

cortando – cutting

Authored by
memjavad

November 30, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *cortando – cutting*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=6552>

Corte (Autolesión No Suicida)

Primary Disciplinary Field(s): Psicopatología, Psicología Clínica, Psiquiatría.

1. Definición Central

El término **corte**, en el contexto clínico y académico, se refiere predominantemente a la **Autolesión No Suicida (ANS)**, un fenómeno conductual complejo definido por el daño deliberado, directo y autoinfligido del tejido corporal, realizado sin intención suicida. Esta conducta incluye métodos como cortarse, quemarse, golpearse, rascarse excesivamente o interferir con la curación de heridas, siendo el corte con objetos afilados (de ahí el término común) la forma más prevalente, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes. La característica definitoria de la ANS no es el método empleado, sino la **ausencia de intención letal**, diferenciándola claramente de los intentos de suicidio, aunque ambas conductas a menudo coexisten y comparten factores de riesgo subyacentes. El objetivo primario de la autolesión suele ser la reducción de la angustia emocional intensa, el castigo propio, o la sensación de vacío.

La definición clínica enfatiza que la ANS es una estrategia de afrontamiento disfuncional utilizada para manejar estados afectivos abrumadores o disociativos. La conducta de corte proporciona un alivio inmediato y temporal de la tensión psicológica, actuando como un mecanismo de regulación emocional. Este alivio se debe a menudo a la liberación de endorfinas y la redirección del dolor emocional interno hacia una sensación física tangible y controlable. Aunque la persona no busca morir, la acción implica un riesgo significativo de daño físico grave o infección, y su naturaleza compulsiva y repetitiva puede llevar a la dependencia y al aislamiento social. Es crucial entender que, si bien el acto puede parecer irracional externamente, cumple una función psicológica vital para el individuo en ese momento de crisis.

Desde la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la Autolesión No Suicida ha recibido una atención formal creciente, siendo incluida en la Sección III (Condiciones que necesitan más estudio) como un diagnóstico potencial ([DSM-5](#)). Los criterios diagnósticos propuestos requieren que la conducta haya ocurrido en cinco o más días durante el último año, y que se realice con expectativas específicas, como obtener alivio de un sentimiento negativo, resolver una dificultad interpersonal, o inducir un estado afectivo deseado (como sentirse real o vivo). Esta formalización ha permitido una investigación más rigurosa y la estandarización de herramientas de evaluación, lo que facilita la distinción entre la autolesión crónica y las conductas suicidas.

2. Etimología y Desarrollo Histórico del Concepto

Históricamente, la autolesión deliberada fue malentendida y estigmatizada, a menudo vista

simplemente como un signo de locura extrema, masoquismo o manipulación. Durante gran parte del siglo XX, la conducta de corte fue casi exclusivamente asociada con el **Trastorno Límite de la Personalidad** (TLP) o Trastorno de la Personalidad *Borderline*. Los estudios pioneros de la década de 1970 y 1980, particularmente aquellos centrados en poblaciones psiquiátricas institucionalizadas, tendían a agrupar la autolesión bajo el paraguas de la inestabilidad emocional y la impulsividad característica del TLP. Esta asociación limitó el reconocimiento de la ANS como un fenómeno que ocurre de manera independiente en una amplia gama de diagnósticos y en individuos sin trastorno de personalidad.

El cambio paradigmático crucial ocurrió a finales del siglo XX e inicios del XXI, impulsado por el aumento de la prevalencia reportada en poblaciones adolescentes no clínicas. Investigadores como Armando Favazza y Janice Whitlock comenzaron a diferenciar sistemáticamente la ANS de los intentos de suicidio, argumentando que sus funciones y motivaciones eran distintas. Este esfuerzo llevó a la acuñación y popularización de términos específicos, como "Autolesión Deliberada" (ALD) y, finalmente, "Autolesión No Suicida" (ANS), para enfatizar la función reguladora y no letal de la conducta. Este desarrollo etimológico y conceptual fue fundamental para despatologizar la conducta en el sentido suicida y dirigir la atención hacia el manejo de la disregulación emocional subyacente.

La inclusión de la ANS como una categoría diagnóstica provisional en el DSM-5 en 2013 marcó el hito más importante en el desarrollo histórico del concepto. Esta decisión reflejó el consenso de que la ANS representa una preocupación clínica significativa por sí misma, con una etiología y patrón de recurrencia que merecen una atención e intervención específicas. Este reconocimiento ha permitido la creación de protocolos de tratamiento más enfocados y ha facilitado la investigación epidemiológica, revelando que la prevalencia de la ANS es considerablemente alta, especialmente entre los jóvenes, lo que subraya la necesidad de programas de prevención y detección temprana en entornos escolares y comunitarios.

3. Características Clínicas y Patrones

El patrón de la conducta de corte es típicamente episódico y recurrente. El inicio ocurre con mayor frecuencia durante la **adolescencia temprana o media** (entre los 12 y 15 años), coincidiendo con períodos de intensos cambios hormonales, desarrollo de la identidad y aumento de las presiones sociales y académicas. Aunque el acto inicial puede ser impulsivo, con el tiempo, la autolesión puede volverse ritualizada y planificada, especialmente a medida que el individuo aprende que la conducta proporciona un alivio predecible del malestar. La frecuencia varía drásticamente, desde episodios aislados hasta conductas diarias o semanales, y la cronicidad es una preocupación significativa, ya que la conducta se integra en el repertorio de afrontamiento del individuo.

Los métodos más comunes incluyen el uso de objetos afilados (cuchillas, trozos de vidrio) para

realizar cortes superficiales en áreas del cuerpo que son fáciles de ocultar, como los antebrazos, los muslos y el abdomen. La elección de estas ubicaciones no es casual; refleja la necesidad de mantener la conducta en secreto debido al estigma social y al miedo a la hospitalización involuntaria. La profundidad de los cortes generalmente se mantiene superficial, lo suficiente para causar sangrado y dolor, pero rara vez requieren suturas o atención médica urgente, lo que refuerza la naturaleza no suicida del acto. Sin embargo, la gravedad de las lesiones puede aumentar con el tiempo a medida que el individuo desarrolla tolerancia al dolor o busca un alivio más intenso.

Una característica clínica distintiva es el ciclo emocional que precede y sigue al acto. El ciclo suele comenzar con una acumulación de **tensión emocional insoportable** (ira, tristeza, ansiedad o disociación). Esta tensión conduce al impulso de autolesionarse. Durante el acto, puede haber una sensación de calma o incluso de disociación, donde el individuo se siente desconectado del dolor físico. Inmediatamente después, ocurre el alivio de la tensión, seguido a menudo por sentimientos de vergüenza, culpa o arrepentimiento por las heridas infligidas. Este ciclo de alivio temporal seguido de angustia post-acto es lo que perpetúa la conducta, ya que el cerebro asocia el corte con la interrupción del dolor emocional, creando un circuito de refuerzo negativo difícil de romper.

4. Modelos Teóricos y Funciones de la Autolesión

La comprensión de la ANS se basa en varios modelos teóricos que intentan explicar por qué una persona recurriría a dañarse a sí misma para sentirse mejor. El modelo más influyente es el **Modelo de Regulación Afectiva**. Este modelo postula que los individuos que se autolesionan carecen de habilidades adaptativas para regular emociones intensas (disregulación emocional). Cuando se enfrentan a un afecto negativo abrumador, la autolesión actúa como una distracción poderosa o como un interruptor que reduce la intensidad emocional. El dolor físico, al ser más concreto y manejable que el dolor psicológico abstracto, permite al individuo recuperar una sensación de control sobre su cuerpo y sus emociones.

Otro enfoque fundamental es el **Modelo de Comunicación y Función Interpersonal**. Aunque la ANS se define como no suicida, a menudo tiene una función social o interpersonal. Puede ser una forma desesperada de comunicar un dolor que no se puede verbalizar, de buscar ayuda o atención, o de influir en las respuestas de los demás. Es importante destacar que, si bien la manipulación se ha utilizado históricamente como un término peyorativo, desde una perspectiva funcional, la autolesión como comunicación es una estrategia de supervivencia aprendida por aquellos que sienten que sus necesidades emocionales no son escuchadas de otra manera. Además, la autolesión puede funcionar como un mecanismo para establecer límites interpersonales o para castigar a otros percibidos como causantes del dolor.

Finalmente, el modelo de la **Disociación y Autocastigo** explica la autolesión como un medio para

interrumpir estados disociativos o de entumecimiento emocional. Para algunos, la sensación de dolor físico intenso es la única manera de "sentirse real" o de salir de un estado de vacío emocional. Además, la autolesión puede ser un acto de autocastigo, donde el individuo siente que merece el dolor debido a sentimientos de inutilidad, culpa o vergüenza, a menudo arraigados en experiencias de trauma o abuso. Este aspecto punitivo subraya la profunda angustia psicológica y la baja autoestima que subyacen a la conducta de corte.

5. Comorbilidad y Poblaciones de Riesgo

La autolesión no suicida rara vez ocurre de forma aislada; presenta una **alta comorbilidad** con múltiples trastornos mentales. El trastorno más fuertemente asociado sigue siendo el **Trastorno Límite de la Personalidad** (TLP), donde la autolesión es un criterio diagnóstico clave, reflejando la inestabilidad afectiva e impulsividad. Sin embargo, también está estrechamente vinculada con trastornos del estado de ánimo, como la **depresión mayor** ([Depresión Mayor](#)) y los trastornos de ansiedad, incluido el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). En el caso del TEPT, la autolesión puede ser una respuesta directa a los flashbacks o a la necesidad de controlar la reactividad fisiológica asociada al trauma.

Las poblaciones de riesgo más estudiadas son los **adolescentes y adultos jóvenes**. La transición a la edad adulta, las presiones académicas y la necesidad de establecer una identidad propia hacen de este un período de vulnerabilidad emocional extrema. Dentro de este grupo demográfico, existen subgrupos que enfrentan un riesgo desproporcionadamente mayor. Esto incluye a individuos que han experimentado **adversidad temprana**, como abuso físico, emocional o negligencia, ya que estas experiencias socavan el desarrollo de habilidades de regulación emocional. El historial de trauma a menudo se correlaciona con la gravedad y cronicidad de la ANS.

Adicionalmente, las minorías sexuales y de género (poblaciones LGBTQ+) han mostrado tasas significativamente elevadas de ANS en comparación con sus pares heterosexuales. Este aumento en el riesgo se atribuye al **estrés de las minorías**, que incluye la discriminación, el rechazo familiar y social, el acoso escolar (bullying) y la internalización del estigma. Estos factores estresantes crónicos contribuyen a una mayor disregulación emocional y a la búsqueda de estrategias de afrontamiento desadaptativas como el corte. Por lo tanto, la intervención eficaz requiere una sensibilidad a estos factores psicosociales y estructurales que exacerban la vulnerabilidad.

6. Implicaciones Terapéuticas

El tratamiento de la conducta de corte requiere un enfoque integral que aborde tanto la conducta manifiesta como las causas subyacentes de la disregulación emocional. La intervención

psicológica más respaldada empíricamente para la autolesión crónica, especialmente en el contexto del TLP, es la **Terapia Dialéctica Conductual (DBT)**, desarrollada por Marsha Linehan. La DBT se centra en enseñar habilidades de regulación emocional, tolerancia a la angustia, efectividad interpersonal y *mindfulness*. El objetivo principal de la DBT en relación con el corte es reemplazar la autolesión con habilidades de afrontamiento más adaptativas (habilidades de tolerancia a la angustia) para manejar las crisis emocionales sin recurrir al daño físico.

Otras modalidades terapéuticas también han demostrado ser efectivas. La **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)** se utiliza para identificar y modificar los patrones de pensamiento disfuncionales que desencadenan la autolesión, como el autocastigo o la creencia de que el dolor físico es la única forma de alivio. La TCC se centra en la reestructuración cognitiva y en el desarrollo de planes de seguridad específicos para momentos de crisis. Además, la **Terapia Basada en la Mentalización (MBT)** ha ganado terreno, enfocándose en mejorar la capacidad del individuo para entender sus propios estados mentales y los de los demás, lo que es crucial para reducir la impulsividad y mejorar las relaciones interpersonales que a menudo desencadenan la ANS.

El manejo de la autolesión en entornos clínicos también requiere una cuidadosa atención a la relación terapéutica. El terapeuta debe adoptar una postura de **validación incondicional**, reconociendo el inmenso dolor que siente el paciente, incluso si la conducta de corte parece destructiva. Evitar la reacción de castigo o el refuerzo de la manipulación es fundamental. En casos de autolesión grave o recurrente, puede ser necesaria la intervención farmacológica para tratar las condiciones comórbidas subyacentes (como la depresión o la ansiedad) o para reducir la impulsividad, aunque no existe un medicamento específico que trate directamente la conducta de corte en sí misma.

7. Debates y Críticas (Diferenciación de la Ideación Suicida)

Uno de los debates académicos y clínicos más persistentes se centra en la **distinción categórica entre la Autolesión No Suicida (ANS) y los Intentos de Suicidio (IS)**. Aunque la definición de ANS se basa en la ausencia de intención letal, la realidad clínica es mucho más matizada. La ANS es el predictor más fuerte de futuros intentos de suicidio. Los críticos argumentan que, aunque la función inmediata del corte no sea morir, la repetición del daño corporal aumenta el riesgo de que, en un momento de desesperación, el individuo pueda confundir o escalar la conducta hacia un verdadero intento suicida, ya sea por accidente o por un cambio en la intención.

Otro punto de controversia radica en la inclusión de la ANS como un diagnóstico provisional en el DSM-5. Algunos expertos cuestionan si la autolesión debería ser clasificada como un trastorno independiente o si es mejor entenderla como un síntoma transdiagnóstico de otros trastornos subyacentes (como el TLP, la depresión o el TEPT). La preocupación es que la patologización

excesiva de la conducta podría llevar a una visión reduccionista, ignorando los contextos sociales y el trauma que dan origen a la conducta. No obstante, los defensores de su inclusión argumentan que un diagnóstico específico permite una mejor codificación, investigación y desarrollo de tratamientos dirigidos específicamente a interrumpir el ciclo de la autolesión.

Finalmente, existe un debate ético y práctico sobre cómo manejar la conducta de corte en instituciones educativas y sanitarias. El miedo a la "contagiosidad" social de la autolesión, especialmente en entornos adolescentes, ha llevado a políticas de "tolerancia cero" que a menudo resultan en la estigmatización y el castigo del individuo, en lugar de la provisión de ayuda. La crítica a estas políticas es que ignoran la función comunicativa de la conducta y empujan a los individuos a ocultar aún más sus lesiones, obstaculizando la intervención temprana. Los enfoques modernos abogan por la implementación de estrategias de apoyo y desestigmatización que prioricen la seguridad y la conexión emocional sobre la penalización.

Further Reading

[Autolesión no suicida \(Wikipedia\)](#)

[American Psychiatric Association \(APA\) - DSM-5](#)

[Linehan, M. M. \(1993\). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press.](#)