especialmente útil para introducir una pausa entre el impulso y la acción. En la práctica clínica, cuando un paciente llega a sesión con una urgencia intensa por hacerse daño, la intervención inicial no se orienta a interpretar el significado del acto, sino a detener la secuencia automática que conduce a él. En una de estas situaciones, el paciente acude tras una ruptura reciente de pareja, refiere una sensación persistente de vacío, una vivencia de abandono difícil de poner en palabras y una activación corporal intensa que describe como "no aguantar más dentro".

En lugar de explorar de inmediato el sentido relacional de la ruptura, se le invita a detenerse en el momento previo a la urgencia: qué ocurre en su cuerpo, qué pensamientos aparecen y qué emoción predomina. El paciente identifica una presión intensa en el pecho, una sensación de caída interna y la idea repetitiva de "no importarle a nadie". A partir de ahí, se propone trabajar esa urgencia como algo externo y diferenciable del conjunto de la persona. Se le invita a darle voz a esa parte que empuja al daño y a expresar qué intenta conseguir. Desde este lugar, la urgencia aparece ligada a la necesidad de parar el vacío, de sentir algo definido y de no desaparecer en la soledad.

Al volver a su posición como observador, el paciente puede reconocer que esa urgencia no busca dañarlo, sino protegerlo de una vivencia de abandono y desorganización interna. Este trabajo permite introducir una primera distancia entre el sujeto y el impulso, frenar la automatización del acto y abrir un espacio mínimo de regulación y elección allí donde antes solo había actuación.

En la medida en que el impulso puede ser nombrado, diferenciado y comprendido dentro del vínculo terapéutico, comienzan a desplegarse otras formas de respuesta posibles. El paciente puede permanecer en sesión hablando de la ruptura y del sentimiento de abandono, registrar el malestar corporal sin necesidad de actuarlo o apoyarse en la relación terapéutica cuando la urgencia aparece fuera del espacio clínico. Estas intervenciones no buscan eliminar el impulso, sino transformarlo progresivamente en experiencia pensable y compartible, desplazando el acto hacia la palabra y el sentido.

Reconstruir la secuencia que conduce a la autolesión

Una vez que la activación disminuye, el trabajo se centra en reconstruir la secuencia que lleva al acto. El corte nunca aparece de la nada, aunque el paciente lo viva así. En sesión se explora siempre qué ocurrió justo antes, qué emoción apareció, qué vivencia interna se activó y qué efecto tuvo el acto inmediatamente después.

Este trabajo permite que el paciente empiece a identificar señales tempranas y a reconocer el punto exacto en el que pierde la capacidad de regularse. El corte deja de ser un hecho aislado y comienza a entenderse como el final de una cadena. Aquí no se trata de interpretar en profundidad, sino de hacer visible el funcionamiento.

En muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad o con trauma complejo, el acto de cortarse aparece precisamente cuando no hay lenguaje emocional disponible. No saben bien lo que sienten o lo viven como un "todo mezclado", confuso, imposible de pensar o de ordenar. En estos momentos no hay diferenciación entre emociones, pensamientos y sensaciones corporales, y el cuerpo acaba siendo el único lugar donde "algo" puede descargarse.

En estos casos, el terapeuta no espera a que el paciente sea capaz de nombrar por sí mismo lo que le ocurre; a menudo no puede hacerlo, y la intervención consiste más bien en ir ofreciendo hipótesis emocionales sencillas, ajustadas a lo que va apareciendo en sesión, que el paciente puede aceptar, rechazar o matizar. Se trata de ir poniendo palabras allí donde antes solo había acción, ayudando a construir poco a poco un primer vocabulario emocional que permita sustituir progresivamente la descarga corporal.

Este trabajo no es interpretativo en un sentido clásico, sino más bien un acompañamiento activo en la identificación de estados internos. Nombrar algo como rabia, culpa, miedo o sensación de abandono no implica cerrarlo ni explicarlo del todo, sino empezar a diferenciarlo y hacerlo mínimamente pensable. En muchos pacientes, este paso resulta ya profundamente regulador.

Cuando el paciente empieza a poder decir "esto fue rabia", "esto fue culpa" o "esto fue sentir que no importo a nadie", el acto autolesivo comienza a perder su función reguladora exclusiva. La emoción, al poder ser

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

reconocida y compartida dentro del vínculo terapéutico, deja de necesitar ser actuada en el cuerpo para hacerse presente. No desaparece el malestar, pero se abre la posibilidad de permanecer con él, de hablarlo y de pedir ayuda, en lugar de descargarlo de forma inmediata sobre el propio cuerpo.

Trabajar el sentido del corte según la organización de la personalidad

Un punto central del abordaje clínico, como he ido desarrollando, es que no todas las autolesiones significan lo mismo ni cumplen la misma función. El trabajo terapéutico no se guía por el acto en sí, sino por el significado que tiene para ese paciente concreto y por la necesidad que está intentando cubrir en ese momento.

En sesión se explora qué función cumple el corte, siendo el paciente quien vaya descubriendo si se trata de aliviar un vacío, sentir algo cuando no se siente nada, controlar una angustia desbordante, sostener una identidad frágil, provocar una respuesta del otro o evitar una agresividad que no puede dirigirse hacia fuera sin vivirse como peligrosa.

Para facilitar esta exploración resulta especialmente útil el uso de técnicas psicodramáticas de concretización, en particular la transformación del síntoma en un personaje dentro de un psicodrama bipersonal. En lugar de hablar del corte de forma abstracta, se invita al paciente en el espacio psicodramático a darle una forma concreta: "si este impulso o este acto fuera un personaje, ¿cómo sería?, ¿cuándo aparece?, ¿para qué viene?, ¿qué intenta evitar?, ¿qué pasaría si no estuviera?". Este trabajo permite sacar el síntoma del interior indiferenciado del paciente y colocarlo delante, como algo que puede ser observado, interrogado y pensado.

A través de este procedimiento el paciente puede descubrir que el corte no aparece "porque sí", sino en momentos muy determinados como son tras una vivencia de rechazo, ante una sensación intensa de vacío, cuando se activa el miedo al abandono o cuando la agresividad no encuentra otra vía de expresión.

En las organizaciones límite y narcisistas, el corte aparece con frecuencia como una forma desesperada de sostener la existencia psíquica, donde el dolor físico devuelve una sensación de realidad cuando la identidad amenaza con desintegrarse. En estos casos, el tratamiento no se orienta a eliminar el síntoma de forma directa, sino a comprender la función que ha cumplido y a construir progresivamente otras formas de afirmación del self y de regulación emocional que no pasen por el daño corporal.

Uso del psicodrama para transformar el acto en experiencia elaborable y evitar la disociación

El uso del psicodrama bipersonal, tal y como ha sido desarrollado en el ámbito clínico por Herranz Castillo (1999), permite trabajar con partes, impulsos y funciones del síntoma sin favorecer la desorganización ni la disociación.

Cuando el paciente no puede pensar lo que le ocurre, pero sí puede representarlo, el psicodrama resulta especialmente útil. En estos casos, el trabajo no se realiza con generalidades ni con explicaciones abstractas, sino con escenas concretas tomadas de la experiencia real del paciente. El objetivo no es dramatizar el síntoma ni intensificar la vivencia emocional, sino transformar la acción en experiencia compartida y pensable.

El psicodrama puede utilizarse en distintos momentos del proceso terapéutico. A veces se trabaja una escena relacional reciente que ha precipitado el acto; en otras ocasiones, el foco está en el momento previo a la urgencia, en una sensación corporal difícil de nombrar o en la función que cumple el daño dentro de una determinada organización de la personalidad. En todos los casos, en un principio se parte de situaciones reales y actuales, no de escenas traumáticas antiguas ni de reconstrucciones del pasado.

Con frecuencia se recrea el momento previo al acto: el lugar, la situación interpersonal, lo que el paciente recuerda haber sentido o pensado en ese instante. Representar la escena permite observarla desde fuera, reducir la fusión con el impulso y abrir un primer espacio de reflexión compartida. Esta distancia no es intelectual, sino vivencial, y suele tener ya un efecto regulador y de cambio psíquico, ya que se produce desde lo afectivo ayudado de lo cognitivo y corporal.

Una técnica central dentro de este trabajo consiste en dar voz al acto. En lugar de hablar del corte de forma

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e12, 1-14
https://doi.org/10.5093/cc2026a12

abstracta, se invita al paciente a concretizarlo como una presencia o un personaje dentro de la escena: si diéramos voz al corte, qué diría, cuándo aparece, para qué viene, qué intenta resolver y qué teme que ocurra si no está. De este modo, el cuerpo deja de ser el único portavoz del sufrimiento y el acto comienza a transformarse en mensaje y, por tanto, en elaboración psíquica.

Por ejemplo, en una paciente que se hace daño tras una vivencia de rechazo, el acto aparece en el psicodrama como algo que "viene cuando todo se cae" y que "ayuda a no desaparecer". Al explorar qué ocurriría si esa presencia no apareciera, surge el miedo a quedarse sola con el vacío y a perder cualquier forma conocida de sostén. Este trabajo permite reconocer la función protectora del acto sin necesidad de justificarlo ni de atacarlo. A partir de ahí, permite empezar a buscar alternativas posibles en ese mismo punto de la secuencia. No se trata de soluciones ideales ni de cambios forzados, sino de respuestas mínimamente reguladoras que puedan cumplir, aunque sea parcialmente, la función que antes desempeñaba el acto. El objetivo es interrumpir el paso automático a la acción y abrir un margen de elección.

En pacientes con una tendencia marcada a la disociación, este trabajo requiere especial cuidado. La representación de escenas demasiado intensas o la inmersión directa en momentos traumáticos puede aumentar la desorganización psíquica y favorecer la desconexión. Por este motivo, el psicodrama se utiliza de forma dosificada, priorizando técnicas que mantengan al paciente anclado al aquí y ahora y en una posición observadora.

Resultan especialmente útiles las intervenciones de psicodrama bipersonal centradas en partes, conductas impulsivas o funciones del síntoma, más que en la recreación completa de escenas traumáticas. Se emplean pausas frecuentes, verbalización continua de lo que ocurre en el cuerpo y comprobaciones constantes del nivel de activación. Cuando aparecen signos de disociación como sensación de irrealidad, desconexión corporal o embotamiento afectivo, la intervención se detiene y se vuelve al registro corporal y a la relación terapéutica. Esto implica ayudar al paciente a recuperar el contacto con el aquí y ahora: notar los pies apoyados en el suelo, la respiración, el peso del cuerpo en la silla, orientarse en el espacio y en el tiempo, y restablecer el contacto con la presencia del terapeuta a través de la voz y la mirada. En estos momentos, la prioridad no es avanzar en la escena, sino restablecer un mínimo de anclaje y continuidad que permita sostener la sesión sin aumentar la desorganización.

Este trabajo con el cuerpo resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que, en muchos pacientes con trauma relacional temprano, el malestar no está organizado como recuerdo narrativo, sino como memoria corporal implícita. Son vivencias que no pudieron ser mentalizadas en su momento y que reaparecen en forma de sensaciones físicas, impulsos o estados de activación difíciles de poner en palabras. En este sentido, volver al registro corporal no implica revivir el trauma, sino ayudar al paciente a reconocer, regular y dar sentido a estas memorias encarnadas, permitiendo que puedan integrarse progresivamente en la experiencia consciente y en el vínculo terapéutico.

Desde esta perspectiva, el psicodrama no se concibe como una técnica de intensidad emocional, sino como un recurso clínico cuidadosamente ajustado que permite pasar de la actuación a la experiencia sin desorganizar al paciente y respetando en todo momento sus límites de tolerancia, consiguiendo el cambio psíquico y la eliminación de la autolesión desde la elaboración y reparación de sus necesidades psíquicas sin resolver por conflicto, trauma o déficit.

Trabajo de la agresividad

En muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad, el acto de cortarse aparece cuando la agresividad no puede dirigirse hacia el otro por miedo a perder el vínculo. La rabia queda entonces escindida, no reconocida como propia, y se vuelve contra uno mismo en forma de autoagresión.

Desde el modelo estructural de Kernberg (2004), el trabajo terapéutico no consiste en eliminar la agresividad, sino en nombrarla, reconocerla como legítima y ayudar al paciente a tolerarla sin necesidad de actuarla ni contra sí mismo ni contra el otro. Cuando la rabia puede ser pensada, dicha y sostenida dentro de la relación terapéutica, deja de vivirse como algo peligroso o destructivo, y el autoataque pierde su función defensiva principal.

https://doi.org/10.5093/cc2026a12
© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

El objetivo del tratamiento no es únicamente que el paciente deje de cortarse. Para que esto sea posible, es necesario que previamente pueda reconocer sus señales internas, diferenciar emociones, pedir ayuda sin atacarse y tolerar la frustración sin pasar al acto. Del mismo modo, se trata de favorecer la construcción de una identidad más estable, que no dependa del daño al cuerpo como forma de regulación o afirmación de sí mismo.

Cuando estas capacidades comienzan a desarrollarse, la autolesión deja de ser la única vía disponible para manejar el malestar. No desaparece de forma inmediata el conflicto ni la intensidad emocional, pero el acto pierde progresivamente su función y deja de ser necesario como recurso central de supervivencia psíquica.

Viñeta clínica

L. es una mujer de 22 años que, en el momento previo a la derivación, había pasado por numerosos tratamientos psicológicos y psiquiátricos sin una respuesta significativa. Presentaba una sintomatología compleja que incluía fenómenos conversivos, conductas autolesivas y experiencias perceptivas intrusivas inicialmente formuladas como alucinaciones auditivas.

La paciente acudió inicialmente a consulta psiquiátrica en un contexto de elevado sufrimiento y bloqueo clínico, sin respuesta a la medicación ni a las intervenciones psicoterapéuticas previas. Ante la persistencia de los síntomas y el alto nivel de hiperactivación y desconexión, se inició un tratamiento de estimulación magnética transcraneal orientado a reducir las alucinaciones auditivas y la desregulación neurobiológica asociada al trauma psíquico que impedía cualquier acceso a procesos mínimos de regulación, simbolización y elaboración.

Tras este proceso de neuromodulación y una vez disminuida parcialmente la sintomatología más disruptiva (alucinaciones auditivas y cinestésicas, así como la desregulación afectiva), la paciente fue derivada a psicoterapia para la realización de una evaluación psicológica exhaustiva. En el marco de este estudio pudo comprenderse la organización profunda de L., correspondiente a una estructura límite de la personalidad, con predominio de trastorno por estrés postraumático complejo y una importante expresión conversiva y autolesiva del trauma.

En el inicio de la psicoterapia, la paciente consulta por caídas frecuentes, autolesiones (cortes superficiales, quemaduras con mechero y golpes), fenómenos perceptivos intrusivos y una intensa vivencia de culpa y autoexigencia. No existe intencionalidad suicida. La sintomatología aparece asociada a estados de intenso malestar emocional, rabia inhibida y dificultad para expresar necesidad sin vivirse como peligrosa para los demás.

Durante los primeros meses de tratamiento, y con una progresiva consolidación del vínculo terapéutico, comienza a verbalizar una historia de trauma interpersonal temprano, que incluye experiencias de agresión sexual múltiple en la adolescencia, bullying prolongado en el contexto escolar y una dinámica familiar marcada por enfermedad materna (depresión). La paciente arrastraba una intensa culpa inconsciente, con la vivencia de que su nacimiento había sido la causa de la depresión de su madre, configurando una sensación temprana de responsabilidad excesiva por el bienestar de sus padres y un temor constante a que pudiera sucederles algo.

Desde el inicio, el abordaje terapéutico se orienta a la comprensión de la función subjetiva de las autolesiones, al pasaje progresivo del cuerpo a la palabra y a la restauración de la agencia de la paciente, respetando el carácter defensivo y protector que estas conductas habían tenido en su historia.

El síntoma como lenguaje: cuando el cuerpo habla

En las primeras fases del tratamiento, la paciente describe las autolesiones y las caídas como algo que "le pasa", sin sentido ni agencia subjetiva: "No sé por qué me caigo. De repente me mareo y me voy al suelo." "Me quemo con el mechero… no es para matarme, es como para castigarme." "Cuando me corto por lo menos se me pasa un poco."

Desde una lectura psicodinámica, estas conductas se comprenden como actuaciones corporales de afectos no mentalizados, especialmente culpa, rabia no expresada y la necesidad de frenar conflictos relacionales cuando no existe todavía un registro simbólico disponible. La autolesión no se nombra como conducta patológica

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e12, 1-14
https://doi.org/10.5093/cc2026a12

aislada, sino como un intento de regulación.

En este momento del proceso y tras la estabilización inicial que había permitido reducir la desorganización psicofisiológica, la intervención se orienta a externalizar el síntoma sin interpretarlo, favoreciendo un primer pasaje del cuerpo a la palabra.

Intervención terapéutica

Terapeuta: "Si pusiéramos voz a eso que hace tu cuerpo, ¿qué diría?"

Si le cuesta detectarlo, se le puede ayudar: "Mira a ver si eso que hace tu cuerpo no está intentando decir algo que no pudo decirse antes."

Estas intervenciones introducen significado sin generar culpa ni aumentar la necesidad defensiva del síntoma, permitiendo que la paciente empiece a reconocerse como sujeto de una experiencia y no solo como escenario pasivo del malestar, así como ir concretando que esa autolesión nació en un lugar con un otro significativo en la vida del paciente.

La autolesión como castigo: psicodrama bipersonal

En una sesión posterior, la paciente relata un nuevo episodio de autolesión: "Me he vuelto a cortar. Es como si algo dentro de mí me dijera que no soy suficiente."

Dado el nivel de regulación alcanzado y la solidez del vínculo terapéutico, se propone un psicodrama bipersonal utilizando la técnica de concretización del objeto autolesivo con el objetivo de externalizar la voz punitiva sin favorecer la disociación.

Terapeuta: "Si ese cuchillo pudiera hablar, ¿qué diría?"

Paciente (en rol): "Vengo a castigarte porque eres débil. No pediste ayuda. No vales."

Se produce un cambio de rol.

Terapeuta: "Ahora vuelves a ti. Desde tu parte adulta y cuidadosa, ¿qué le dirías?"

Paciente: "Que no lo necesitas, no eres débil ni poco valiosa."

Terapeuta: "Mira a ver si hace falta castigarte para que alguien te cuide."

Desde el punto de vista técnico, en este momento se trabaja la externalización de la moral punitiva, la desidentificación con la voz castigadora, la emergencia de una función yoica protectora y la sustitución del acto autolesivo por palabra dirigida. La autolesión deja de ser actuada y comienza a ser pensada.

La función relacional del síntoma

En relación con las caídas, muy resumidamente expongo el matiz primordial desde muchas sesiones de trabajo realizado sobre la función del síntoma; a medida que avanza el proceso terapéutico, la paciente comienza a asociarlas con escenas familiares: "Cuando me caigo mis padres dejan de discutir."

Terapeuta: "Mira a ver si tu cuerpo aprendió que caerse era una forma de creer que así no les pasaría nada, que no discutirían."

Se introduce la función relacional del síntoma sin despojarlo de dignidad ni responsabilizar a la paciente, permitiendo comprender la conducta como una solución temprana frente a una vivencia de amenaza vincular y preparando para poder reparar el miedo a que sus padres mueran.

En una sesión clave se trabaja explícitamente el pasaje del cuerpo a la palabra:

Terapeuta: "Mira a ver si, en vez de caerte, puedes decir 'esto me pone nerviosa', antes de que el cuerpo tenga que hacerlo por ti."

Paciente: "Nunca pensé que podía hablar sin que pasara algo malo."

A partir de este momento, las caídas disminuyen de forma significativa.

https://doi.org/10.5093/cc2026a12
© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

La rabia que no pudo sentirse

En una fase posterior emerge una rabia intensa hasta entonces dirigida contra sí misma. Se utiliza un cojín como objeto mediador.

Terapeuta: "Este cojín es todo aquello de lo que estás hasta las narices."

Paciente: "Estoy hasta las narices de las voces." "Hasta las narices de no dormir." "Hasta las narices de hacerme daño." "Hasta las narices de que me traten como a una niña."

Por primera vez, la agresividad sale del cuerpo y se dirige hacia el exterior. Se produce un movimiento clínicamente relevante: el paso de la autoagresión a la agresión simbolizada, la recuperación de una rabia legítima, el fortalecimiento del límite yoico y la disminución inmediata de la urgencia autolesiva.

En fases posteriores la paciente pudo decir: "Mi cuerpo lleva tiempo sin hablar." "Ahora, cuando me pasa algo, hablo." "No necesito caerme para que me escuchen."

Las autolesiones y las caídas desaparecen como conductas principales y los afectos comienzan a tramitarse a través de la palabra y de la relación terapéutica.

El trabajo psicodinámico, integrando neuromodulación, psicodrama bipersonal, externalización de la moral punitiva y restauración progresiva de la palabra, permite que el cuerpo deje de ser el único lugar posible de inscripción del trauma y del conflicto.

A lo largo del proceso combinado de psicoterapia y seguimiento psiquiátrico, la paciente fue reduciendo progresivamente la medicación hasta mantenerse en la actualidad con dosis mínimas, sin reactivación significativa de la sintomatología. Este dato resulta clínicamente relevante, ya que pone de manifiesto cómo un abordaje integrado y en profundidad puede no solo desbloquear el acceso al trabajo psicoterapéutico, sino también favorecer una mayor autorregulación y disminuir la necesidad de contención farmacológica.

Conclusiones

Tal y como se ha desarrollado a lo largo de este trabajo psicoterapéutico individual con pacientes con trauma complejo y organizaciones límite, las autolesiones constituyen lenguajes corporales de afectos no simbolizados y soluciones de urgencia ante estados internos que desbordan la capacidad de regulación psíquica y relacional. Al mismo tiempo, se trata de conductas de riesgo cuya aparición suele señalar un punto de ruptura en el equilibrio neuropsíquico del paciente y requiere una consideración clínica específica en términos de urgencia y seguridad.

Desde este enfoque integrador, psicodinámico, psicodramático y por lo tanto relacional, el objetivo terapéutico para la eliminación de la autolesión parte de la comprensión de su función, la restitución progresiva de la autonomía subjetiva y la ampliación de los recursos del paciente para tramitar el malestar sin necesidad de recurrir al cuerpo como único medio de expresión. El síntoma deja así de ser el enemigo a combatir y pasa a convertirse en una vía de acceso al trabajo del trauma, al déficit, al conflicto, a la historia relacional y a las necesidades psíquicas no atendidas.

La experiencia clínica muestra que, cuando el tratamiento se orienta a transformar la acción en símbolo, en significado, en comprensión y elaboración, el impulso en señal y el afecto en palabra compartida, las conductas autolesivas pierden progresivamente su función "reguladora". Este proceso no es lineal ni inmediato y requiere un encuadre suficientemente seguro, una alianza terapéutica sólida y una actitud clínica que combine contención, claridad y respeto por los tiempos del paciente.

El uso del psicodrama bipersonal permite externalizar el objeto punitivo, desidentificar al sujeto de la voz castigadora y favorecer la emergencia de funciones yoicas protectoras. A su vez, las intervenciones orientadas a la mentalización, a la regulación afectiva y al trabajo con la agresividad legítima facilitan el pasaje del cuerpo a la palabra y la construcción de nuevas formas de relación consigo mismo y con los otros.

En este sentido, los pacientes necesitan límites claros e información, pero las autolesiones no desaparecen por imposición externa, sino cuando dejan de ser necesarias. Cuando el paciente puede reconocer sus estados internos, expresar su rabia sin autoataque, pedir ayuda sin vivenciarlo como humillación y utilizar el vínculo

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e12, 1-14
https://doi.org/10.5093/cc2026a12

terapéutico como espacio regulador, el cuerpo deja de tener que "hablar" por él.

Finalmente, este trabajo subraya la importancia de no atacar las defensas sin comprender la función que han desempeñado en la historia del paciente, especialmente en personas con trauma complejo y organizaciones límite de la personalidad. Intervenir de forma prematura puede incrementar la desorganización y el riesgo, especialmente cuando el paciente aún no dispone de un nivel suficiente de regulación que le permita beneficiarse del trabajo interpretativo. Del mismo modo, las intervenciones centradas exclusivamente en la supresión del síntoma pueden reforzar la culpa, aumentar el autoataque y favorecer nuevas conductas autolesivas, particularmente cuando estas emergen tras el agotamiento de otras formas sintomáticas menos peligrosas. Un abordaje clínico que integre la comprensión psicodinámica y psicodramática con las aportaciones actuales del trauma relacional, la teoría de la mentalización, el neuropsicoanálisis y, cuando esté indicado, estrategias complementarias de regulación neurobiológica como la neuromodulación, permite acompañar procesos de transformación profundos, sostenibles y respetuosos con la historia y el ritmo de cada paciente.

Referencias

Anzieu, D. (1998). *El yo-piel*. Biblioteca Nueva.

Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para los trastornos de la personalidad: Guía práctica*. Desclée de Brouwer.

Chang, S., Yu, X. y Wang, Y. (2025). Prevalence and correlates of nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults: A meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 19*, Artículo e27. https://doi.org/10.1186/s13034-025-00885-6

Denton, E., Leung, J. y Hasking, P. (2024). Sex differences in the global prevalence of nonsuicidal self-injury among adolescents: A meta-analytic review. *JAMA Network Open, 7*(3), Artículo e240027. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.15436

Gaona, J. M. (2019). *El límite: La frontera entre la vida y la muerte*. La Esfera de los Libros.

Herranz Castillo, T. (1999). *Psicoterapia psicodramática bipersonal*. Desclée de Brouwer.

Kernberg, O.F. (2004). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. Paidós.

Lee, J. S., Kim, S. W. y Park, J. I. (2024). Prevalence of non-suicidal self-injury in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 18*, Artículo e47. https://doi.org/10.1186/s13034-024-00801-4

Ministerio de Sanidad. (2025). *Barómetro de juventud, salud y bienestar*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es

Monzón Reviejo, S. (2010). *Self injury: Cortarse la adolescencia*. En *Actas de la XXV Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama* (Sitges, Barcelona, 1–3 de octubre de 2010). Asociación Española de Psicodrama.

Monzón Reviejo, S. (2018). *Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: ¿Etapa o trastorno?* Quipú Ediciones.

Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339–363. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

Schore, A. N. (2019). *Right brain psychotherapy*. W. W. Norton & Company.

Solms, M. (2021). *The hidden spring: A journey to the source of consciousness*. Profile Books.

Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.

Artículo recibido: 02/02/2026
Artículo aceptado: 17/07/2026

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912