

# Licenciatura en Psicología Trabajo Final Integrador

**Autora: Patricia Lorena Robledo**

## **EL CUTTING**

Una reflexión sobre el corte en el cuerpo

2026

Tutora: Lic. Laura Ferré



*Citar como:* Robledo, P. (2026). El cutting: una reflexión sobre el corte en el cuerpo. [Trabajo Final de Grado, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi maravillosa familia, mi esposo Diego y mis hijxs Liam y Julieta por el apoyo y el inmenso amor en todos estos años de carrera.

A los y las docentes de la carrera que me enseñaron y acompañaron en este proceso, a mis compañeros y compañeras de cursada por todo lo compartido. Gracias a Laura Ferré por estar siempre acompañando con su sonrisa y afecto, a Mariel Sciolla y también a mi querida Delfi por su apoyo.

A Andrea Patrignoni y Cecilia Murata.

¡Y por último un GRACIAS especial a mi vieja que me dejó en el 2025, una de las últimas conversaciones fue acerca de cómo me estaba yendo en la carrera, gracias por todo ma!

## RESUMEN

La indagación sobre el *cutting* como modalidad de autolesión adquiere creciente relevancia en el campo de la psicología, especialmente por su expansión entre adolescentes y jóvenes. Si bien estas conductas no implican necesariamente una intención suicida, su reiteración y profundidad pueden derivar en situaciones de riesgo significativo, lo que refuerza la importancia de su estudio sistemático.

El presente trabajo aborda la problemática del *cutting* en la adolescencia. Metodológicamente, el trabajo se inscribe en el enfoque cualitativo exploratorio y se desarrolla a través de dos entrevistas semiestructuradas con profesionales de la salud mental y experticia en el tema. La lectura se realiza desde una perspectiva psicoanalítica lo que ha permitido distinguir el *cutting* de la intención suicida, analizando las implicancias del cuerpo y la construcción subjetiva en lo que a esta conducta respecta. Parte de la conclusión resalta la especificidad del *cutting* como medio privilegiado de resolución del padecimiento subjetivo en adolescentes. Donde no se puede hablar, se actúa, y es ahí donde el trabajo clínico con adolescentes se vuelve un desafío, hacer de un padecimiento silencioso y volcado sobre el dolor corporal, una apuesta a la circulación de la palabra, al lazo con los otros.

*Palabras clave:* *cutting*, cuerpo, subjetividad, adolescencia.

## ÍNDICE

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN.....                                                                  | 1  |
| Justificación y relevancia.....                                                    | 2  |
| PRESENTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.....                                               | 4  |
| BASE CONCEPTUAL.....                                                               | 5  |
| Marco Teórico.....                                                                 | 5  |
| 1. Adolescencia, el cutting como tramitación del malestar psíquico.....            | 6  |
| 1.1 Noción de cuerpo y procesos de constitución subjetiva.....                     | 7  |
| 1.2 Adolescencia y cutting: de lo indecible a lo inscripto.....                    | 10 |
| 2. Cutting como autolesión no suicida. Especificidad clínica.....                  | 11 |
| 3. El contexto pospandémico, desborde pulsional y exposición virtual.....          | 15 |
| 4. La Terapia Dialéctico Conductual (DBT) como aporte al abordaje del cutting..... | 17 |
| Estado del Arte.....                                                               | 19 |
| ENFOQUE METODOLÓGICO.....                                                          | 23 |
| RESULTADOS.....                                                                    | 25 |
| DISCUSIÓN.....                                                                     | 31 |
| CONCLUSIONES.....                                                                  | 34 |
| REFERENCIAS.....                                                                   | 36 |
| ANEXOS.....                                                                        | 39 |
| Anexo 1. Consentimiento informado.....                                             | 39 |
| Anexo 2. Entrevistas.....                                                          | 41 |

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final integrador, correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad ISalud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aborda la práctica del *cutting* en la adolescencia, con especial énfasis en la problemática de las autolesiones, conducta que se inscribe dentro de lo que la literatura denomina *Non-Suicidal Self-Injury* (NSSI), es decir, un conjunto de acciones orientadas a la producción de daño corporal sin finalidad letal (Fleta Zaragozano, 2017). Este estudio, se centra en indagar el sentido subjetivo que adquiere la práctica del *cutting* en la adolescencia, considerando las condiciones socioculturales contemporáneas y las dificultades en los procesos de simbolización, se parte del supuesto de que dichas conductas no constituyen meros actos impulsivos, sino que pueden entenderse como intentos de tramitación del malestar psíquico cuando la palabra resulta insuficiente. (Dartiguelongue, 2014)

El abordaje teórico se inscribe en una perspectiva psicoanalítica, articulando aportes freudianos y lacanianos con desarrollos contemporáneos sobre el cuerpo y sus cambios en la adolescencia. Desde este mismo enfoque, autores como Le Breton (2002) permiten pensar el cuerpo como un lugar privilegiado de inscripción del sufrimiento subjetivo, mientras que Dartiguelongue (2014) señala su función en contextos donde la mediación simbólica se encuentra debilitada. Por otro lado, cabe mencionar el *cutting* en el contexto postpandémico por COVID-19, considerando que la pandemia mundial ha operado como un factor de intensificación de vulnerabilidades preexistentes. El aislamiento social, la ruptura de rutinas y la restricción de los lazos han sido señalados como elementos que favorecen la emergencia o el aumento de conductas autolesivas (González-Arrimada et al., 2023; Vázquez López et al., 2023). Estas condiciones refuerzan la hipótesis de que, ante la dificultad de simbolizar el malestar, el cuerpo deviene escenario de expresión, donde el acto de cortarse puede pensarse como una forma de inscripción en lo real o como un intento de delimitación frente al desborde afectivo. (Lacan, 1973/2008; Dartiguelongue, 2014)

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo se enmarca en un diseño no experimental, cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo. Se realizaron dos entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud mental —una licenciada en psicología y una médica psiquiatra— con experiencia en el abordaje clínico de adolescentes con conductas autolesivas, con el objetivo de relevar perspectivas clínicas que enriquezcan el análisis teórico.

A partir de aquí, se profundizará sobre la relevancia del *cutting*, para luego trabajar sobre la pregunta de investigación y los objetivos que guiarán la exploración de la problemática. Seguidamente, se abordará la base conceptual, incluyendo marco teórico y antecedentes recientes que hayan tratado el tema. Posteriormente, se presenta el apartado metodológico, los resultados de las entrevistas y la discusión que articulará dichos datos

con las conceptualizaciones teóricas. Finalmente, se exponen las conclusiones que pretenden dar respuesta al interrogante y objetivos planteados.

## **Justificación y Relevancia**

El presente trabajo se propone contribuir a la comprensión de las autolesiones en la adolescencia, con particular énfasis en el *cutting*, no sólo como un fenómeno clínico, sino como una manifestación situada en un entramado subjetivo y sociocultural que requiere ser problematizado. Las conductas autolesivas, como informa Fleta Zaragozano (2017) y particularmente el *cutting*, constituyen actualmente un problema relevante de salud pública.

Desde mediados del siglo XX, se ha registrado un incremento sostenido en la prevalencia de estas prácticas en población adolescente, tanto en asociación con cuadros psiquiátricos definidos —como trastornos depresivos o de la conducta alimentaria— como en presentaciones que no responden a diagnósticos categoriales claros (Fleta Zaragozano, 2017). En particular, las autolesiones no suicidas (ANS) donde se ubica el *cutting* como una de las prácticas más frecuentes, se han consolidado en la última década como un fenómeno de creciente interés clínico y académico. De acuerdo con Faura-García et al. (2021), los meta-análisis internacionales estiman una prevalencia aproximada del 17% a lo largo de la vida en adolescentes, especialmente entre los 10 y 17 años. En América Latina, si bien la producción científica resulta aún limitada, los estudios disponibles indican cifras comparables —entre el 15% y el 25%—, lo que evidencia la magnitud y extensión del problema en la región. También en Argentina, durante los últimos años, las autolesiones han adquirido una creciente relevancia en el campo de la salud mental, particularmente en población adolescente. Datos del Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (2022) indican que el 65,42% de las internaciones de menores de 18 años en CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) se vinculan con intentos de suicidio, ideación suicida o autolesiones, lo que da cuenta de la magnitud del fenómeno y de la necesidad de su abordaje, presentándose como una práctica compleja que interpela tanto a los dispositivos clínicos como a los marcos teóricos desde los cuales se intenta comprenderla. Estos datos, en conjunto, ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer estrategias de detección temprana, así como la formación de profesionales en la evaluación, comprensión y abordaje de estas conductas, promoviendo intervenciones que contemplen las particularidades culturales de las poblaciones hispanoparlantes. Su comprensión exige superar lecturas reduccionistas basadas en modelos lineales de causa-efecto, para dar lugar a enfoques que contemplen la complejidad del fenómeno, incluyendo dimensiones subjetivas, vinculares y corporales.

Además, es pertinente considerar que el comportamiento autolesivo no solo tiene implicancias inmediatas en la salud física y emocional, sino que constituye un indicador significativo de riesgo suicida en el corto plazo. En este sentido, se ha señalado que la presencia de autolesiones incrementa la probabilidad de conductas suicidas en los meses posteriores, configurándose como una señal de alarma clínica relevante (Levy y Korinfeld, 2024).

En síntesis, la relevancia del presente trabajo radica en la necesidad de abordar las autolesiones en la adolescencia, con particular énfasis en el *cutting*, más allá de su estatuto fenomenológico, interrogándolas como modos singulares de respuesta frente a un malestar que no encuentra inscripción en el orden simbólico. En un contexto caracterizado por el debilitamiento de las referencias simbólicas y la precarización de los lazos, estas prácticas pueden ser leídas como intentos de tramitación en lo real, donde el cuerpo deviene soporte de una marca allí donde la palabra resulta insuficiente (Dartiguelongue, 2014; Le Breton, 2019). Desde esta perspectiva, el *cutting* no se reduce a una conducta a erradicar, sino que se presenta como una formación que requiere ser leída en su función, en tanto posible recurso frente a un desborde pulsional. En este sentido, el recorte propuesto —centrado en la noción de cuerpo— busca aportar a una lectura que, sin desestimar la urgencia clínica, permita sostener la pregunta por el sujeto y por las condiciones de producción de estas prácticas, contribuyendo así a la construcción de intervenciones más éticamente orientadas.

## **PRESENTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo se comprende el *cutting* en la adolescencia como modalidad de inscripción del malestar psíquico sobre el cuerpo?

### **Objetivo general**

Comprender el *cutting* en la adolescencia como modalidad de inscripción del malestar psíquico sobre el cuerpo.

### **Objetivos específicos**

1. Describir las particularidades de la adolescencia en relación con el cuerpo y el malestar psíquico.
2. Analizar el *cutting* como modalidad de inscripción del malestar psíquico en el cuerpo.
3. Examinar la relación entre *cutting*, angustia y cuerpo en la adolescencia.
4. Establecer la diferencia conceptual entre *cutting* y conducta suicida.

## BASE CONCEPTUAL

El desarrollo conceptual del presente trabajo se estructura en dos componentes complementarios: por un lado el marco teórico, que reúne los aportes conceptuales para la comprensión del *cutting*; y por otro los antecedentes de investigación recientes, que permiten situar el estado actual del conocimiento sobre la temática. Esto responde a la necesidad de articular, en primer lugar, categorías teóricas que orienten la lectura del fenómeno y, en segundo, producciones contemporáneas que den cuenta de sus modos de manifestación, abordaje y problematización en distintos contextos.

### Marco Teórico

Si bien el presente trabajo se inscribe en una perspectiva psicoanalítica, resulta pertinente incorporar desarrollos contemporáneos provenientes de otros enfoques psicológicos que han demostrado eficacia clínica en el abordaje del *cutting*. Entre ellos, la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) constituye uno de los modelos con mayor evidencia empírica.

El desarrollo teórico se organiza en tres ejes que permiten abordar la complejidad del fenómeno desde diferentes niveles de análisis coherentes con los objetivos planteados. En primer lugar, se desarrollará el concepto de adolescencia considerando su función en la economía psíquica y su articulación con dimensiones como la angustia, el dolor y la dificultad de simbolización. También se analizará el *cutting* como una posible modalidad de tramitación del malestar psíquico. Para tal fin se abordará la noción de cuerpo y los procesos de constitución subjetiva desde el psicoanálisis, retomando los aportes de Sigmund Freud y Jacques Lacan, en articulación con desarrollos de Donald Winnicott y Piera Aulagnier, entre otros. El análisis con estos autores permite situar el cuerpo como una construcción que excede lo biológico, en tanto superficie de inscripción del sufrimiento subjetivo.

En segundo lugar, se trabajarán las conceptualizaciones actuales en torno a las ANS y el *cutting*, incluyendo sus definiciones, clasificaciones y diferencias con la conducta suicida. Por otro lado se hará mención al impacto en la salud mental infanto-juvenil que produjo el confinamiento por Covid-19, revisando cómo la crisis sanitaria ha impactado en la emergencia de estas conductas en los jóvenes. Finalmente, se incorporarán aportes contemporáneos que permiten pensar estas prácticas en relación con las transformaciones de la subjetividad en el contexto actual. Este recorrido no pretende agotar la amplitud del campo teórico, sino delimitar un recorte que posibilite una lectura situada del fenómeno, privilegiando la articulación entre los desarrollos conceptuales y su potencial para la comprensión clínica.

## 1. Adolescencia, el *cutting* como tramitación del malestar psíquico.

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024, párrs. 1-2)

Para Aguirre Cuevas la adolescencia constituye una tríada inseparable con el cuerpo y el padecimiento, relación íntima que conlleva una conexión inexplicable basada en el dolor, fenómeno que se manifiesta en conductas emergentes como el *cutting* o autolesión. El *cutting* se define como la lesión intencional y directa del tejido corporal sin intención suicida, y puede ser entendido como un lenguaje que utiliza el cuerpo como medio de expresión, donde el adolescente escribe en partes de su cuerpo con finos cortes a manera de códigos en lugar de palabras. (2020, pág. 91)

El autor referencia a Arminda Aberastury y Mauricio Knobel quienes sostienen que la adolescencia supone la elaboración de una serie de duelos estructurantes que permiten el pasaje hacia la adultez. Entre ellos, se destacan el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por la identidad infantil y el duelo por los padres de la infancia. Estos duelos implican pérdidas psíquicas relevantes, ya que el adolescente debe renunciar progresivamente a ciertas seguridades de la niñez para reorganizar su posición subjetiva frente a sí mismo, a los otros y al mundo. En primer lugar, el duelo por el cuerpo infantil se vincula con la irrupción de los cambios puberales, los caracteres sexuales secundarios y la resignificación de la imagen corporal. El adolescente descubre que su cuerpo ya no responde a las coordenadas infantiles y que, por lo tanto, debe elaborar un nuevo modo de habitarlo. En segundo lugar, el duelo por la identidad infantil expresa la transformación del mundo psíquico, en tanto el sujeto deja atrás representaciones y modos de ser anteriores, atravesando fluctuaciones en el estado de ánimo, en la vestimenta, en los vínculos y en la identificación con figuras significativas.

Finalmente, el duelo por los padres de la infancia introduce una tensión específica en la relación con el medio familiar. El adolescente comienza a cuestionar, criticar y relativizar la imagen idealizada de sus padres, al tiempo que exige mayor autonomía y distancia. Esta reconfiguración no está exenta de conflictos, ya que los adultos también deben desprenderse de la representación del hijo-niño para sostener el pasaje hacia una relación con un hijo joven que inicia el tránsito a la adultez. En suma, estos duelos configuran un trabajo psíquico complejo que puede expresarse, en determinadas circunstancias, a través de síntomas o conductas de riesgo (Aguirre Cuevas, 2020).

Por su parte, Grassi (2010) concibe a la adolescencia como un período de reorganización psíquica en el que la subjetividad debe afrontar la irrupción de lo puberal y procesar sus efectos sobre el cuerpo, las

identificaciones y los vínculos. No se trata simplemente de una etapa etaria, sino de un tiempo de trabajo elaborativo en el que lo nuevo desordena la organización previa y exige nuevas formas de inscripción subjetiva. En este sentido, la adolescencia supone una transformación estructural de la posición del sujeto frente a sí mismo, a los otros y a su historia. (Grassi, 2010)

Desde esta perspectiva, el autor entiende que el devenir adolescente implica un movimiento de desorden y reorganización que compromete tanto la imagen corporal como los lazos familiares, generacionales y sociales. La pubertad introduce cambios que obligan al sujeto a revisar sus identificaciones infantiles, a tramitar duelos y a producir nuevos arreglos psíquicos capaces de sostener la emergencia de una subjetividad renovada. Por ello, la adolescencia puede pensarse como un proceso de constitución subjetiva atravesado por tensiones, pérdidas y reacomodamientos, más que como una simple transición cronológica. (Grassi, 2010).

Esta conceptualización resulta especialmente pertinente para el estudio del *cutting*, en tanto permite comprender las autolesiones como posibles manifestaciones de un malestar que emerge cuando el trabajo psíquico adolescente encuentra obstáculos en su elaboración simbólica. Desde esta lectura, el cuerpo puede devenir superficie de inscripción de aquello que no logra ser dicho, y las marcas corporales pueden ser interpretadas como intentos de tramitar una experiencia subjetiva desbordante en un momento en que la reorganización psíquica se encuentra en curso. (Grassi, 2010).

### **1.1. Noción de cuerpo y procesos de constitución subjetiva**

La reflexión sobre el cuerpo en la adolescencia requiere también un abordaje teórico que trascienda la dimensión puramente biológica. En este punto, el aporte de Sigmund Freud resulta fundamental, aun cuando no haya formulado una definición cerrada de cuerpo. En su teoría, la noción de pulsión establece un límite entre lo somático y lo psíquico, de manera que permite pensar el cuerpo no solo como simple organismo, sino como una construcción inscrita en la vida psíquica del sujeto (Aguirre Cuevas, 2020).

En continuidad con esta línea, Aulagnier plantea que junto al cuerpo biológico existe otra dimensión corporal ligada a la información sensorial y a las condiciones necesarias para el surgimiento de lo psíquico. Desde esta perspectiva, el cuerpo no es únicamente un soporte anatómico, sino un organizador de experiencias, percepciones y afectos que participan en la constitución del sujeto. Por ello, el cuerpo del adolescente no puede ser reducido a su materialidad orgánica, ya que se encuentra investido de significaciones, deseos, conflictos y marcas simbólicas (Castoriadis Aulagnier, 1977).

Asimismo, la formulación lacaniana permite complejizar esta concepción al destacar la relación del cuerpo con el lenguaje, el Otro y la estructura simbólica. En la adolescencia, el cuerpo queda atravesado por la exigencia de ser visto, nombrado y reconocido, y ello lo convierte en un lugar de exposición privilegiada.

En consecuencia, los modos de uso del cuerpo —incluidas ciertas marcas, modificaciones o agresiones— pueden ser leídos como intentos de tramitar aquello que no logra ser elaborado por la palabra (Lacan, 1962-1963).

Freud (1905) sostiene que la llegada de la pubertad marca cambios que permiten que la vida sexual infantil alcance su configuración adulta definitiva. Señala que, con ese proceso, se producen dos transformaciones clave: las fuentes de excitación sexual pasan a subordinarse al predominio genital y se concreta el hallazgo de objeto. La pulsión sexual, que hasta entonces se presentaba de modo autoerótico y sin un objeto estable, encuentra durante la pubertad su objeto sexual; así, la nueva meta sexual desplaza a las zonas erógenas parciales, que quedan subordinadas al primado genital. En ese período también se establece la diferencia entre los sexos y “la separación tajante entre el carácter masculino y el femenino”.

Psíquicamente, este hallazgo del objeto puede entenderse como un reencuentro preparado desde la primera infancia, cuando la primera satisfacción sexual se vincula a la nutrición; para Freud, la succión del pecho materno funciona como paradigma de todo vínculo amoroso. Además, uno de los logros psíquicos más relevantes de la pubertad es el distanciamiento respecto de la autoridad parental. En *Sobre la psicología del colegial* (1914) Freud pone el acento en la pérdida del primer ideal, fenómeno que impulsa en el joven cuestionamientos y críticas hacia sus figuras primordiales y abre paso a la formación de sustitutos del padre. Finalmente, Freud advierte que, así como en otros procesos en que el organismo debe articular nuevos enlaces y composiciones más complejas, estos reordenamientos en la pubertad pueden dar lugar a perturbaciones patológicas si su transformación se irrumpe (Freud, 1905).

Desde los desarrollos freudianos, el cuerpo no se reduce a su dimensión biológica, sino que se configura como una superficie de inscripción donde se alojan marcas, significaciones y modos singulares de tramitación del malestar. Freud (1905) lo expresa con el concepto de cuerpo erógeno; que se construye, atravesado por la pulsión desde sus inicios. En *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), introduce la noción de zonas erógenas, señalando que el cuerpo se organiza a partir de fuentes parciales de excitación ligadas a funciones corporales. De este modo, el cuerpo se configura como un espacio investido libidinalmente, en estrecha relación con las primeras experiencias de satisfacción. En el estado inicial, el infans no dispone de una unidad corporal, sino que vivencia su cuerpo de manera fragmentada. Posteriormente, Freud (1914) desarrollará la noción de narcisismo y será a partir de un nuevo acto psíquico —ligado al narcisismo— que se constituya una imagen unificada del yo, en tanto instancia corporal (Freud, 1914). Dicho proceso supone la investidura libidinal del propio cuerpo, dando lugar a la constitución del yo como yo corporal. Esta unificación no es originaria ni natural, sino el resultado de una construcción psíquica que encuentra en la teoría lacaniana una formalización precisa (Lacan, 1949).

En el estadio del espejo, Lacan (1949) plantea que la unidad del cuerpo es efecto de una identificación imaginaria con una imagen exterior, mediada por la mirada del Otro. Es en este punto donde la noción de mirada adquiere relevancia estructural: el sujeto se reconoce en tanto es visto, quedando su imagen corporal

ligada a un campo de alteridad que la sostiene y, al mismo tiempo, la desestabiliza. En una línea convergente, Aulagnier (1975) plantea que la constitución subjetiva implica un proceso de apropiación de los enunciados del Otro, y que cuando este proceso se ve obstaculizado, pueden surgir modos de acción que intentan suplir la imposibilidad de simbolizar la experiencia. Por su parte, Winnicott (1960) introduce la noción de integración psique-soma, señalando que el sentimiento de continuidad del *self* depende de experiencias tempranas de sostén ambiental. Es decir, cuando estas condiciones fallan, pueden emerger conductas orientadas a restituir un sentido de realidad corporal.

Lo previamente expuesto se articula directamente con los desarrollos freudianos en torno a la angustia, entendida como la respuesta ante un exceso de excitación que no logra ser tramitado psíquicamente (Freud, 1926). En este sentido, el recurso al cuerpo puede pensarse como una tentativa de transformación de ese exceso en una experiencia acotada. Por su parte, Lacan (1962-1963) situaba este afecto en relación con el deseo del Otro y con la irrupción de lo real, particularmente cuando el sujeto se confronta con la posibilidad de ocupar el lugar de objeto. Desde esta perspectiva, las intervenciones sobre el cuerpo pueden leerse como intentos de reinscripción frente a aquello que no encuentra lugar en el orden simbólico. En este marco, el problema del dolor adquiere una centralidad específica.

Tal como plantea Le Breton (2002), el dolor no se reduce a una dimensión fisiológica, sino que constituye una experiencia atravesada por significaciones culturales, sociales y subjetivas. En determinados casos, el sufrimiento excede las posibilidades del lenguaje y se sitúa en el registro de lo indecible, es decir, de aquello que no logra ser representado ni comunicado mediante la palabra. Cuando esto ocurre, el cuerpo puede convertirse en el lugar donde ese malestar encuentra una forma de inscripción. Desde esta perspectiva, el dolor corporal puede operar como una modalidad de traducción de un sufrimiento psíquico difuso, permitiendo transformar una experiencia amorfa en una sensación localizada, delimitada y, en cierta medida, controlable. Asimismo, Le Breton (2002) señala que ciertas prácticas corporales adquieren un carácter ritual en tanto organizan la experiencia subjetiva a través de la repetición, introduciendo un orden frente al caos emocional. Desarrollos más recientes del autor permiten profundizar la comprensión del lugar del cuerpo en la contemporaneidad planteando que, en un contexto caracterizado por la fragmentación de las referencias simbólicas y las denominadas “identidades estalladas”, el cuerpo se constituye en un territorio privilegiado de reconstrucción del sí mismo (Le Breton, 2017). En este marco, las intervenciones corporales no se reducen a actos de descarga o regulación, sino que pueden leerse como intentos de reinscripción subjetiva frente a la inestabilidad identitaria. En otros términos, a través del dolor y la marca, el sujeto no solo busca dar forma a su sufrimiento, sino también producir un anclaje que le permita afirmarse ante la mirada del otro y reinscribirse en el lazo social cuando los soportes tradicionales han fallado. De este modo, el cuerpo se configura como un espacio activo de reconfiguración del yo, particularmente relevante en la adolescencia, donde las transformaciones corporales y las exigencias de construcción identitaria se intensifican. Y así, el pasaje del dolor a la marca no solo implica una traducción del sufrimiento, sino también un intento de recomposición

subjetiva en el marco de las condiciones contemporáneas. En línea con estos desarrollos, Dartiguelongue (2014) postula cómo la autolesión puede constituirse como una respuesta frente a una angustia vivida como insoportable, sin mediación de la palabra. En estas experiencias, el acto sobre el cuerpo aparece como una descarga frente al desborde y el desamparo, configurándose como un recurso disponible cuando otras vías de simbolización se encuentran obturadas.

## **1.2 Adolescencia y cutting: de lo indecible a lo inscripto**

La adolescencia constituye un momento de profunda transformación subjetiva, en el que se produce una reorganización pulsional e identificatoria que exige nuevas formas de tramitación del malestar (Scalozub, 2007). Este proceso implica, entre otros aspectos, la elaboración de un duelo por el cuerpo infantil y la apropiación simbólica de un cuerpo sexuado que irrumpe con intensidad. En este tránsito, es frecuente que el adolescente experimente el cuerpo como ajeno o extraño, lo que conlleva un esfuerzo psíquico significativo para integrar las transformaciones corporales y los conflictos que de ellas se derivan. Es decir, la consistencia imaginaria del cuerpo puede debilitarse, dejando al sujeto expuesto a un desborde que no encuentra anclaje simbólico suficiente (Scalozub, 2007).

Ahora bien, estos procesos no se desarrollan en el vacío, sino en el marco de condiciones socioculturales específicas que inciden en los modos de subjetivación. Tal como señala Tubert (1996), la crisis de los grandes relatos y la disolución de referencias simbólicas estables configuran un escenario en el que la identidad se vuelve más precaria y fragmentaria. En esta misma línea, Lipovetsky (1990) describe una cultura atravesada por la lógica del consumo, la exhibición y la inmediatez, donde la identidad se construye como un proyecto permanente, fuertemente mediado por la mirada del Otro. En un contexto global caracterizado por el avance del neoliberalismo, la fragmentación de los lazos sociales y el debilitamiento de las referencias colectivas, tal como plantea Bower (2016), predominan formas de vida atravesadas por la segregación, la indiferencia y el desamparo del Otro. Bajo estas coordenadas, el sujeto tiende a replegarse desde el campo de la palabra hacia el cuerpo, que se configura como una vía privilegiada de expresión del malestar. Sin embargo, este desplazamiento no implica una exterioridad respecto de la cultura, ya que el cuerpo mismo se encuentra atravesado por normas, ideales y exigencias propias de la época. En este marco, emergen modos contemporáneos de intervención sobre el cuerpo —como el marcado, la perforación o el corte— que dan cuenta de nuevas formas de relación con el sufrimiento. Estas prácticas pueden ser leídas como signos de época en una sociedad donde la violencia hacia el otro tiende a ser sancionada, mientras que las formas de autoagresión se vuelven cada vez más frecuentes, especialmente entre los jóvenes (Bower, 2016). Así, las autolesiones configuran un campo heterogéneo que no puede ser comprendido de manera unívoca, en tanto cada modalidad implica una operatoria psíquica singular y una forma particular de relación con el Otro.

Los aportes de De Luca (2016) permiten profundizar la comprensión de las prácticas autolesivas en la adolescencia, situándolas también en relación con la fragilidad narcisista propia de este período. La autora

señala que estas pueden funcionar como intentos de construir límites corporales y psíquicos en un momento en el que la imagen del cuerpo se encuentra inestable. Asimismo, introduce la relevancia del afecto de la vergüenza, entendida como la expresión de la dificultad del yo para integrar las transformaciones puberales, lo que genera una sobrecarga pulsional que puede encontrar en el acto una vía de descarga. En este sentido, estas prácticas no sólo operan como alivio, sino también como intentos de reafirmación identitaria frente a la desorganización subjetiva. En suma, como consecuencia de esta fragilidad identificatoria, el recurso al *cutting* puede entenderse como una operación cargada de sentido, en la que el sujeto intenta inscribir, delimitar o tramitar un malestar que no encuentra lugar en la palabra, y no meramente como un comportamiento disruptivo (Scalozub, 2007; De Luca, 2016).

## **2. Cutting como autolesión no suicida. Especificidad clínica y diferencia con la conducta suicida**

Las ANS se definen como conductas deliberadas de daño corporal sin intención letal, lo que permite diferenciarlas de los intentos de suicidio, aunque ambas prácticas puedan compartir factores de riesgo y coexistir en algunos casos (Faura-García et al., 2021). Dentro de estas manifestaciones, el *cutting* se presenta como una de las formas más frecuentes, y consiste en la realización de cortes sobre la piel mediante objetos punzantes o filosos. Si bien se trata de una práctica corporalmente visible, su sentido clínico no puede reducirse a esta dimensión. Como explican Faura-García et al. (2021), diversos estudios señalan que las ANS —incluido el *cutting*— cumplen funciones intrapsíquicas, principalmente vinculadas a la regulación de estados emocionales intensos, así como funciones interpersonales asociadas a la comunicación del malestar, la búsqueda de contención y la delimitación de los vínculos. En este sentido, el *cutting* puede ser comprendido como estrategia para afrontar experiencias subjetivas que el adolescente no logra simbolizar ni tramitar mediante recursos psíquicos más elaborados. De este modo, la acción sobre el cuerpo permite aliviar tensiones internas, recuperar una sensación de control o interrumpir estados de vacío, disociación o angustia. Sin embargo, por más que esta práctica puede resultar funcional en el corto plazo, su repetición tiende a consolidar circuitos que dificultan la elaboración simbólica del sufrimiento. Faura-García et al. (2021) señalan como factores centrales en la etiología y mantenimiento de las ANS la dificultad en la regulación emocional, la impulsividad, la sensibilidad interpersonal y la vulnerabilidad al estrés, en interacción con experiencias adversas tempranas y contextos relacionales invalidantes. En este marco, el *cutting* puede comprenderse como un recurso extremo que, aun cuando produce un alivio inmediato, no modifica las condiciones estructurales del malestar.

Como señala la American Psychiatric Association (2014), resulta necesario diferenciar las autolesiones no suicidas de las conductas suicidas. En las primeras, entre las que se incluye el *cutting*, el daño corporal es infligido deliberadamente sin intención de morir, mientras que las conductas suicidas implican la presencia de algún grado de intención suicida. El *DSM-5* incorpora ambas categorías en la Sección III —

Autolesión No Suicida (Non-Suicidal Self-Injury) y Trastorno de Conducta Suicida (Suicidal Behavior Disorder)— como condiciones que requieren mayor investigación, reconociendo que se trata de fenómenos clínicamente diferenciados (American Psychiatric Association, 2014).

Como se dijo anteriormente, el *cutting* puede ser comprendido como una modalidad específica de autolesión en la que el sujeto produce cortes en su cuerpo sin intención suicida. Aguirre Cuevas (2020) lo define como una práctica creciente entre adolescentes y jóvenes que consiste en lesionarse de manera compulsiva, generalmente en brazos, antebrazos, muslos, abdomen o piernas. Esta práctica no debe interpretarse de manera simplista como búsqueda de atención o manipulación, por el contrario, puede pensarse como un modo de expresión somática frente a la imposibilidad de simbolizar el malestar psíquico. (Aguirre Cuevas, 2020).

Desde esta perspectiva, el *cutting* funciona como una forma de traducir el dolor emocional en dolor físico, ya que este último puede percibirse como más concreto, visible y controlable. La lesión en la piel opera entonces como una superficie de descarga que momentáneamente alivia la tensión interna, aunque a costa de mantener o intensificar la problemática subjetiva de base. Por ello, el fenómeno debe ser abordado desde una clínica que considere la singularidad del sujeto y la función que la autolesión cumple en su economía psíquica (Mosquera, 2008; Castro & Troncoso, 2005; Aguirre Cuevas, 2020).

Ahora bien, desde una perspectiva psicoanalítica, reducir el *cutting* a una estrategia de regulación afectiva resultaría insuficiente (Angel Valencia, 2014). Desde este enfoque, dichas prácticas pueden ser leídas como operaciones que inciden sobre la consistencia imaginaria y simbólica del cuerpo. Desde la enseñanza de Lacan (1962-1963), la autolesión puede ser pensada en términos de pasaje al acto, en tanto operación que implica una ruptura con el orden simbólico y una caída fuera de la escena, donde el sujeto queda reducido a la condición de objeto. En este movimiento, el cuerpo se convierte en el lugar privilegiado de intervención, funcionando como soporte de una marca que intenta producir consistencia allí donde el significante falla. A diferencia del *acting out* —entendido como una puesta en escena dirigida al Otro que permanece inscripta en el campo simbólico y que puede leerse como un mensaje cifrado en busca de reconocimiento o respuesta— el pasaje al acto supone una salida radical de la escena, en la que el sujeto no apela al Otro, sino que se sustrae de él. Es decir, mientras que en el *acting out* la acción conserva su dimensión comunicativa, en el pasaje al acto se trata de una irrupción que no admite reinscripción en la palabra, presentándose como una tentativa de resolución inmediata de una angustia que no logra ser tramitada simbólicamente. En la clínica de las autolesiones, y en particular del *cutting*, esta distinción permite situar la heterogeneidad de la práctica, en algunos casos, el corte puede funcionar como una escena dirigida a la mirada del Otro, inscribiéndose en una lógica de mostración o demanda; en otros, en cambio, se configura como un pasaje al acto en el que el sujeto se arroja fuera del campo simbólico, utilizando el cuerpo como único recurso frente a un exceso que irrumpe en lo real y no encuentra vía de elaboración en el lenguaje. En articulación con ello, la noción de goce (Lacan,

1959-1960) permite situar que estas prácticas no responden únicamente a la búsqueda de alivio, sino también a una dimensión de exceso que insiste más allá del principio de placer (Freud, 1920) y que encuentra en el cuerpo una vía de localización. Asimismo, la función lacaniana del Nombre del Padre —en tanto operador simbólico que introduce la ley y organiza el deseo— resulta clave para pensar los procesos de estructuración subjetiva (Lacan, 1955-1956). Su debilitamiento o falla puede dejar al sujeto sin referencias estables para tramitar el malestar, incrementando la vulnerabilidad frente a experiencias de desborde (Lacan, 1955-1956). En este contexto, el *cutting* puede aparecer como un intento de suplencia frente a la caída de estos anclajes simbólicos. Como se ha desarrollado previamente, Lacan (1960) plantea que, cuando el lenguaje no logra tramitar un exceso, el acto puede funcionar como una forma de inscripción en lo real. Así, el corte en la piel puede pensarse como una marca que intenta producir un borde allí donde el límite subjetivo se presenta como inestable. Por su parte, Reyes Rodríguez (2023) analiza la contemporaneidad en articulación con los conceptos lacanianos de goce, acting out y pasaje al acto, examinando cómo el discurso capitalista contemporáneo incide en la subjetividad adolescente al promover activamente el goce del cuerpo como un objeto de consumo. Refiere a que, ante la insuficiencia de los recursos simbólicos para tramitar la angustia, los cortes en la piel pueden operar como una descarga pulsional que busca un alivio inmediato frente a intensidades que resultan intolerables para el sujeto. Así, la autora establece una distinción teórica fundamental al situar el *cutting* como una modalidad de acting out: una puesta en escena en la dimensión de la acción dirigida al Otro; el acto funciona como un mensaje que intenta mostrar algo, constituyendo un llamado que demanda una interpretación o una respuesta ante el malestar.

Los desarrollos de Dartiguelongue (2014) contribuyen aún más a precisar la especificidad clínica del *cutting* dentro del campo de las ANS. Propone que el *cutting* puede operar como una “boca en la piel”, en tanto modo de dar forma a un malestar que no encuentra vía de simbolización. De este modo, el *cutting* se configura como una modalidad de inscripción que transforma un sufrimiento indecible en una marca visible, permitiendo localizar en el cuerpo aquello que no logra ser elaborado en el discurso. La autora subraya la importancia de diferenciar estas prácticas de aquellas orientadas a la muerte destacando que, en el *cutting*, la ausencia de intencionalidad suicida no implica ausencia de gravedad, sino la presencia de una lógica subjetiva particular. En este marco, propone pensar el corte como un recurso de restitución subjetiva frente a la angustia, en tanto permite transformar un estado afectivo difuso en una experiencia corporal localizada. La formulación de la “boca en la piel” adquiere aquí su valor clínico, al dar cuenta de un intento de inscripción en lo real de aquello que no ha encontrado lugar en el lenguaje. Asimismo, señala que estas prácticas pueden operar como modos de regulación emocional y de recuperación de un sentido de control, articulando así dimensiones intrapsíquicas y corporales en un mismo movimiento. En esta misma línea, los aportes de Ángel Valencia (2014) permiten profundizar la comprensión del fenómeno al cuestionar las lecturas meramente descriptivas provenientes de la psiquiatría, que tienden solo a clasificar al *cutting* sin considerar su dimensión subjetiva. El autor plantea que estas prácticas no pueden reducirse a una conducta observable ni a un síntoma aislado, sino que deben ser entendidas como una forma en la que el sujeto se expresa a través del cuerpo cuando otros

recursos de simbolización resultan insuficientes. En este sentido, las autolesiones —y particularmente el *cutting*— implican una finalidad que trasciende lo conductual, en tanto se orientan al alivio de tensiones emocionales o psíquicas que no logran ser tramitadas por la vía de la palabra. De este modo, se refuerza la idea de que el acto autolesivo comporta una dimensión simbólica, en la medida en que pone en juego un intento de dar forma y tratamiento a un malestar que permanece, en gran medida, en el registro de lo inconsciente.

Retomando aportes de Le Breton (2019) también se puede comprender al *cutting* desde una lectura antropológica y sociocultural del cuerpo. El autor plantea que el cuerpo no constituye únicamente un soporte biológico sino un verdadero escenario de inscripción de la experiencia, donde la piel funciona como un registro visible de la historia subjetiva. En este sentido, las marcas corporales pueden ser leídas como formas de escritura que condensan vivencias, afectos y modos de relación con el mundo. Asimismo, sugiere que estas intervenciones sobre la piel pueden entenderse como intentos de recuperar un sentido de agencia en contextos caracterizados por la incertidumbre y la fragilidad de las referencias simbólicas. Para los adolescentes, el acto de marcar el propio cuerpo puede operar como una forma de apropiación, permitiendo reinscribir un margen de control sobre la propia existencia frente a experiencias de desborde o desorganización subjetiva (Le Breton, 2019). El autor destaca que el dolor y la marca no sólo cumplen una función intrapsíquica, sino también relacional, en tanto pueden constituirse como modos de afirmación ante la mirada del Otro y como intentos de inscripción en un lazo social percibido como fragmentado. Desde este enfoque, las prácticas corporales adquieren un valor que excede lo individual-médico, al inscribirse en tramas culturales donde el cuerpo deviene un medio privilegiado para producir sentido, sostener una identidad y buscar formas de pertenencia.

En suma, los autores revelan que, en la clínica psicoanalítica contemporánea, estas modalidades de intervención sobre el cuerpo no se reducen a categorías diagnósticas tradicionales, sino que expresan formas singulares de tramitación del malestar en contextos donde las referencias simbólicas resultan inestables. En este sentido, el *cutting* puede comprenderse como una de las expresiones actuales en las que la palabra no logra alojar la experiencia, entonces la marca en la piel emerge como un intento de escritura, un modo de delimitar, hacer existir y dar forma a aquello que, de otro modo, permanecería sin representación (Dartiguelongue, 2014; Lacan, 1960; Le Breton, 2019). Por lo tanto, si el *cutting* condensa múltiples funciones psíquicas - regulación afectiva, intento de simbolización, delimitación corporal y tramitación de la angustia en un contexto específico- esta complejidad exige abordajes clínicos que superen perspectivas reduccionistas y consideren la articulación entre cuerpo, subjetividad y vínculo.

### **3. El contexto pospandémico: desborde pulsional y exposición virtual**

La pandemia por COVID-19 puede ser comprendida como un acontecimiento traumático colectivo que impactó de manera particular en la subjetividad adolescente, al inscribirse sobre un momento estructuralmente sensible del desarrollo psíquico (Freidin y Calzetta, 2022; González-Arrimada et al., 2023).

La pubertad y la adolescencia implican, como se ha señalado, un trabajo intensivo de reinscripción subjetiva, en el que los cambios corporales desbordan las representaciones previas y exigen nuevas formas de simbolización. Sin embargo, como indican Freidin y Calzetta (2022), las condiciones de subjetivación durante la pandemia se vieron profundamente alteradas, configurando un campo de tensiones entre el incremento del malestar psíquico y la transformación de los modos de lazo social. Al respecto del tema, proponen pensar los efectos del aislamiento en términos de un desborde cuantitativo de la excitación psíquica, que puede adquirir dos modalidades. Por un lado, lo tóxico, entendido como el aumento de excitaciones internas que no logran acceder a la representación ni a vías de descarga, acumulándose hasta desbordar la capacidad elaborativa del psiquismo. Por otra parte, lo traumático, referido a la irrupción de estímulos externos súbitos e intensos que exceden los recursos ligadores del aparato psíquico, generando una vivencia de desorganización. En ambos casos, se trata de un exceso que no logra ser tramitado simbólicamente. Ante esta invasión de angustia, y en un contexto donde las mediaciones simbólicas se encuentran debilitadas, el adolescente puede recurrir al cuerpo como recurso para intentar restablecer un límite frente al desborde. En este sentido, cuando fallan los procesos de simbolización, emergen defensas más primitivas que pueden dar lugar a manifestaciones clínicas centradas en el cuerpo, entre ellas las autolesiones (Freidin & Calzetta, 2022). Así, el cuerpo aparece como un soporte donde se intenta inscribir aquello que no ha podido ser ligado psíquicamente.

De manera simultánea, la pandemia produjo una transformación radical en los modos de construcción de la subjetividad a partir de la centralidad adquirida por las tecnologías digitales. Tal como plantea Sujoy (2022), las denominadas tecno-culturas operaron como un agente “colonizador” de los procesos psíquicos, en tanto la mediación casi exclusiva de las pantallas desplazó la construcción de la subjetividad hacia un espacio externo al propio aparato psíquico. En este contexto, el yo requiere exponerse y sostenerse en la mirada de otros virtuales que proveen sentidos, validación y reconocimiento. Este proceso puede pensarse a partir de la noción de extimidad, que refiere a la puesta en escena de lo íntimo en el espacio público (Sujoy, 2022). Como consecuencia, durante la pandemia, la vida psíquica del adolescente —sus emociones, vínculos y experiencias— tendió a desplazarse hacia el espacio virtual, donde adquiere existencia en la medida en que es vista, comentada o validada por otros. De este modo, la subjetividad se construye en una tensión constante entre lo interno y lo externo, donde la mirada del Otro adquiere una centralidad aún mayor. A su vez, la lógica de la simultaneidad propia del entorno digital introduce modificaciones en el funcionamiento psíquico, promoviendo la inmediatez y dificultando los procesos de elaboración que requieren temporalidad. La exigencia de respuestas rápidas y la sobreexposición a estímulos múltiples pueden obstaculizar la posibilidad de tramitar los conflictos mediante procesos simbólicos más elaborados, favoreciendo respuestas impulsivas o actuaciones sobre el cuerpo (Sujoy, 2022). Por lo tanto, la subjetivación adolescente en el contexto de pandemia puede pensarse como el resultado de una tensión entre un espacio interno saturado por afectos no simbolizados y un espacio externo digital que exige una performance constante. De allí que la pérdida o debilitamiento de los espacios exogámicos tradicionales —como la escuela, los grupos de pares presenciales y otros dispositivos de socialización— redujo las posibilidades de elaboración compartida del malestar, al

tiempo que las redes sociales ofrecieron un escenario de inscripción alternativo, aunque no siempre suficiente para su tramitación. En este marco, cuando la hiperestimulación y el desborde afectivo exceden la capacidad de metabolización psíquica, el recurso al cuerpo —y en particular prácticas como el *cutting*— puede aparecer como una tentativa de restablecer un límite. En definitiva, la marca en la piel se configura como un intento de inscripción frente a la incertidumbre, una operación que busca delimitar un borde concreto en un yo que se percibe fragmentado e inestable, especialmente en relación con la mirada del Otro en el espacio virtual (Sujoy, 2022; Freidin & Calzetta, 2022).

En continuidad con estos desarrollos, resulta necesario considerar las particularidades del escenario pospandémico como un segundo tiempo en los procesos de subjetivación adolescente. En este sentido, Lardizábal et al. (2023) proponen comprender la pospandemia como un momento de reflexión y reparación tras la fase de urgencia sanitaria, en el que comienzan a manifestarse de manera más evidente los efectos subjetivos del período previo. Entre sus principales observaciones, destacan un aumento significativo de la demanda asistencial en el sistema de salud mental, especialmente en niños y adolescentes que vieron interrumpidos procesos fundamentales como la escolarización y la socialización en momentos clave de su desarrollo. Asimismo, señalan la presencia de dificultades vinculares persistentes, con adolescentes que permanecen retraídos en el ámbito familiar y presentan obstáculos para reinsertarse en espacios colectivos, generando en los y las jóvenes un malestar ante la reanudación de la vida social. A ello se suman duelos atravesados por características traumáticas —marcados por la imposibilidad de despedida y la falta de elaboración simbólica— que complejizan aún más los cuadros clínicos. Frente a este escenario, los autores subrayan la necesidad de generar nuevos dispositivos de intervención que recuperen la dimensión grupal y colectiva como vía privilegiada para la recomposición del lazo social. De este modo, la postpandemia no solo evidencia las huellas del aislamiento, sino que también plantea el desafío de construir condiciones que habiliten nuevas formas de inscripción subjetiva en el entramado social.

#### **4. La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) como aporte al abordaje del cutting**

La Terapia Dialéctica Conductual, conocida por sus siglas DBT, es un tratamiento psicoterapéutico desarrollado por Marsha Linehan para abordar problemas graves de desregulación emocional, especialmente en personas con conductas suicidas y autolesivas. Su propuesta central se basa en un equilibrio dialéctico entre dos procesos que suelen parecer opuestos: la aceptación de la experiencia actual de la persona y el cambio de conductas que resultan desadaptativas. Desde esta perspectiva, la DBT no busca únicamente reducir síntomas, sino ayudar a construir una vida que valga la pena ser vivida. (Linehan, 2015)

En el planteo de Linehan, la DBT se organiza como un programa de tratamiento integral que combina psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades, orientación telefónica y consulta para terapeutas. Esta estructura refleja la idea de que el cambio psicológico no depende sólo del espacio individual, sino también del aprendizaje activo de habilidades concretas para afrontar crisis, regular emociones y mejorar la relación

con los demás. Por eso, la DBT se diferencia de otros enfoques psicoterapéuticos por su énfasis en la enseñanza sistemática de competencias para la vida cotidiana. (Linehan, 2015)

Uno de los aportes más relevantes de la DBT es que comprende la conducta autolesiva como una respuesta vinculada a la vulnerabilidad emocional y a entornos invalidantes. En este sentido, la terapia parte de la validación de la experiencia subjetiva de la persona, sin dejar de promover estrategias de cambio. Para poblaciones adolescentes, esta mirada resulta especialmente pertinente, ya que el *cutting* suele expresarse como una forma de regular un malestar intenso, comunicar dolor psíquico o intentar reducir estados emocionales abrumadores. La DBT ofrece, así, herramientas orientadas a reemplazar conductas de riesgo por formas más funcionales de afrontamiento. (Linehan, 2015)

La propuesta de Linehan organiza el aprendizaje en cuatro grandes grupos de habilidades: mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal. Estas habilidades permiten desarrollar mayor conciencia del presente, sostener situaciones de crisis sin recurrir a respuestas impulsivas, comprender y modular las emociones, y construir vínculos más eficaces. En adolescentes con autolesiones, este conjunto de recursos puede resultar particularmente valioso porque apunta tanto a la reducción de la conducta problemática como al fortalecimiento de capacidades psicológicas protectoras. (Linehan, 2015). Resulta entonces fundamental definir las cuatro habilidades centrales de la DBT:

**Mindfulness:** en el contexto de la DBT, se define como la habilidad de desarrollar una conciencia plena y deliberada del presente, característica fundamental que permite a la persona observar, describir y participar en la experiencia actual sin juzgarla. Esta habilidad implica aprender a estar presente en el momento actual, atendiendo intencionalmente a lo que ocurre en el interior y en el exterior sin reaccionar automáticamente ni evaluar críticamente la experiencia. Para adolescentes con conductas autolesivas como el *cutting*, el mindfulness facilita la capacidad de reconocer los estados emocionales y los impulsos antes de actuar sobre ellos, creando un espacio de conciencia que interrumpe la respuesta automática de autolesión. La práctica de mindfulness enseña a aceptar la experiencia tal como se presenta, reduciendo la tendencia a evitar o suprimir emociones dolorosas que frecuentemente desencadena la conducta autolesiva (Linehan, 2015).

**Tolerancia al malestar:** el desarrollo de esta habilidad permite al adolescente sostener situaciones de crisis, dolor emocional o malestar intenso sin recurrir a respuestas impulsivas, evitativas o desadaptativas como el *cutting*. Esta competencia no busca eliminar o cambiar el dolor emocional, sino desarrollar la capacidad de permanecer con él sin que éste domine la conducta ni genere acciones dañinas. En adolescentes que realizan *cutting*, la tolerancia al malestar ofrece recursos para enfrentar momentos de crisis emocional sin recurrir a la autolesión como estrategia de regulación, comprendiendo que el dolor es temporal y puede ser sostenido sin necesidad de actuar sobre él. Las técnicas de tolerancia al malestar incluyen estrategias como la distracción consciente, la autocompasión, la mejora del momento presente y la valoración de los aspectos positivos, todas orientadas a incrementar la resistencia al dolor emocional sin dañarse (Linehan, 2015).

**Regulación emocional:** se define como la habilidad que permite comprender, identificar y modular las emociones, desarrollando mayor capacidad para discernir qué emoción se experimenta, cuándo se experimenta y cómo se expresa. Esta competencia implica aprender a reconocer las señales corporales y cognitivas que anticipan las emociones, nombrarlas con precisión y aplicar estrategias para modificar la intensidad o duración de las respuestas emocionales cuando son desadaptativas. Para adolescentes que practican *cutting*, la regulación emocional es fundamental porque la autolesión suele funcionar como un intento fallido de regular emociones abrumadoras que no pueden ser toleradas o comprendidas. Las estrategias de regulación emocional incluyen la identificación de funciones de las emociones, la reducción de la vulnerabilidad emocional mediante el cuidado de las necesidades básicas, la exposición a emociones positivas y la aplicación de acciones opuestas a la impulsión emocional inicial (Linehan, 2015).

**Efectividad interpersonal:** constituye la habilidad que permite construir vínculos más eficaces, comunicando necesidades, deseos y límites de manera clara, respetuosa y adaptada al contexto relacional, sin comprometer la propia dignidad ni la de los demás. Esta competencia implica aprender a interactuar con las demás personas de manera que se maximizan los resultados positivos y se minimizan los conflictos, aprendiendo a pedir lo que se necesita, decir no cuando es apropiado y manejar los conflictos relacionales sin recurrir a conductas desadaptativas. En adolescentes que realizan *cutting*, la efectividad interpersonal es especialmente relevante porque la autolesión suele funcionar como una forma de comunicar dolor psíquico que no puede ser expresado verbalmente o como respuesta a dificultades en los vínculos relacionales. Las técnicas de efectividad interpersonal incluye aprender a hacer preguntas efectivas, declarar aseveraciones, validar a las demás personas mientras se mantiene la propia posición y manejar las relaciones de manera que se fortalezcan los vínculos significativos (Linehan, 2015).

Desde una perspectiva teórica y clínica, la DBT aporta un marco especialmente útil para pensar el *cutting* en la adolescencia, ya que no reduce la autolesión a una simple conducta disruptiva, sino que la ubica dentro de un proceso más amplio de sufrimiento emocional y dificultades de regulación. Su valor reside en articular validación, aprendizaje de habilidades y compromiso con el cambio, lo que la convierte en una intervención de gran relevancia para el abordaje de jóvenes con alta vulnerabilidad afectiva. (Linehan, 2015)

Ramírez Henderson y Vargas Madriz (2012) coincidirán en que la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) constituye un aporte relevante para el abordaje del *cutting* en la adolescencia, en tanto comprende la autolesión no como una conducta aislada o meramente disruptiva, sino como una respuesta funcional dentro de un contexto de elevada desregulación emocional e invalidación ambiental (Ramírez Henderson & Vargas Madriz, 2012).

Desde este abordaje, la intervención se orienta a equilibrar la aceptación de la experiencia subjetiva del adolescente con la promoción de cambios conductuales concretos, favoreciendo así formas más adaptativas de afrontamiento frente al malestar psíquico intenso (Linehan, 2015; Ramírez Henderson & Vargas Madriz,

2012). En particular, la DBT ofrece un marco clínico útil para adolescentes que recurren al *cutting* como estrategia de regulación emocional, ya que promueve el desarrollo de distintas habilidades las cuales permiten identificar y modular estados afectivos abrumadores, sostener situaciones de crisis sin recurrir a la autolesión y mejorar la comunicación de necesidades y límites en los vínculos significativos (Linehan, 2015; Ramírez Henderson & Vargas Madriz, 2012). De este modo, la DBT no sólo busca disminuir la conducta autolesiva, sino también fortalecer recursos psicológicos que contribuyan a la construcción de una vida más estable y menos atravesada por el sufrimiento emocional (Linehan, 2015).

## Estado del Arte

Las ANS en la adolescencia —y en particular la práctica del *cutting*— han adquirido una creciente relevancia en la investigación científica durante las últimas décadas. Este interés se ha intensificado especialmente en los últimos años, en relación con el impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental infanto-juvenil, si bien el contexto pospandémico no es el centro del presente TFI, es un tema que no pasa inadvertido para la comunidad científica, es por ello que hay numerosos documentos en los últimos cinco años que dan cuenta del impacto en la salud mental de los y las adolescentes del confinamiento durante la pandemia. El análisis de la producción reciente permite advertir una progresiva complejización del fenómeno, en la que convergen factores individuales, familiares, sociales y culturales que configuran diversas trayectorias de sufrimiento psíquico.

A partir del año 2022, la producción científica comienza a incorporar de manera sistemática el impacto de la pandemia, configurando un nuevo eje de análisis. Chaparro y Zijlstra (2022) aportan un trabajo de exploración cualitativa enmarcado en un proyecto de investigación más amplio sobre la producción de subjetividad y los efectos de desubjetivación ante catástrofes naturales-sociales. Subrayan que la primacía de la virtualidad durante la pandemia afectó los procesos identificatorios, al debilitar la presencia corporal del otro como soporte fundamental en la constitución subjetiva. Para estos autores, la virtualidad no sustituyó la presencia física, sino que la despojó de su cualidad de soporte material, dejando al adolescente en un estado de vulnerabilidad frente a un contexto incierto que no ofrecía las garantías simbólicas necesarias para su autoconstrucción continua.

En el año 2023, los estudios comienzan a dar cuenta del pasaje desde la urgencia pandémica hacia sus efectos persistentes. La revisión sistemática realizada por González-Arrimada et al. (2023) constituye uno de los aportes más integrales en lengua castellana para el análisis de los factores de riesgo asociados a las autolesiones en población infanto-juvenil. El estudio tuvo como objetivo examinar la confluencia de variables individuales, familiares y socioculturales implicadas en la conducta autolesiva, incorporando además una comparación entre el período previo y posterior a la pandemia por COVID-19. En relación con los factores individuales, los autores identifican que la ansiedad, los síntomas depresivos, la impulsividad y las dificultades

en la regulación emocional se presentan de manera consistente como variables predisponentes, favoreciendo que el *cutting* sea utilizado como una estrategia de afrontamiento frente al malestar psíquico. En el plano familiar, la revisión destaca que las dinámicas caracterizadas por baja comunicación, negligencia parental y escaso apoyo emocional configuran contextos de vulnerabilidad en los que el adolescente encuentra limitadas posibilidades de sostén afectivo y elaboración de sus experiencias. Por otra parte, en el ámbito social y tecnológico, el estudio subraya la incidencia del acoso escolar y la exclusión grupal, así como el impacto del ciber-acoso y la exposición a contenidos autolesivos en plataformas digitales. Estos factores intensifican la presión por la validación social y la performance, incrementando la fragilidad emocional en adolescentes que ya presentan dificultades en la construcción de su identidad y en la regulación de sus afectos. Un aporte central de esta revisión radica en el análisis del efecto de la pandemia por COVID-19. Los resultados evidencian un aumento significativo de las conductas autolesivas tras los confinamientos, asociado al aislamiento prolongado, al incremento de síntomas internalizantes y a la interrupción de rutinas escolares y sociales que previamente funcionaban como espacios de contención. En conjunto, estos hallazgos permiten comprender las autolesiones como un fenómeno multifactorial, en el que interactúan condiciones subjetivas y contextuales, y que se ha visto intensificado en escenarios de crisis social como el atravesado recientemente.

En esta misma línea, el estudio de Vázquez López et al. (2023), titulado *Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado*, aporta evidencia clínica y epidemiológica relevante a partir del análisis de consultas en servicios de pediatría, permitiendo dimensionar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental infanto-juvenil. Los autores registran un incremento significativo en la demanda asistencial por autolesiones y conductas suicidas durante y después del período de confinamiento, fenómeno que no solo se expresa en una mayor frecuencia de casos, sino también en un aumento de la gravedad clínica de los cuadros atendidos. En este marco, la pandemia es conceptualizada como un “amplificador” de vulnerabilidades preexistentes, en tanto puso en evidencia tanto el aumento del malestar psíquico en niños, niñas y adolescentes como las limitaciones estructurales de los sistemas de salud mental, incluyendo dificultades en el acceso a la atención y una sobrecarga sostenida de los dispositivos asistenciales. Un hallazgo particularmente relevante del estudio es que una proporción considerable de las consultas correspondía a adolescentes sin antecedentes de atención en salud mental, lo que da cuenta de la irrupción relativamente abrupta del síntoma autolesivo en el contexto de la crisis sanitaria. Desde una perspectiva clínica, los autores señalan que las autolesiones deben comprenderse como expresiones de un sufrimiento subjetivo complejo, en las que el acto sobre el cuerpo puede funcionar como una vía de comunicación de experiencias que no logran ser elaboradas ni expresadas mediante la palabra. En este sentido, el incremento observado durante la pandemia refuerza la necesidad de dispositivos de intervención temprana. En consonancia, el estudio destaca la importancia de desarrollar abordajes integrales que incluyan el trabajo con las familias, la promoción de la salud mental en el ámbito escolar y la identificación precoz de señales de riesgo, con el objetivo de prevenir la cronificación y el agravamiento de los cuadros clínicos.

Por su parte, Reyes Rodríguez (2023), a partir del análisis de producciones digitales, muestra cómo las autolesiones adquieren visibilidad en plataformas virtuales, donde funcionan tanto como descarga pulsional como modalidad de expresión frente al desamparo. El estudio, titulado *Los cortes en el cuerpo: Subjetividades contemporáneas en los actos de autolesión*, profundiza en la función subjetiva del *cutting* dentro del escenario digital actual, abordando la autolesión desde una perspectiva psicoanalítica contemporánea. Se trata de una investigación cualitativa-inductiva de tipo exploratorio que analizó 13 blogs de YouTube, en los cuales los adolescentes narran sus experiencias con el acto de cortarse. A partir de un análisis temático orientado por los marcos teóricos freudiano y lacaniano, la autora identificó funciones principales del *cutting*: por un lado, como alivio inmediato mediante descarga pulsional frente a afectos intolerables, y por otro, como modalidad de acting out, operando como un mensaje dirigido al Otro para comunicar un sufrimiento que no encuentra lugar en la palabra. Asimismo, el estudio evidencia la influencia del discurso capitalista en la explotación del cuerpo como objeto de consumo, debilitando los recursos simbólicos para manejar la angustia. La virtualidad, en este contexto, funciona simultáneamente como refugio y espacio de exposición, donde los jóvenes buscan procesar su malestar y obtener validación de pares.

Los desarrollos más recientes continúan profundizando esta línea. Estudios actuales como el de Gutiérrez et al. (2026) evidencian el rol de las redes sociales en la difusión y normalización de estas prácticas, mostrando cómo ciertos entornos digitales pueden reforzar su función reguladora del malestar. Este trabajo, analiza la relación entre las tecnologías digitales y las autolesiones, con especial atención al *cutting* en adolescentes y jóvenes de comunidades hispanohablantes. Su objetivo principal fue identificar la prevalencia de conductas autolesivas no suicidas en la red social X (antes Twitter) y evaluar cómo este entorno virtual influye en la normalización y difusión de dichas prácticas. Para ello, los autores emplearon un diseño de investigación de campo mixto, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos. La muestra estuvo constituida por jóvenes de 12 a 26 años que consumen y publican contenido sobre *cutting*, seleccionados mediante hashtags específicos de la comunidad (#SHTWT y #SUICIDETWT). Se aplicó una encuesta con adecuada confiabilidad (Alfa de Cronbach = 0.799; Omega de McDonald = 0.794), y los datos se analizaron mediante modelos de regresión logística para explorar el efecto de variables como edad y sexo sobre la práctica del *cutting*. Entre los hallazgos principales, se identificó que la mayor proporción de participantes tenía entre 15 y 17 años, y que las mujeres presentaban un riesgo tres veces mayor de autolesionarse en comparación con los hombres. Más del 70% reportó obtener información sobre la práctica a través de la red social X, que funcionaba como un espacio para intercambiar conocimientos, técnicas y materiales, contribuyendo a la normalización de la conducta. En términos funcionales, el *cutting* se confirmó como un mecanismo de autorregulación emocional: el 90% de los jóvenes indicó que la práctica les proporcionaba tranquilidad temporal y el 87% reportó satisfacción posterior al acto. Entre las motivaciones más frecuentes se destacaron problemas familiares (71%), la necesidad de controlar el propio cuerpo (74%) y baja autoestima (61%). Asimismo, se observó que la probabilidad de realizar *cutting* disminuye un 42,2% por cada año adicional de edad y que el 60% de los encuestados percibía que sus instituciones educativas no ofrecían medidas de

prevención ni talleres para abordar la práctica. En síntesis, este estudio evidencia que plataformas digitales como X han generado comunidades donde el *cutting* se convierte en una práctica socialmente reconocida, funcionando como respuesta silenciosa al malestar emocional en contextos donde los jóvenes carecen de acompañamiento profesional adecuado. Los resultados subrayan la importancia de considerar el entorno virtual como un factor determinante en la construcción de la subjetividad adolescente y en la propagación de conductas autolesivas en la actualidad.

En conjunto, la evidencia revisada destaca tanto la función de regulación del malestar emocional como la inscripción relacional y sociocultural de las autolesiones, especialmente en el escenario pospandémico, donde se ha registrado un aumento en su frecuencia y severidad. Los estudios examinados permiten concluir que:

- Las autolesiones presentan una tendencia creciente, acentuada en el contexto pandémico y pospandémico (Vázquez López et al., 2023; González-Arrimada et al., 2023).
- Se trata de un fenómeno multidimensional en el que convergen factores individuales, familiares, socioculturales y tecnológicos (González-Arrimada et al., 2023).
- La pandemia operó como un amplificador de vulnerabilidades preexistentes, incrementando la frecuencia y severidad de los casos (Vázquez López et al., 2023).
- El *cutting* puede comprenderse como una estrategia de afrontamiento frente a malestares que no logran ser simbolizados (Vázquez López et al., 2023; Reyes Rodríguez, 2023).
- Su sentido se construye en articulación con trayectorias subjetivas, dinámicas vinculares y condiciones socioculturales específicas (González-Arrimada et al., 2023; Reyes Rodríguez, 2023).
- Los entornos digitales han adquirido un papel relevante en la configuración, visibilización y sostenimiento de estas prácticas (Gutiérrez et al., 2026; Reyes Rodríguez, 2023).
- Los abordajes actuales requieren intervenciones integrales que articulen salud mental, familia, escuela y comunidad (Vázquez López et al., 2023).

## ENFOQUE METODOLÓGICO

En el presente apartado se describen las decisiones metodológicas que orientan el desarrollo del presente estudio, en coherencia con el enfoque teórico adoptado. El trabajo se inscribe en un enfoque cualitativo, en tanto se orienta a comprender los significados, experiencias y sentidos subjetivos implicados en las conductas autolesivas en la adolescencia. Este tipo de enfoque resulta pertinente cuando el objetivo de este TFI no es medir variables ni establecer relaciones causales, sino interpretar fenómenos complejos en su contexto natural, atendiendo a la perspectiva de los sujetos involucrados (Hernández Sampieri et al., 2014). Desde esta perspectiva, el conocimiento se construye a partir de la interpretación de discursos, prácticas y experiencias, lo cual permite acceder a dimensiones simbólicas y relacionales que no son directamente observables ni cuantificables. En este sentido, el enfoque cualitativo resulta coherente con el marco teórico psicoanalítico y antropológico adoptado, en tanto ambos privilegian la singularidad del sujeto, la dimensión del sentido y la complejidad de los procesos subjetivos (Flick, 2007). Asimismo, este tipo de abordaje se sustenta en una lógica interpretativa, reconociendo el carácter contextual, dinámico y construido de la realidad social (Denzin y Lincoln, 2012).

### Diseño de investigación

Se adopta un diseño exploratorio-descriptivo. De acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2014), los estudios exploratorios se utilizan cuando el fenómeno ha sido poco estudiado o presenta aristas aún no suficientemente delimitadas, permitiendo familiarizarse con él y generar nuevos interrogantes. En este caso, si bien existen desarrollos sobre autolesiones, el interés está puesto en su sentido subjetivo desde una lectura psicoanalítica, lo cual justifica la pertinencia de este diseño. A su vez, el carácter descriptivo permite detallar las características del fenómeno, identificando patrones, regularidades y dimensiones relevantes sin pretender establecer relaciones causales. En este sentido, el diseño adoptado busca no sólo describir las prácticas autolesivas —en particular el *cutting*— sino también explorar los factores subjetivos, simbólicos y relacionales que las atraviesan. Siguiendo a Flick (2007), este tipo de diseño resulta especialmente adecuado en investigaciones cualitativas orientadas a comprender experiencias complejas, ya que posibilita una aproximación flexible y abierta al campo, favoreciendo la emergencia de categorías desde los propios datos.

### Participantes

La investigación contó con la participación de dos profesionales de la salud mental con experiencia en el abordaje clínico de adolescentes:

- Una Licenciada en Psicología, especialista en adolescencia (identificada como A.D.),
- Una Médica Psiquiatra con trayectoria en el tratamiento de conductas autolesivas (identificada como Dra. A.).

La elección de las participantes se realizó de manera intencional, estrategia característica de la investigación cualitativa, que consiste en elegir informantes clave en función de su conocimiento y experiencia en relación con el fenómeno de estudio (Hernández Sampieri et al., 2014; Flick, 2007).

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas como técnica principal de recolección de datos. Este tipo de entrevista combina la existencia de ejes temáticos previamente definidos con la flexibilidad necesaria para profundizar en aspectos emergentes durante el intercambio (Hernández Sampieri et al., 2014). Según Denzin y Lincoln (2012), la entrevista cualitativa constituye una herramienta privilegiada para acceder a las interpretaciones que los sujetos realizan sobre su propia práctica, permitiendo explorar significados, posicionamientos y marcos de referencia.

### **Procedimiento**

Las entrevistas se realizaron de manera individual, en modalidad presencial y virtual, previo consentimiento informado de las participantes (Ver Anexo 1). Cada encuentro tuvo una duración aproximada de 45 minutos. Las conversaciones fueron registradas mediante grabación de audio y complementadas con notas de campo, lo que permitió conservar tanto el contenido discursivo como aspectos contextuales relevantes. Posteriormente, el material fue transcrito para su análisis. Siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa, el proceso de análisis se orientó a la identificación de núcleos de sentido, categorías emergentes y articulaciones conceptuales en diálogo con el marco teórico, priorizando una lectura interpretativa por sobre una lógica de cuantificación (Flick, 2007). La construcción de categorías surge de los objetivos planteados, derivando en los siguientes ejes de análisis:

- Perspectiva psicoanalítica del *cutting*, cuerpo y subjetividad adolescente.
- Especificidad clínica del cutting: diferencias con la conducta suicida
- Incidencia del contexto postpandemia en autolesiones en adolescentes.

### **Consideraciones éticas**

El presente trabajo se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de la práctica en psicología y en investigación con seres humanos. Se garantiza la confidencialidad de la información y el resguardo de la identidad de las participantes mediante el uso de seudónimos (A.D. y Dra. A.). Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado previo a la realización de las entrevistas, asegurando que la participación fuera voluntaria y que las entrevistadas pudieran retirarse en cualquier momento sin consecuencias. En consonancia con lo planteado por Denzin y Lincoln (2012), se procuró sostener una actitud reflexiva y ética

durante todo el proceso de investigación, reconociendo la responsabilidad del investigador en la producción e interpretación del conocimiento.

## RESULTADOS

El presente capítulo expone los resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas a una licenciada en Psicología (Lic. A.D.) y a una médica psiquiatra infanto-juvenil (Dra. A.), ambas con experiencia en el abordaje clínico de adolescentes que presentan conductas autolesivas. En concordancia con el enfoque metodológico cualitativo adoptado para este trabajo, el propósito no consistió en cuantificar respuestas ni establecer generalizaciones, sino en comprender los significados atribuidos por las profesionales al fenómeno del *cutting* a partir de su práctica clínica.

Los resultados se presentan organizados según los objetivos específicos de la investigación. Si bien ambas entrevistadas comparten la consideración del *cutting* como una manifestación de sufrimiento psíquico que requiere un abordaje clínico integral, sus discursos presentan matices vinculados con su formación y trayectoria profesional. La Lic. A.D. desarrolla una lectura predominantemente psicoanalítica, centrada en la función subjetiva de la autolesión, mientras que la Dra. A. enfatiza aspectos relacionados con la evaluación clínica, el contexto familiar y el trabajo interdisciplinario. Lejos de resultar contradictorias, ambas perspectivas se complementan y enriquecen la comprensión de la problemática.

### Adolescencia, cuerpo y malestar psíquico

En relación con el primer objetivo específico, orientado a comprender la adolescencia como un período particularmente sensible para la emergencia de conductas autolesivas, ambas profesionales coincidieron en señalar que se trata de una etapa caracterizada por importantes transformaciones subjetivas y emocionales. Sin embargo, cada una de ellas enfatizó dimensiones diferentes de este proceso.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la Lic. A.D. describió la adolescencia como un momento en el que el sujeto debe apropiarse de un cuerpo que ha cambiado y construir nuevas referencias identitarias. En este sentido, sostuvo que *"en la adolescencia hay un intento de apropiarse del cuerpo, de inscribir un cuerpo en desarrollo; el cutting a veces viene a ese lugar cuando no hay del lado de los otros, de los parientes próximos, la familia o los semejantes, un continente para que eso se produzca"*.

Esta afirmación sitúa al cuerpo como un espacio privilegiado de expresión del sufrimiento cuando el adolescente no encuentra recursos simbólicos suficientes para elaborar los cambios propios de esta etapa. La entrevistada amplía esta idea al señalar que las dificultades no corresponden únicamente al adolescente, sino que también involucran a la dinámica familiar, afirmando que *"esta etapa es la que cuesta sobrellevar en la"*

*adolescencia de la familia, de los hijos, pero también de los padres".* Desde esta perspectiva, el *cutting* no puede comprenderse aisladamente del contexto vincular en el que se inscribe.

Por su parte, la Dra. A. abordó la problemática desde su experiencia hospitalaria, destacando el descenso progresivo de la edad de inicio de las autolesiones y el impacto que ello genera en la práctica clínica. Al respecto expresó: *"Lo más sorprendente es la corta edad en la que inician (...); me ha tocado atender niños muy pequeños con situaciones autolesivas; de ocho años, por ejemplo"*. Asimismo, señaló que, aunque estas conductas pueden presentarse en distintas etapas evolutivas, *"el rango etario más frecuente (...) es en adolescentes y son, en su mayoría, descarga ante alguna situación de angustia, para poder expresar su dolor"*.

La psiquiatra incorporó además elementos del contexto social y familiar que condicionan las posibilidades de tratamiento. En este sentido, destacó que el abordaje no depende únicamente del adolescente, sino también de los recursos con los que cuenta su entorno para sostener el proceso terapéutico, afirmando que *"en la población infanto-juvenil el trabajo con la familia es fundamental siempre"*.

El análisis conjunto de ambas entrevistas permite reconocer que las dos profesionales consideran a la adolescencia como un período de especial vulnerabilidad para la aparición de conductas autolesivas. Sin embargo, mientras la Lic. A.D. profundiza en la dimensión subjetiva del proceso adolescente, entendiendo al cuerpo como escenario de inscripción del malestar psíquico, la Dra. A. privilegia una lectura centrada en la práctica asistencial, resaltando la importancia de la detección temprana, la evaluación clínica y el sostén familiar. Estas diferencias no representan posiciones opuestas, sino perspectivas complementarias que contribuyen a una comprensión más amplia del fenómeno estudiado.

### **El *cutting* como expresión del malestar psíquico en el cuerpo**

En relación con el segundo objetivo específico, orientado a comprender el *cutting* como una manifestación del malestar psíquico en la adolescencia, ambas profesionales coincidieron en que la conducta autolesiva no debe interpretarse como un acto impulsivo carente de significado ni como una simple búsqueda de atención. Por el contrario, sus discursos permitieron identificar que el *cutting* constituye una forma particular de expresar un sufrimiento emocional que, por diferentes motivos, no logra ser comunicado mediante la palabra.

La Lic. A.D. desarrolló ampliamente esta idea al señalar que la comprensión del fenómeno requiere interrogar el sentido singular que adquiere el acto para cada adolescente. En este sentido expresó: *"hay que ver qué se quiere inscribir en ese acto, qué se quiere escribir en ese corte, es un acto que se quiere escribir en ese corte"*

A partir de esta afirmación, la entrevistada sostuvo que el análisis clínico no debe centrarse exclusivamente en el corte, sino en el significado que el mismo adquiere dentro de la historia subjetiva de

quien lo realiza; desde esta perspectiva, el mismo deja de ser entendido únicamente como una conducta para convertirse en una forma de expresar un padecimiento que no ha encontrado otras vías de elaboración.

En el mismo sentido, la Lic. A.D. destacó la importancia de la escucha clínica, afirmando que *"si se corta es porque no habla, si uno acepta del lado de los púberes ese rechazo a la palabra, después pasas a un segundo tiempo en donde puede haber una comunicación dialógica"*. Esta expresión pone de manifiesto que la autolesión es comprendida como una modalidad de comunicación del sufrimiento, antes que como un acto cuyo objetivo sea producir daño físico en sí mismo.

Por su parte, la Dra. A. describió el *cutting* desde una perspectiva clínica vinculada a la regulación emocional. Al ser consultada acerca de las motivaciones más frecuentes observadas en su práctica profesional, señaló *"Y ahí siempre, tanto en el consultorio como en la guardia, lo primero que hay que empezar a discernir, es saber qué desencadena la autolesión. Obviamente un poco los antecedentes y la intencionalidad, ya que lo más frecuente son las descargas ante la angustia"*. Asimismo, explicó que muchos adolescentes manifiestan experimentar un alivio inmediato luego de cortarse, aunque dicho efecto resulta transitorio y no modifica el conflicto que origina el sufrimiento.

A diferencia del desarrollo realizado por la Lic. A.D., la Dra. A. enfatizó principalmente el valor clínico de la conducta como indicador de malestar emocional. Sus respuestas se orientaron a destacar la necesidad de identificar tempranamente estas manifestaciones para favorecer un abordaje interdisciplinario que contemple tanto la situación subjetiva del adolescente como su contexto familiar y social.

El análisis conjunto de ambas entrevistas permite reconocer un punto de convergencia significativo: el *cutting* es comprendido por ambas profesionales como una manifestación de sufrimiento psíquico y no como una conducta carente de sentido. No obstante, mientras la Lic. A.D. profundiza en el significado singular que la autolesión adquiere para cada sujeto, la Dra. A. centra su mirada en la función reguladora que la conducta puede cumplir frente a estados de intensa angustia. Estas diferencias reflejan enfoques clínicos distintos, aunque complementarios, que contribuyen a comprender la complejidad del fenómeno desde perspectivas convergentes.

### **Relación entre el *cutting*, la angustia y el cuerpo**

En relación con el tercer objetivo específico, orientado a analizar la relación entre el *cutting*, la angustia y el cuerpo en la adolescencia, las entrevistas permitieron identificar que ambas profesionales comprenden la autolesión como una respuesta frente a un sufrimiento emocional intenso. Sin embargo, mientras la Lic. A.D. profundiza en la dimensión subjetiva del fenómeno, la Dra. A. enfatiza los aspectos clínicos vinculados con la regulación de la angustia.

Desde su experiencia clínica, la Lic. A.D. señaló que muchos adolescentes recurren al corte cuando no encuentran otros recursos para expresar aquello que les sucede y los angustia. Al respecto manifestó que "... *para resolver la angustia apelan al tijeretazo en la piel*". Esta expresión sintetiza la idea de que el cuerpo se convierte en el lugar donde se manifiesta un malestar que no logra encontrar representación mediante la palabra.

La entrevistada profundizó esta perspectiva al afirmar que la intervención terapéutica no debe limitarse a intentar suprimir la conducta autolesiva, sino a favorecer la construcción de nuevas formas de elaboración subjetiva ya que no es algo que el adolescente quiera hacer. En este sentido expresó: "*Tenemos que ayudarlos a que encuentren otra forma en la medida de lo posible*".

Estas afirmaciones permiten comprender que, para la Lic. A.D., el *cutting* constituye una respuesta frente a la imposibilidad transitoria de tramitar determinadas experiencias emocionales por otras vías. En consecuencia, el trabajo clínico se orienta a favorecer que aquello que inicialmente se expresa a través del cuerpo pueda, progresivamente, adquirir un lugar en la palabra.

Por su parte, la Dra. A. relaciona la aparición de las autolesiones con momentos de intensa angustia emocional. Desde su práctica asistencial señaló que, en la mayoría de los casos, se trata de adolescentes que recurren al corte como una forma de aliviar transitoriamente un estado de gran tensión psíquica. En este sentido expresó que "*lo más frecuente son las descargas ante la angustia*" y que, "*se lo hacen [el corte], se asustan y avisan al segundo*".

Este aspecto resulta particularmente significativo, ya que permite diferenciar la función que la autolesión cumple para muchos adolescentes de otras conductas dirigidas a producir un daño letal. Según la Dra. A., el alivio obtenido mediante el corte suele ser inmediato, aunque transitorio, razón por la cual consideró indispensable intervenir sobre las causas que originan el sufrimiento y no únicamente sobre la conducta observable.

Al analizar conjuntamente ambas entrevistas, se advierte una coincidencia relevante: tanto la Lic. A.D. como la Dra. A. describen el *cutting* como una modalidad mediante la cual algunos adolescentes intentan afrontar estados de intensa angustia. No obstante, sus discursos difieren en el modo de comprender dicha función. Mientras la Lic. A.D. enfatiza el valor subjetivo que adquiere el cuerpo como lugar de expresión del padecimiento psíquico y destaca la importancia de construir nuevas posibilidades de simbolización, la Dra. A. interpreta la conducta principalmente como un recurso de regulación emocional que requiere una evaluación clínica integral y un abordaje interdisciplinario.

En conjunto, los testimonios analizados muestran que la relación entre angustia, cuerpo y *cutting* constituye uno de los ejes centrales de la comprensión clínica del fenómeno. Las profesionales coinciden en que la autolesión no debe ser considerada únicamente por el daño físico que produce, sino también por el

sufrimiento psíquico que expresa, aspecto que orienta la necesidad de intervenciones centradas en la escucha, la evaluación integral y el acompañamiento terapéutico del adolescente y su entorno.

### **Diferenciación entre el *cutting* y la conducta suicida en la práctica clínica**

En relación con el cuarto objetivo específico, orientado a distinguir el *cutting* de las conductas suicidas, ambas entrevistadas coincidieron en señalar que se trata de fenómenos diferentes, aunque advirtieron que dicha diferenciación nunca debe realizarse de manera automática. Desde sus respectivas prácticas profesionales, destacaron la importancia de valorar la singularidad de cada caso, la función que cumple la autolesión para el adolescente y el contexto en el que esta se produce.

La Lic. A.D. sostuvo que el *cutting* no debe interpretarse inmediatamente como un intento de suicidio, ya que en numerosas oportunidades constituye un modo de expresar un sufrimiento que no logra encontrar otra vía de manifestación. En este sentido afirmó que *“una cosa es la idea o el pensamiento que acompañan algunas autolesiones y otra cosa es la intención de suicidarse”*

La entrevistada explicó que centrar la atención exclusivamente en la lesión puede dificultar la comprensión de aquello que el adolescente intenta comunicar. Desde esta perspectiva, señaló que el trabajo terapéutico consiste en propiciar un espacio donde el sujeto pueda poner en palabras aquello que inicialmente expresa mediante el cuerpo. Asimismo, remarcó que la primera respuesta del entorno no debería ser la prohibición o el castigo, sino la escucha y el acompañamiento, ya que *“...yo creo que estos cortes no hay que prohibirlos, no hay que criticarlos, al contrario”*.

Por su parte, la Dra. A. coincidió en que la presencia de autolesiones no implica necesariamente una intención de morir. No obstante, enfatizó que toda conducta autolesiva requiere una evaluación clínica exhaustiva para descartar la existencia de riesgo suicida. Al respecto expresó que *“... hoy pienso cuántas chicas y chicos están con situaciones de mucho riesgo y que el recurso sea autolesionarse por situaciones muy complejas. Es un gran impacto, y eso sí lo tengo como muy presente ya que en situaciones extremas pueden llegar al suicidio”*.

Desde su experiencia asistencial, la psiquiatra destacó que la valoración clínica debe considerar múltiples aspectos, entre ellos la intencionalidad del acto, los antecedentes personales, la presencia de trastornos psicopatológicos, el contexto familiar y los factores precipitantes. Asimismo, señaló que *“La Salud Mental funciona completamente distinta, me costó un montón cambiar el chip acerca de los tiempos y las respuestas que son otras según el tiempo de cada paciente, de cada familia, y que no hay un protocolo a seguir.”* razón por la cual cada situación requiere una evaluación individualizada y un abordaje interdisciplinario.

El análisis comparativo de ambas entrevistas evidencia importantes puntos de convergencia. Tanto la Lic. A.D. como la Dra. A. consideran que el *cutting* y la conducta suicida constituyen fenómenos clínicamente diferentes, aunque coinciden en advertir que dicha distinción no debe conducir a minimizar la gravedad de las autolesiones. En ambos discursos emerge la necesidad de evaluar integralmente cada situación, evitando interpretaciones simplificadoras que reduzcan la conducta a una única explicación.

Mientras que la Lic. A.D. enfatiza la escucha del significado subjetivo que adquiere el corte para cada adolescente, la Dra. A. subraya la importancia de una evaluación diagnóstica rigurosa que permita valorar el riesgo suicida y planificar la intervención más adecuada. En conjunto, ambas perspectivas muestran que la diferenciación entre *cutting* y conducta suicida no depende únicamente de la presencia o ausencia de intención de morir, sino que exige comprender la complejidad de cada historia clínica, de cada historia de vida y el contexto en el que la conducta se manifiesta.

### **Síntesis de los resultados**

El análisis de las entrevistas permitió responder a los objetivos planteados en el presente trabajo y aportar elementos para comprender el *cutting* desde la experiencia clínica de las profesionales entrevistadas. A pesar de las diferencias derivadas de sus respectivos campos disciplinares, ambas coincidieron en reconocer que el *cutting* constituye una manifestación de sufrimiento psíquico que requiere ser comprendida en el marco de la singularidad de cada adolescente.

En relación con el primer objetivo específico, los resultados evidenciaron que la adolescencia es concebida como un período de profundas transformaciones subjetivas, corporales y vinculares, en el que pueden emerger dificultades para elaborar, emocionalmente, determinadas experiencias. En este contexto, ambas entrevistadas señalaron que el cuerpo adquiere un lugar central en la expresión del malestar, aunque la Lic. A.D. profundizó especialmente en la dimensión subjetiva de estos procesos, mientras que la Dra. A. enfatizó la importancia de la evaluación clínica y del acompañamiento familiar.

Respecto del segundo objetivo específico, las profesionales coincidieron en que el *cutting* no constituye una conducta carente de significado ni puede interpretarse únicamente como una búsqueda de atención. Por el contrario, ambas lo describieron como una forma de expresar un sufrimiento emocional que no logra encontrar otras vías de manifestación, si bien la Lic. A.D. puso el acento en el sentido singular que adquiere el acto para cada adolescente y la Dra. A. destacó su función como estrategia de regulación frente a situaciones de intensa angustia.

En cuanto al tercer objetivo específico, los testimonios permitieron identificar una estrecha relación entre la angustia, el cuerpo y las autolesiones. Tanto la Lic. A.D. como la Dra. A. señalaron que el *cutting* suele aparecer en momentos de elevado malestar emocional, aunque desde perspectivas complementarias: mientras la primera resaltó el lugar del cuerpo como medio de expresión del padecimiento psíquico, la segunda

describió la conducta como una modalidad de descarga emocional observada con frecuencia en la práctica asistencial.

Finalmente, en relación con el cuarto objetivo específico, ambas entrevistadas diferenciaron el *cutting* de la conducta suicida, coincidiendo en que la presencia de autolesiones no implica necesariamente intención de morir. No obstante, destacaron la necesidad de realizar una evaluación clínica integral e individualizada en cada caso, evitando interpretaciones simplificadoras y considerando tanto el significado subjetivo de la conducta como los factores de riesgo presentes en cada situación.

En conjunto, los resultados obtenidos muestran que el *cutting* constituye un fenómeno complejo que no puede comprenderse desde una única perspectiva. Las entrevistas evidencian la necesidad de integrar la escucha del sufrimiento subjetivo con una evaluación clínica rigurosa, reconociendo que las conductas autolesivas expresan realidades diversas y requieren abordajes interdisciplinarios que contemplen la singularidad de cada adolescente.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten sostener que el *cutting* en la adolescencia constituye una modalidad específica de inscripción del malestar psíquico en el cuerpo cuando los recursos simbólicos disponibles resultan insuficientes para tramitar la angustia. Esta lectura se articula de manera consistente con el desarrollo teórico del trabajo, en el que el cuerpo no es concebido como un mero soporte orgánico, sino como una superficie investida de significaciones, afectos y marcas subjetivas, susceptible de alojar aquello que no encuentra representación en la palabra (Dartiguelongue, 2014; Le Breton, 2019; Lacan, 1949; Aulagnier, 1975). En este sentido, el *cutting* no puede ser reducido a una conducta disruptiva o meramente impulsiva, sino que debe ser comprendido en su complejidad clínica y subjetiva, como una forma singular de dar expresión a un padecimiento que irrumpe en un momento vital atravesado por profundas transformaciones corporales, vinculares e identitarias (Grassi, 2010; Scalozub, 2007).

Uno de los hallazgos más relevantes del trabajo remite a la función de inscripción que adquiere el cuerpo en la autolesión. Tanto en el material teórico como en las entrevistas realizadas, el acto de cortarse aparece como una tentativa de “escritura” sobre la piel, esto es, como un modo de producir una marca allí donde la palabra fracasa como instrumento de simbolización. Esta perspectiva coincide con los desarrollos de Dartiguelongue (2014), quien conceptualiza el *cutting* como una forma de inscripción en contextos donde la mediación simbólica se encuentra debilitada, y con Le Breton (2002, 2019), para quien la piel puede funcionar como superficie privilegiada de localización del sufrimiento subjetivo. En la adolescencia, esta problemática adquiere particular intensidad debido a la irrupción del cuerpo puberal y a la necesidad de elaborar duelos estructurantes, tales como el duelo por el cuerpo infantil, por la identidad infantil y por los padres de la infancia, tal como lo desarrollan Aguirre Cuevas (2020) y Grassi (2010). En consecuencia, el *cutting* no puede ser

pensado como un acto aislado, sino como una respuesta situada en un momento de especial vulnerabilidad subjetiva, en el que la reorganización psíquica se ve atravesada por la exigencia de producir nuevas formas de habitar el cuerpo.

Asimismo, los resultados permiten establecer una estrecha relación entre *cutting* y angustia. Las entrevistas muestran que la autolesión suele presentarse en momentos de elevado malestar emocional y que, tras el acto, los adolescentes refieren con frecuencia un alivio inmediato, aunque transitorio. Este dato es congruente con la literatura que conceptualiza las autolesiones no suicidas como conductas orientadas a regular afectos intensos, reducir tensiones internas y restablecer cierto grado de control frente al desborde psíquico (Faura-García et al., 2021; Reyes Rodríguez, 2023; Aguirre Cuevas, 2020). Desde esta perspectiva, el corte puede ser entendido como una descarga que acota momentáneamente la angustia, aunque sin modificar las condiciones que sostienen el sufrimiento. En términos clínicos, este punto resulta central, ya que impide reducir la práctica a impulsividad, manipulación o búsqueda de atención. Antes bien, el acto aparece como un intento de tramitar un exceso que no logra ser ligado por vías representacionales, en consonancia con lo planteado respecto de la adolescencia como tiempo de reorganización psíquica y respecto de las condiciones contemporáneas que tensionan los procesos de simbolización (Freidin & Calzetta, 2022; Sujoy, 2022).

Otro eje fundamental que surge del análisis se vincula con la función subjetiva del acto. La lectura psicoanalítica desarrollada en el trabajo, y sostenida especialmente en una de las entrevistas, permite pensar el *cutting* no solo como descarga, sino también como una tentativa de inscripción de algo del sujeto en el cuerpo. En este punto, cobra especial relevancia la formulación según la cual en el corte “se quiere escribir” algo que no ha encontrado lugar en la palabra. Esta afirmación condensa una dimensión de sentido que excede la fenomenología de la lesión y permite ubicar la autolesión como una producción subjetiva que requiere escucha. Desde el marco conceptual adoptado, ello se enlaza con la concepción del síntoma como formación de compromiso y modo singular de resolución del conflicto, tal como lo plantean Freud (1926) y Lacan (1962-1963). En esta lógica, el *cutting* puede ser leído como un intento de hacer existir algo del sujeto allí donde el decir fracasa, razón por la cual su abordaje no debería centrarse exclusivamente en la erradicación de la conducta, sino en la construcción de condiciones que favorezcan la simbolización, la mediación psíquica y el trabajo elaborativo.

En relación con la diferenciación entre *cutting* y conducta suicida, los resultados muestran un consenso entre las entrevistadas respecto de que no toda autolesión supone una intención de morir, aunque toda manifestación de este tipo exige una evaluación clínica cuidadosa. Esta distinción es coherente con lo señalado por la American Psychiatric Association (2014) y por Faura-García et al. (2021), quienes diferencian las autolesiones no suicidas de las conductas suicidas, aun cuando ambas puedan coexistir o compartir factores de riesgo. La precisión conceptual resulta fundamental, dado que evita tanto la minimización del fenómeno como su asimilación automática a un intento suicida. Desde la clínica, esta diferencia posee consecuencias directas en el modo de intervenir: si el *cutting* se interpreta de manera inmediata como conducta suicida, puede

obturarse la escucha del sentido subjetivo del acto; pero si se lo banaliza o trivializa, se corre el riesgo de subestimar la necesidad de evaluación integral, de cuidado y de un abordaje interdisciplinario.

Los resultados también subrayan la relevancia del entorno familiar y social en la comprensión del fenómeno. Las entrevistas destacan la importancia de incluir a la familia en el abordaje, en tanto con frecuencia son los adultos significativos quienes detectan las marcas o los indicios de autolesión. Esta dimensión resulta articulable con los aportes de Winnicott (1960) y Aulagnier (1975), quienes permiten pensar el peso del sostén ambiental, de las funciones de amparo y de la operatoria del Otro en la constitución subjetiva. En algunos casos, las exigencias, críticas o respuestas restrictivas del entorno pueden intensificar la vivencia de desamparo o de herida narcisista, favoreciendo la emergencia del acto (Freud, 1914; Grassi, 2010). A ello se suma la incidencia del contexto pospandémico y de la virtualidad, variables que el trabajo teórico sitúa como condiciones que pueden amplificar vulnerabilidades preexistentes y modificar las formas de expresión del sufrimiento adolescente (Freidin & Calzetta, 2022; González-Arrimada et al., 2023; Sujoy, 2022; Vázquez López et al., 2023).

Desde una perspectiva clínica, el análisis de los resultados sugiere que el abordaje del *cutting* debe evitar respuestas exclusivamente prohibitivas, moralizantes o centradas en la erradicación inmediata de la conducta. Las entrevistas permiten advertir que la intervención requiere sostener una escucha paciente, abrir un espacio de palabra y considerar el sentido singular que la autolesión adquiere en cada caso. Esta orientación resulta coherente con una práctica clínica que privilegia la construcción del vínculo transferencial, la evaluación del riesgo y la promoción de recursos simbólicos alternativos. En tal dirección, la palabra, la escritura, el dibujo y otros recursos mediadores pueden operar como vías para desplazar el sufrimiento desde el cuerpo hacia otros registros de elaboración. Asimismo, el trabajo con adolescentes exige tiempo, flexibilidad y un abordaje interdisciplinario, dado que la salud mental no responde a lógicas de resolución inmediata y cada situación requiere una lectura particular.

En síntesis, los resultados obtenidos permiten comprender el *cutting* en la adolescencia como una modalidad compleja de inscripción del malestar psíquico sobre el cuerpo, en un momento vital atravesado por transformaciones puberales, reorganización subjetiva y dificultades de simbolización (Aguirre Cuevas, 2020; Grassi, 2010; Scalozub, 2007). Lejos de constituir una conducta unívoca, el *cutting* condensa dimensiones de angustia, descarga, búsqueda de sentido, llamada al Otro y regulación afectiva (Dartiguelongue, 2014; Faura-García et al., 2021; Le Breton, 2019). En consecuencia, su comprensión clínica exige articular la escucha del sujeto con una evaluación rigurosa del riesgo, evitando tanto la descalificación como el sobrediagnóstico, y sosteniendo una intervención que posibilite el pasaje desde la marca muda en el cuerpo hacia alguna forma de simbolización y elaboración.

## Limitaciones del trabajo

Al centrarse en un enfoque cualitativo con un número acotado de informantes clave, el presente trabajo no busca generalizar resultados, sino aportar a la comprensión en profundidad del fenómeno. En este sentido, una de sus principales limitaciones radica en la reducida cantidad de entrevistas, lo cual podría ampliarse en futuras investigaciones incorporando mayor diversidad de profesionales e incluso la voz directa de adolescentes. Por otra parte, emergen líneas de indagación relevantes que no han sido desarrolladas en profundidad en este trabajo. Entre ellas, se destaca la mayor prevalencia del *cutting* en población femenina, señalada tanto en la literatura como en la experiencia clínica, lo que abre interrogantes en torno a la articulación entre género, cuerpo y modalidades de tramitación del malestar. Asimismo, los aportes vinculados a las neurociencias —en relación con la posible implicancia del sistema endógeno de regulación del dolor— constituyen un campo de investigación complementario que podría enriquecer la comprensión interdisciplinaria del fenómeno. Del mismo modo, los casos de autolesiones en edades cada vez más tempranas invitan a profundizar en estudios que integren perspectivas clínicas, pediátricas y familiares. Finalmente, se vuelve necesario continuar desarrollando investigaciones que articulen la dimensión subjetiva con las transformaciones socioculturales contemporáneas, particularmente en relación con el impacto de las tecnologías digitales y los modos actuales de lazo social.

## CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se procuró comprender el *cutting* en la adolescencia como una modalidad de inscripción del malestar psíquico sobre el cuerpo. El recorrido teórico y el análisis de las entrevistas permitieron sostener que esta práctica no puede ser reducida a un acto impulsivo, aislado o carente de sentido, sino que debe ser leída en relación con la complejidad subjetiva propia de la adolescencia, etapa en la que se intensifican las transformaciones corporales, los duelos y las reorganizaciones identificadoras.

En función de los objetivos planteados, se observó que la adolescencia constituye un momento particularmente sensible para la emergencia de conductas autolesivas, ya que el cuerpo se vuelve un lugar de extrañeza, conflicto y exposición. En ese contexto, el *cutting* aparece como una forma de dar inscripción a un padecimiento que no logra tramitarse por la vía de la palabra, funcionando al mismo tiempo como descarga, marca y tentativa de delimitación subjetiva.

Asimismo, los resultados permitieron advertir que el *cutting* se vincula estrechamente con la angustia y con experiencias de desborde emocional. El alivio que suele producir es inmediato, aunque transitorio, lo que muestra que la autolesión opera como una respuesta momentánea frente a un sufrimiento que permanece sin elaborar. Por ello, la clínica no puede limitarse a la supresión de la conducta, sino que requiere abrir espacios de escucha que posibiliten otras formas de simbolización y elaboración.

Otro aspecto central del trabajo fue la diferenciación entre *cutting* y conducta suicida. Si bien ambas situaciones pueden coexistir o compartir factores de riesgo, no son equivalentes. Esta distinción resulta fundamental para orientar la intervención de manera precisa, evitando tanto la minimización del fenómeno como su asimilación automática a una intención de morir. En este punto, el abordaje clínico exige evaluación rigurosa, prudencia y una lectura singular de cada caso.

Del mismo modo, se destacó la importancia del contexto familiar y sociocultural en la comprensión de estas prácticas. El *cutting* no se inscribe en un vacío, sino en entramados vinculares e históricos que pueden favorecer o dificultar la tramitación del malestar. En este sentido, el trabajo con adolescentes requiere incluir a la familia, atender a las condiciones contemporáneas de subjetivación y sostener una perspectiva clínica que no se reduzca a lecturas moralizantes o estigmatizantes.

En síntesis, el presente trabajo permitió responder a la pregunta de investigación y alcanzar los objetivos propuestos, aportando una comprensión del *cutting* como expresión compleja del padecimiento psíquico sobre el cuerpo. Desde esta perspectiva, la autolesión se presenta como una modalidad singular de respuesta frente a aquello que no encuentra lugar en el discurso, lo que vuelve indispensable una clínica de la escucha, del cuidado y de la apertura a la palabra.

## REFERENCIAS

- Agüero, G., Medina, V., Obradovich, G., & Berner, E. (2018). Comportamientos autolesivos en adolescentes: Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 116(6), 394–401. <https://doi.org/10.5546/aap.2018.394>
- Aguirre Cuevas, Magda Ivone (2020). “Psicología clínica de la adolescencia cuerpo y cutting en adolescentes”. *Orbis Tertius UPAL*. Año 4. N° 7. ISSN. 2520-9981. pp 91-111. Universidad Privada Abierta Latinoamericana. Cochabamba.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.<sup>a</sup> ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Angel Valencia, C. (2014). Cortes a flor de piel: Una aproximación psicoanalítica a la conducta de la autoincisión en la adolescencia. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 18, 117-140. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527462>
- Bower, L. (2016). *Los cortes en el cuerpo y su orientación al otro*. En VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación y XII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-044/668>
- Castoriadis-Aulagnier, P. (1977). *La Violencia en la Interpretación. Del Pictograma al enunciado*. Amorrortu Editores. Buenos Aires- Madrid.
- Chaparro, C., & Zijlstra, T. (2022). *Exploraciones sobre la producción de subjetividad en adolescentes en tiempos de pandemia: Posibles repercusiones en el proyecto identificador adolescente*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. [https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/180579/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/180579/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1)
- Dartiguelongue, J. (2014). *Síntomas contemporáneos: Sobre la práctica del cutting, cortes sobre el cuerpo*. En Jornadas Jacques Lacan y la Psicopatología. Cátedra II de Psicopatología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/jornadas.psicopatologia.30.aniversario/41.pdf>
- De Luca, M. (2016). Vergüenza y escarificaciones en la adolescencia. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 18. <https://www.controversiasonline.org.ar/wp-content/uploads/1-DELU-ESP.pdf>

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *El campo de la investigación cualitativa: Manual de investigación cualitativa* (Vol. 1). Gedisa.
- Faura-García, J., Calvete Zumalde, E., & Orue Sola, I. (2021). Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207-214. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>
- Fleta Zaragozano, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6393711.pdf>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (2.ª ed.). Morata.
- Freidin, F., & Calzetta, J. J. (2022). *Angustia y cuerpo: Púberes y adolescentes en pandemia*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-084/973.pdf>
- Freud, S. (1905/1992). *Tres ensayos de teoría sexual*. Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1992). *Introducción del narcisismo*. Amorrortu.
- Freud, S. (1920/1992). *Más allá del principio del placer*. Amorrortu.
- Freud, S. (1926/1992). *Inhibición, síntoma y angustia*. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Las metamorfosis de la pubertad. En *Obras completas* (Vol. IV). Amorrortu.
- González-Arrimada, C., Areces, D., & Méndez-Freije, I. (2023). Principales factores de riesgo asociados a las conductas autolesivas en población infanto-juvenil: una revisión sistemática antes y después de la pandemia. *Revista de Psicología y Educación*, 18(2), 156–170. <https://doi.org/10.23923/rpye2023.02.232>
- Grassi, A. (2010). Adolescencia: reorganización y nuevos modelos de subjetividad. En A. Grassi & N. Córdova (Comps.), *Entre niños, adolescentes y funciones parentales: Psicoanálisis e interdisciplina*. Entreideas.
- Gutiérrez, A. C. L., Morales González, M. W., & Colmenares-Guillén, L. E. (2026). Detección y análisis de autolesiones no-suicidas orientado al cutting en la red social X en comunidades hispanohablantes. *Revista Uniandes Episteme*, 13(1), 102–116. <https://doi.org/10.61154/rue.v13i1.4305>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo*. En *Escritos 1*. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1955-1956). *El seminario, libro 3: Las psicosis (1955-1956)*. Paidós.
- Lacan, J. (1959-1960). *El seminario, libro 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (1960). *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*. En *Escritos 2*. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (2007). Seminario 10. La Angustia. Buenos Aires. Paidós. (Trabajo original de 1962/63).
- Lardizábal, M., Sicre, C. N., & Nicoletti, B. (2023). Aislamiento y pandemia: El desafío de pensar nuevos dispositivos en la clínica con niños, niñas y adolescentes. *I Congreso Internacional de Psicología, Universidad Nacional de La Plata*.  
[https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/178012/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/178012/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1)
- Le Breton, D (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires
- Le Breton, D. (2017). El cuerpo herido: Identidades estalladas contemporáneas. Praxis Educativa.
- Le Breton, D. (2019). *La piel y la marca: Acerca de las autolesiones*. Editorial Topía.
- Levy, D. y Korinfeld, D., (2024) *Autolesiones y situaciones de suicidio en adolescentes*. Editorial Noveduc.
- Lipovetsky, G. (1990). *El imperio de lo efímero: La moda y su destino en las sociedades modernas*. Editorial Anagrama.
- Linehan, M. M. (2015). *Una vida que valga la pena ser vivida: Memorias*. Paidós.
- Mendoza, Y. y pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. En: *Salud Mental*, 25(4), 10-16.
- Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental. (2022). *Relevamiento sobre ideación suicida, suicidio y conductas autolesivas en niñas, niños y adolescentes (NNyA). Estadísticas año 2022* (Res. SE N.º 13/2022). Ministerio Público de la Defensa de la Nación.  
[https://www.mpd.gov.ar/pdf/Res\\_SE\\_13\\_2022\\_Suicidio\\_NNyA.pdf](https://www.mpd.gov.ar/pdf/Res_SE_13_2022_Suicidio_NNyA.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 28 de octubre). *Salud del adolescente*.  
[https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

- Ramírez Henderson, R., & Vargas Madriz, L. F. (2012). Terapia conductual dialéctica: descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional. *Revista de Ciencias Sociales*, (137), 53–64.
- Reyes Rodríguez, E. L. (2023). *Los cortes en el cuerpo: Subjetividades contemporáneas en los actos de autolesión* [Disertación doctoral, Universidad de Puerto Rico]. <https://repositorio.upr.edu/handle/11721/3383>
- Scalozub, L. T. (2007). El protagonismo del cuerpo en la adolescencia. *Psicoanálisis*, 29(2), 377-391. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/09/Scalozub.pdf>
- Sujoy, O. (2022). Construcción de subjetividad en pandemia: Observaciones en la clínica con adolescentes. *Cuestiones de Infancia*, 23(2), 227–276. [https://dspace.uces.edu.ar/jspui/bitstream/123456789/6509/1/Construccion\\_Sujoy.pdf](https://dspace.uces.edu.ar/jspui/bitstream/123456789/6509/1/Construccion_Sujoy.pdf)
- Tubert, S. (1996). Psicoanálisis, feminismo, posmodernismo. En M. Burin & E. Dio Bleichmar (Comps.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 289-292). Paidós.
- Vázquez López, P., Armero Pedreira, P., Martínez-Sánchez, L., et al. (2023). Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anales de Pediatría*, 98(6), 402.e1–402.e9. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.12.010>
- Winnicott, D. W. (1960). *Realidad y juego*. Gedisa.

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado para participación en entrevista

Yo, Patricia Lorena Robledo, en mi calidad de estudiante de la Licenciatura en Psicología en la Facultad ISALUD, estoy llevando a cabo un trabajo final integrador (TFI) que tiene como objetivo indagar sobre las autolesiones en la adolescencia, con particular enfoque en el cutting. Como parte de este proyecto, he solicitado su participación en una entrevista.

#### Descripción de la entrevista:

La entrevista consistirá en una serie de preguntas relacionadas con su trabajo como profesional de la salud, la misma tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

#### Objetivo del estudio:

El propósito de esta entrevista es recopilar información valiosa para mi trabajo final integrador, que se centra en responder a la pregunta: "¿Cómo se comprende el *cutting* en la adolescencia como modalidad de inscripción del malestar psíquico sobre el cuerpo?"

#### Confidencialidad:

Toda la información proporcionada en la entrevista se tratará con la máxima confidencialidad. Sus respuestas serán anonimizadas en mi trabajo final y no se revelará su identidad.

#### Derecho a retirarse:

Usted tiene el derecho de negarse a responder cualquier pregunta o retirarse de la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones.

#### Consentimiento:

Al participar en esta entrevista, usted confirma que ha leído y comprendido la información proporcionada anteriormente. Su participación es voluntaria, y otorga su consentimiento para ser entrevistado.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a esta entrevista, no dude en ponerse en contacto conmigo a través de [pl.robledo76@gmail.com](mailto:pl.robledo76@gmail.com)

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante (en letra impresa): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¡Gracias por su participación en mi proyecto!

Su colaboración es de gran valor para mi trabajo final integrador.

## Anexo 2. Entrevistas

### Objetivo de las entrevistas:

El propósito de las entrevistas realizadas es obtener respuestas de las entrevistadas en relación con la pregunta de investigación planteada en el presente Trabajo Final Integrador sobre cómo se comprende el *cutting* en la adolescencia como modalidad de inscripción del malestar psíquico sobre el cuerpo. Para dar respuesta a este interrogante se entrevistó a dos profesionales de la salud mental, por un lado a una licenciada en psicología y psicoanalista, y por otro lado a una médica pediatra y psiquiatra. El tipo de entrevista es semiestructurada y las respuestas serán utilizadas como datos cualitativos para dar sustento a este trabajo.

A continuación, se adjuntan las entrevistas realizadas a dos profesionales de la salud mental, por un lado, a la Lic. A.D y a la Dra. A, ambas residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quienes participaron gustosamente de colaborar con la elaboración de este trabajo.

### Primera entrevista: realizada a la psicoanalista A. D., quien se especializa en Adolescencia.

**Nos reunimos en su consultorio del barrio porteño de San Cristóbal. Fecha: 28/08/2025**

P: Hola Lic. A.D, ¿cómo estás? En primer lugar, quisiera que puedas definir a las autolesiones. ¿Cómo las definirías?

A.D: Las autolesiones sin intención suicida, fueron mutando, primero entraban en el conjunto de las automutilaciones, después la experiencia clínica demuestra que hay una diferencia entre la autolesión y la automutilación, inclusive conceptual. Después las autolesiones entran con intención suicida, pero la clínica y un médico psiquiatra de Estados Unidos, que hizo una investigación, demostró que las autolesiones no tienen intención suicida. Pero puede haber ideación suicida, las chicas que se cortan qué es lo que más se ve acá, por ejemplo, el famoso *cutting* o lo que se escaran o se rasguñan, o se arrancan los pelos, no tienen intención de suicidarse. ¿Entonces el DSM, que hizo? se modificó en el DSM V se modificó y ahora están las autolesiones con intención suicida y sin intención suicida. Porque el concepto de autolesión que es provocarse un daño para evitar un daño superficial, no tiene la intención de pasaje al acto de alguien que se quiere suicidar.

Por eso te decía, que una cosa es la idea o el pensamiento que acompañan algunas autolesiones y otra cosa es la intención de suicidarse. En general las autolesiones que vemos en el consultorio, al menos lo que yo vi, yo hice todo un trabajo que devino en mi libro, después te voy a invitar a la presentación y te voy a regalar un ejemplar. Escribí un libro sobre *cutting*, con todo un trabajo de investigación, de muchos años de atender pacientes, acá lo que más vemos es el *cutting*, pero el libro tiene otra casuística también. Inclusive el ministerio de salud en la gestión de C. V. en la provincia de Buenos Aires, porque durante la pandemia la práctica autolesiva aumentó significativamente. O sea, el encierro demuestra que el adolescente resuelve sus problemas

de ese modo, también habla de que son sin intención suicida. Eso es importante aclararlo, porque primero que orienta en la intervención, después que no quiere decir que en algunas situaciones no haya riesgo o que eso mute a algún pasaje al acto, pero no es lo que está de entrada en el acto de autolesionarse.

P: ¿Dentro del campo de las autolesiones, cual es la práctica que se da con mayor frecuencia?

A.D: La práctica más frecuente es el *cutting*, incluso es la práctica más frecuente a nivel internacional, de hecho, se creó la Asociación Internacional de Autolesiones. Hay un día en el cual se conmemora, que ahora no me acuerdo, si no lo podés buscar en internet, a ese día se le llama el día internacional de las autolesiones que está representado por el color naranja, se implementó en Estados Unidos, y se extrajo de otro lado el llamado proyecto mariposa, que es un proyecto que está basado en 5 pasos, no? en donde se toma un modelo de mariposa, que es la mariposa monarca, como sinónimo de transformación, y este se usa al servicio de evitar las autolesiones.

Entonces hay un montón de aplicaciones en los celulares, hay por ejemplo cuando yo comencé con la temática o hace muchos años atrás esto no existía, que cumplen una función que consiste en que cada uno cuenta los días que lleva sin autolesionarse porque lo cierto es que ningún joven se quiere lastimar, ningún joven, es un mito o es un mal entendimiento del lado de los adultos, inclusive a veces de la familia de que lo hacen porque quieren. Y no, es un recurso que tienen porque no tienen otro, es una descarga frente a un dolor que no puede ser tramitado por recursos simbólicos.

P: Sí, qué tremendo esto.

A.D: Por esto último, el *cutting*, lamentablemente es lo más frecuente digamos.

P: De acuerdo a lo que comentás, estos son los casos que más recibís en el consultorio o institución donde trabajas. ¿Cuáles considerás que son las causas más frecuentes?

A.D: Mira yo trabajo realmente solo en el consultorio, pero he ido a ver pacientes porque me han llamado colegas, sí? que están en algún lado, a sanatorios o guardias depende, eh, mirá las causas son varias las razones no, pero una es una herida narcisista. Es una herida narcisista, hay una palabra que toca el narcisismo y ese narcisismo se desmorona y también hay un sentimiento de dolor que no puede digamos, expresarse.

Entonces ese corte que además es repetitivo, porque no lo hacen una vez en general frente a alguna situación que genera bronca, odio, dolor, este, angustia y para resolver la angustia apelan al tijeretazo en la piel, ¿no? Precisamente la causa de las que yo más me encontré es, digamos, cuando el sujeto queda eh, cuando el narcisismo está herido ya sea por el semejante porque los pares cumplen un rol muy importante, no siempre lo tenemos que pensar como pensaríamos la infancia, porque digamos en la infancia hay una relación más a

las figuras parentales, a las figuras familiares, Lacan dice a los parientes próximos, pero el adolescente está en una transición exogámica, entonces a veces el semejante, sí? cumple en su mirada, ojo, a veces es una mirada a veces es una palabra, un rol importante en donde el sujeto se siente como digamos, caído de la escena y a veces también los padres frente a determinadas representaciones que se les conmueve de la metamorfosis puberal conductas de los hijos las sancionan de un modo superyoico prohibitivo, ya sea un cambio de ideales, un cambio de género en algunos casos, un cambio de referentes, un modo de hablar, ¿sí? Hay como del lado de ellos una desilusión de los padres o de las figuras familiares y a veces eso precipita el corte. Y también me he encontrado con casos en donde es como que el sujeto queda reducido a la demanda del otro, ¿no? queda reducido a un objeto en la demanda, entonces el campo del deseo, sumado a que todavía el fantasma por ahí está organizándose, conformándose, no lo sostiene. Entonces un modo de instalar una nueva identidad, una nueva existencia es mediante el corte, el corte es como que hay que leer ahí un nuevo sentido, o sea el corte viene a instalar un nuevo sentido lo tiene que leer el analista no lo leen ellos, en un segundo tiempo lo puede leer el paciente, pero el analista tiene que aprovechar esa situación de corte como para leer un nuevo sentido que le otorgue a la vida.

P: ¿Qué sabés sobre grupos que en redes sociales comparten cómo cortarse?

A.D: Cuando yo comencé con el tema no existían las redes, cuando comencé a tener pacientes e investigar la temática, el *cutting* no era lo que es ahora, ahora con el avance de las redes sociales sobre todo TikTok, ¿sí? resulta ser un canal de comunicación entre los jóvenes. Entonces se mandan mensajes de esperanza o también se enseñan a cortarse, ¿sí? hay algo que por ejemplo después un poco Instagram reguló, que algunas fotos se pueden subir y otras no, también encontrás en Google cómo lastimarse, ¿no? Sí, es un canal de comunicación y resulta ser un modo de comunicación entre los jóvenes, que por otro lado también es un modo de hacer lazos. Hay un sentimiento en el *cutting*, hay un sentimiento, hay un sentir. Freud lo dice cuando habla de la vivencia del dolor, ¿no? Hay un sentir, hay un dolor moral, hay otro que sufre como yo, desde allí se hace lazo.

P: En los casos que te han tocado, ¿los jóvenes son acompañados o hay una entrevista previa con los padres? Acompañan esto, ¿cómo lo sobrellevan?

A.D: Primero en general, en mi experiencia, sí. Uno trabaja, yo te lo diría como en dos tiempos, ¿no? En principio son traídos por los padres, pero los jóvenes no vienen por eso, ¿sí? no vienen porque se cortan y no hablan de eso, es como un tratamiento del silencio. Entonces los padres lo detectan porque encuentran, objetos cortantes, cosas escondidas o porque alguien le dice en la escuela, porque también esto ocurre en la escuela, en los baños, en los recreos. Entonces se asustan y bueno, se asustan, tienen miedo, además como va a veces acompañado de algunos pensamientos oscuros viste, sin sentido de la vida, de desamor, de que la existencia no vale nada. Entonces los padres hacen la consulta y si bien uno trabaja con el adolescente sabiendo que sobre eso no va a hablar y que viene en contra de su voluntad, ¿por qué? Hay un por qué, y te lo dice el

mismo acto, sí se corta es porque no habla, si uno acepta del lado de los púberes ese rechazo a la palabra, después pasas a un segundo tiempo en donde puede haber una comunicación dialógica, y te pueden contar que se cortan, al principio también hay cierta desconfianza y temor a que uno le cuente los padres, entonces hay un tiempo donde uno trabaja con los padres para ver qué en la escena familiar o en la escena escolar, porque a veces llaman de las escuelas para consultar qué se puede hacer para no precipitar o no favorecer cierta conducta que lleve a ese joven al corte. Si hay padres que son muy restrictivos, muy prohibitivos, muy críticos de cómo se visten, de cómo es el cuerpo, bueno evitar ese tipo de comentarios, ¿no? Por ejemplo, no, o si critican el novio que tienen, porque hay algo entre lo que los padres esperan y lo que el joven como imagen devuelve, entonces eso se puede trabajar mucho con los padres y enseguida trae efectos positivos en el joven. Y después uno trabaja como simultáneamente y después en el joven, digamos, a veces se puede entrar directamente con el tema y a veces no, entras más por contame de vos, contame de tus cosas, contame de la escuela por ahí a veces podés habilitar un juego, depende de la edad, no es lo mismo si tenés un púber, no es lo mismo un adolescente. Y hay como que tratar de encontrar esa palabra o ese significante que el joven tiene, que cuando se lo dicen tiene un efecto de aniquilamiento.

Eso te lo va diciendo, hay que saber construir la escena, la construcción la hace uno, el profesional, el analista y en un segundo tiempo después los pacientes se leen, los atendemos sabiendo que el *cutting* va a estar presente, eso hay que decírselo a los padres. Lo que sí, si el tratamiento avanza, pero favorablemente, porque eso no pasa en todos los casos, a mí no me ha pasado en todos los casos, pero como cualquier análisis. Bueno lo que uno ve como signo positivo es que el acto de cortarse se va espaciando, esas repeticiones que eran más seguidas, se van espaciando con el tiempo, eso quiere decir que la palabra va ganando.

P: ¿Ese avance va generando que empiece a circular más la palabra tanto con los pares como con la familia?

A.D: Yo les aviso a los padres, mirá esto no es algo que se va a resolver de una vez, vamos a trabajar sabiendo que puede haber cortes nuevamente. Lo que vos tenés que estar alerta es que esos hechos si se van espaciando en el tiempo significa que vamos bien.

P: Claro es un buen indicio

A.D: Hay que dar alguna orientación, porque la verdad que vienen desesperados y además hay jóvenes que se cortan mucho y hay otros que por ahí no, entonces cómo te puedo decir, hay algunos que se hacen unos tajitos en la muñeca, pero hay otros que van de la muñeca al abdomen, a los glúteos.

P: ¿Lugares que se puedan tapar, no? que se tapan con las pulseritas o con la vestimenta.

A.D: Sí, que se pueda tapar, también uno a veces les dice a los padres, nada de andar pidiendo: “mostrame, mostrame, mostrame” porque eso es como un ojo panóptico y te lo digo a vos en ese lenguaje, es un ojo invasivo.

P: Sí aparte sería como mostrar descarnadamente su dolor, ¿no?

A.D: Sí, además vos le preguntas: ¿te cortaste? y te dicen que no. Entonces uno como analista se da cuenta cuando va conduciendo al paciente, puede llegar a pesquisar cuáles son las cuestiones que lo desencadenan y yo creo que eso hay que construirle al joven, ¿no? Decirle mirá a vos te pasa esto cada vez que te dicen tal cosa, o cada vez que el otro tal otra. ¿No? La red simbólica la va construyendo uno, porque ellos se agarran de ese sentido y a partir de ahí se produce como una orientación. Algunos preguntan ¿qué hago para no cortarme? cuando ya tienen más confianza o se animan más o está más instalada la transferencia, y ahí creo que hay que dar algunos indicadores. Qué se yo, escribí, no sé raya una hoja, la escritura es un buen recurso, en general la escritura es un buen recurso porque escriben cosas hermosas muy poéticas son jóvenes poetas, son creativos, ahí expresan el dolor, la bronca, el amor y el desamor. Algunos hacen unos dibujos muy lindos. El manga, el anime japonés ayuda, porque precisamente nuclea como toda la población sufriente a los cuales ellos se pueden identificar, eso ya es una metáfora, hay que hacer el pasaje de la descarga al sentido, a la metáfora.

P: Claro, evidentemente hay algo ahí que los convoca.

A.D: Sí, también los graffitis, ¿no? Todo lo que sea simbólico, cualquier recurso simbólico es positivo, porque digamos el corte va dando lugar a la palabra, ya sea la palabra escrita, ya sea el dibujo, el graffiti en la habitación o un tatuaje, a veces aparecen con tatuajes.

P: Sí y más o menos ¿en qué rangos de edades se manifiesta con más frecuencia?

A.D: Mirá en una época la población más afectada era la población puberal, pero esto también se extendió a la edad adulta, adultos jóvenes, personas de treinta; se fue como extendiendo y la población es mayoritariamente la femenina, pero no es tan marcado, igualmente hay varones que también lo practican.

P: No tenía presente que las autolesiones también estaban presentes en adultos jóvenes. Pregunto, ¿esta práctica comienza en la adolescencia y continúa en la adultez o la encuentran como nuevo recurso?

A.D: No te olvides de lo que Freud planteaba y Lacan también sobre la época. Entonces hay una cuestión que tiene que ver con el malestar en la cultura que atraviesa todas las edades y es un recurso que usa la gente grande también. Es una descarga, Freud esto lo trabaja, viste cuando algo entra al aparato y no puede encontrar una vía de tramitación, bueno la descarga es en el cuerpo, la libido se descarga en el cuerpo. Entonces también es un modo de resolver la angustia y no atravesarla; a la gente adulta por más que el fantasma nos

sostenga, también el fantasma nos hace trastabillar, entonces hay momentos en donde hay una conmoción fantasmática y bueno la impulsividad es un modo de resolver esa conmoción fantasmática, ya sea por una crisis económica, ya sea por no sé, un fracaso amoroso o una desilusión. Bueno a veces no da el tiempo psíquico, ¿no? de encontrar algún recurso simbólico elaborativo, yo creo que estos cortes no hay que prohibirlos no hay que criticarlos, no sirve absolutamente de nada, al contrario, lo aumenta más sino que creo que hay que ver qué se quiere inscribir en ese acto, es un acto que se quiere escribir en ese corte.

P: Hay algún caso que quizás me puedas contar o que haya sido relevante en el sentido que vos consideres, ya sea por la gravedad, por las cuestiones que lo llevaron a eso, o por su historia.

A.D: Mirá todos los casos que vi reúnen estos parámetros que te estoy diciendo o estas características. Lo que te puedo decir por qué yo decidí escribir mi libro, porque quizá viste ponerme a hablar de un caso, más si este trabajo lo vas a publicar, tendría que disimularlo mucho, porque nunca se sabe a dónde llega, no sabes a quién le llega. Por ahí justo da la casualidad que alguien se ve reflejado, entonces para mantener un poco la privacidad te hablo de generalidades. Lo que yo te puedo decir es que en un momento en el consultorio me la pasaba atendiendo todo el tiempo esta problemática, por derivación porque me escuchaban, porque les parecía novedosa alguna cosa, porque no hay muchos profesionales que atiendan estos casos, en el psicoanálisis no hay. Hay mucho lo que es la línea americana, más algo conductual, un abordaje desde el comportamiento y de repente te empieza a llegar toda esta población al consultorio y si bien yo tenía una idea de lo que yo venía escuchando, es ahí donde empecé a averiguar y a leer, pero no empecé por el psicoanálisis, empecé por la antropología. Hay un antropólogo francés a quien yo recomiendo leer, David Le Bretón, no sé si lo conoces o lo escuchaste, lo trajo al país el equipo Argentino de Antropología Forense, en muchas de sus investigaciones él habla y trabaja todo lo que es la adolescencia y muchas de sus investigaciones se hicieron acá en la Argentina. Entonces me acerqué a él buscando, googleando. Así empecé a leer lo que él planteaba, lo que él decía y de ahí fui a Freud y a Lacán, porque él tenía cercanía con Lacan. Entonces sus hipótesis me llevaron digamos a formalizarlo más psicoanalíticamente, y en algún momento todos los casos fueron graves. ¿Qué quiere decir grave? bueno que había pacientes o entornos familiares más resistentes al cambio, eso es lo que hacía como por ahí más riesgoso que el *cutting* girara hacia otra cosa; porque a veces hay una tristeza muy grande, venían muchos jóvenes con mucha tristeza. El primer caso fue uno de los primeros más graves que tuve, yo dije, acá hay riesgo, entonces costó mucho hacerle entender a los padres, y yo creo que eso uno lo tiene que decir, mirá si se insiste en esta línea hay un riesgo a un daño mayor.

P: También ejerciendo presión con el estudio, con el novio, con lo que haya generado eso.

A.D: Claro, o tenés que ser como yo quiero que seas, les cuesta mucho renunciar a ciertos ideales que ellos tienen sobre los hijos, en la infancia el cuerpo les pertenece a los padres, “mamá que me pongo” o el caso donde el varón o la nena se ponen la camiseta de river y la mamá le dice “así no vas a ir a un casamiento”. Pero en la adolescencia hay un intento de apropiarse del cuerpo, de inscribir un cuerpo en desarrollo, el *cutting*

a veces viene a ese lugar cuando no hay del lado de los otros, de los parientes próximos, la familia o los semejantes un continente para que eso se produzca. Todos tenemos ideales, si estamos en el terreno de las neurosis, todos tenemos representaciones, nuestro aparato psíquico es un aparato y si estamos en la psicosis también, es un aparato representacional, o sea convivimos con eso por efecto del lenguaje. Hay familias que favorecen más la exogamia, pero hay otras a las que le cuesta el pasaje a la adolescencia porque no quieren repetir su propia historia como hijos y desean conservar ciertas costumbres y tradiciones familiares. Esta etapa es la que cuesta sobrellevar en la adolescencia de la familia, de los hijos, pero también de los padres.

P: ¿Cómo sería eso?

A.D: Como padres también depende cómo hayas transitado tu adolescencia, es como revivir esa adolescencia que hayas tenido, esa línea hay que abrirla en las entrevistas, la relación de los padres de los púberes con sus propios padres, pero no al modo de la anamnesis, no al modo de relatos, sino para encontrar puntos que no pasaron, o esos puntos de goce que pasaron sin elaboración y vuelven como diría Freud a la tercera generación. Eso es increíble como sucede y ellos no lo saben, no lo conocen de sí, no están advertidos sólo en análisis aparece.

P: Y bueno para ir terminando, quisiera que me cuentes algo de tu libro, lo que se pueda, no sé cuándo sale.

A.D: Sale el 3 de diciembre, ya está enmaquetado, sí te cuento. Bueno el libro tiene como una primera parte de doce capítulos, luego te muestro un posible diseño de tapa que tengo la computadora que hice yo, pero creo que los diseñadores lo van a hacer más lindo (risas). Mirá el libro trabaja en una primera parte esto que vos me preguntaste sobre las autolesiones, cómo se fue modificando la clasificación y hace una diferencia conceptual entre lo que es la autolesión y la automutilación, porque la automutilación que es la amputación de una parte del cuerpo, tiene que ver con que se saca esa parte del cuerpo porque el paciente o la persona lo percibe como molesto. En cambio la autolesión es otro estatuto que tiene que ver más con lo que me preguntaste al principio, con una descarga frente a un dolor, también hay análisis de algunas películas que si querés podés ver, como “Absurda” que mucha gente la vio, muchas adolescentes que tenían esta situación, bueno trabaja eso en una novela de una escritora norteamericana que también está traducida y después alguna parte donde trabajo sobre el dolor, también en esta primera parte perdón, está lo que propone Argentina con un modelo que trabaja nuestro país, el proyecto que tiene por ejemplo en algunas provincias como Jujuy, o Mendoza, donde hay protocolos para las autolesiones. Acá en la gestión de C. V. propone un modelo con charlas, con la apertura de espacios para que los adolescentes se acerquen, pero en mi experiencia, que trabajo en el conurbano y en capital, eso no se ha hecho tal como propone el modelo, que es como un modelo circular espiralado donde hay que entender factores sociales, ambientales, individuales y psicológicos. No, cuando les pregunté a los chicos sobre esto, porque estaba escribiendo el libro, consulté si esto se aplicaba y me dijeron que poco y nada.

Después hay toda una parte del libro que habla sobre la teoría del dolor desde la neurociencia, porque estaban todos los psiquiatras preocupados y neurólogos para encontrar un medicamento porque los jóvenes no registran dolor físico. Cuando yo veía los cortes, les preguntaba, ¿pero no te duele cuando te cortás? te dicen que NO, entonces ellos plantean (neurocientíficos) que está fallando en nuestro sistema endógeno de receptores de opio, que son los adormecedores del dolor, entonces todavía no hay medicación para el *cutting*, no la han podido encontrar. Después trabajo el dolor desde el punto de vista antropológico y desde el punto de vista como trabaja Freud en el proyecto de psicología para neurólogos. Y después trabajo digamos, el tatuaje, porque en una época piercing, *cutting* y tatuaje era todo lo mismo, como marcas en el cuerpo. No es lo mismo un tatuaje que un *cutting*. Entonces establezco todas esas diferencias desde el punto de vista del psicoanálisis porque Freud y Lacan le dan mucha importancia al tatuaje, el tatuaje está del lado del ideal, de la insignia, de la referencia y la pertenencia a un clan, a una familia. Un adolescente los otros días viene al consultorio con una rosa, yo lo atendía de niño cuando falleció el padre, y me dice: “me hice una rosa con el nombre de mi papá” como diciendo soy hijo de, en cambio el *cutting* está en relación a la angustia, hay toda una teoría en relación a la angustia, siguiendo a Freud cuando plantea lo siniestro eso que tiene que estar oscuro, velado, y eso familiar se vuelve presente. Entonces eso genera horror y entonces el joven dice: “ah soy eso para mis padres, soy esa sirvienta, soy Cenicienta”. Si te acordás de la película Absurda, cuando la madre le dice mi hija es un 10, un PALO y un CERO, ser la hija 10 puede ser una connotación positiva o negativa, depende, pero un PALO y un CERO. DIEZ tiene una representación, Maradona, Shakira es una bomba DIEZ, pero un PALO y un CERO queda reducido el diez, reducido a la más mínima expresión numérica. Entonces eso es lo siniestro. Después trabajo el lugar de la piel en el libro, la piel como esa superficie donde se puede producir un sentido nuevo, todo lo que tiene tiene que ver con la existencia, las identificaciones, la teoría libidinal, desarrollo el modelo óptico y lo que Lacan nos ofrece con el espejo plano para pensar la posición de analista. Uso ese modelo del esquema óptico cuando habla del espejo plano como el lugar del otro para pensar la posición del analista. Más o menos esos son los ejes centrales del libro.

P: ¿Y en el libro compartís casos clínicos?

A.D: Sí, hay casos muy velados, desde el libro yo propongo desde el *cutting*, Cutting-Sentido, por esto que estábamos hablando al principio de la conversación, no? Que hay un sentido y hay un sentir, entonces el *cutting* se transforma en *cutting*–sentido. Hay un sentimiento que habita el *cutting* y hay un sentido como un sentido simbólico que hay que encontrar y que también ellos lo hacen con un sentido. Con un sentimiento y con un sentido, es tarea del analista poner eso en la mesa. ¿Se entiende?

P: ¿En referencia a casos que atendiste y hayan atravesado el *cutting* y ya lo hayan dejado de hacer, pudiste ver si hay una mirada retrospectiva?

A.D: Si, y después he tenido por ejemplo una situación así, que bueno eso terminó, concluyó, pero en un segundo tiempo del análisis en donde algo de eso, de ese corte, se inscribe como rasgo de carácter. ¿Es

cortante! Entonces uno se inscribió, eso que antes se hacía como corte, se inscribe como “ella es cortante”, le corta el rostro, le vas poniendo la polisemia. ¿Entendés?

Entonces en la segunda vuelta si bien los jóvenes te dicen “ya no me corto más”, empezás a indagar y dicen: vengo por esto, por esto, por esto, ¡entonces ah! ves que eso se inscribió como una traza simbólica. Ella es cortante con los chicos, les corta el rostro a las amigas, entonces eso que aparecía como tijeretazo pasa a nivel significativo o a nivel simbólico, vamos a decirlo así, entonces ya tenés la posibilidad vos de hacer ese pasaje, mirá antes te cortabas, pero vos ahora te volviste cortante. “Le cortas el rostro a ella, no le perdonas una, le cortas el rostro a los novios”. Algunos vuelven otros no, esta paciente porque volvió, entonces pudo darse este segundo tiempo del análisis, pero en general no tuve segundas vueltas más que esta.

Me pasó en el otro consultorio, una chiquita que se cortaba los glúteos y bueno se resolvió la situación que se yo, que sé cuánto y un día pasado unos años me la cruzo en la farmacia de la vuelta del consultorio, ella salía y yo entraba, me saluda “Que hacés A, ¿seguís teniendo el consultorio acá?” Le digo, si y veo que tenía shorts, algo que antes no usaba, veo que tenía un shortcito, ya había pasado un año más o menos o sea que te quiero decir que no me fijé si se cortó o no, me fijé y me di cuenta que el short es corto, que había pasado del “corte” a los shorts, podía mostrar y esa etapa ya era superada. Por supuesto que no se lo dije porque ya no es paciente, lo vi porque sabía el lugar donde estaba focalizado el corte, esa parte que antes estaba toda tapada, ahora se podía mostrar.

P: Bien, por mi parte no tengo más preguntas, dejo abierto este espacio para que hagas el cierre que consideres o nos compartas algo de la clínica que creas que haya quedado pendiente.

A.D: Podría decirte algo, me parece que hay que tener paciencia, que no tenemos el saber sabido de todo, yo aprendí mucho con ellos. Creo que, si uno se muestra receptivo y abierto a “mostrame tu mundo, contame tu mundo”, en una situación dialógica. Creo que el diálogo es el diálogo, no como yo sé más que vos, sino en diálogo y aceptar por ahí el rechazo al inicio del tratamiento, el no sé si voy a venir no sé si quiero venir, a ese rechazo hay que aceptarlo y no dar por supuesto de que lo que dicen es. Me parece que hay posibilidades de que eso remita...porque no se quieren cortar, no hay esto de ay quiero un helado voy y me lo compro. No lo quieren hacer y te lo dicen, pero no encuentran otra forma. Tenemos que ayudarlos a que encuentren otra forma en la medida de lo posible. También hubo tratamientos que no han progresado, que se han suspendido por diferentes vicisitudes. Ya sea por distancia o porque los padres no ven mejoría rápido entonces van para otro lado. Eso pasa en cualquier tratamiento.

P: Creo que es necesario darle tiempo a cada caso, porque hay un tránsito que hay que hacer y no se trata de encajar, bueno el tratamiento de un mes a dos meses por poner un número, esperando a que todos entren en esa matriz, ¿no? Como si fuese la cama de Procusto, tenés que entrar acá y no es tan fácil, siempre es el caso a caso, cada subjetividad es completamente distinta.

A.D: Por eso digo es muy importante todo eso aclararlo de entrada en las entrevistas a padres y armar un canal de comunicación, una puerta abierta porque sin eso no se puede, sin eso bien instalado es difícil.

P: Claro porque depende de sus padres y a veces las familias demandan respuestas así, todo rápido. Y, para terminar, quisiera saber ¿hace cuánto tiempo trabajas con adolescentes?

A.D: Yo hace más de 30 años que me recibí, y con adolescentes no sé, siempre trabajé con adolescentes. No te podría decir, perdoná, pero no te podría decir exactamente, lo que te puedo decir es que siempre trabajé en situaciones graves porque yo me formé en el hospital, hice muchos años de guardia, atendía la guardia externa y la guardia de psicopatología y también trabajé en clínicas; después hacía urgencias domiciliarias entonces eso es como que me dio un entrenamiento que me ayuda un montón a resolver situaciones en el consultorio.

P: Claro porque a las guardias llegan todo tipo de casos, de distintas clases sociales.

A.D: Sí, el *cutting* no tiene clase social, es una patología de gente pobre o de gente rica, es lo que pasa en esta época.

P: ¿En qué hospital trabajaste?

A.D: En el hospital R. M., estuve más de diez años, hice 5 años de concurrencia y después me quedé en las guardias como becaria honoraria con un proyecto de investigación, la investigación siempre me gustó, fueron muchos años. Antes estuve en el hospital P. en la parte de cardiología en interconsulta todo eso y después trabajé en una clínica psiquiátrica haciendo guardias también, después trabajé en prepagas yendo a domicilio, pero siempre en todos los casos difíciles me llamaban a mí.

P: Claro por toda tu formación, que interesante. Bueno licenciada, te agradezco que hayas respondido a mis preguntas y quedo a la espera de la presentación de tu libro.

**Segunda entrevista: realizada a la Dra. A, quien está realizando en la actualidad su residencia en psiquiatría infanto juvenil en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

**Fecha: 29/09/2025**

P: Para comenzar, quisiera que me cuentes sobre tu trayectoria profesional. Lo que quieras contar sobre tu carrera.

Dra. A: Yo hice la carrera de Medicina en la UBA y después hice la residencia de pediatría primero en el hospital G donde quedé como jefa. Después me vine a hacer la residencia de psiquiatría infanto juvenil acá en el Hospital I. Siempre estuve entre las dos especialidades. La pediatría me abrió mil puertas y después seguí con las ganas de acercarme a la Salud Mental. Ese fue mi recorrido, y ahora terminé la de psiquiatría. Así que reciente título de psiquiatra.

P: Felicitaciones

Dra. A: Gracias, largo recorrido de residencias; y ese es un poco el recorrido formativo profesional. Lo conozco porque provengo de familia de profesionales en salud y particularmente de la Salud Mental, así que he mamado en casa el tema y tal vez es por ello que surgió mi interés por la psiquiatría. También tuve la oportunidad de dar clases de Biología en la facultad, si bien la materia no tenía mucho que ver con mi especialidad, tenía un lindo proyecto docente. Me encanta la docencia, hice la carrera docente de la UBA también, y en algún momento me gustaría encontrar un rol docente en algún lugar en salud, me encanta. También fui parte de una agrupación cultural durante la facultad, teníamos una revista, un programa de radio y abordamos temas que tenían que ver con la interrelación salud con la cultura y las distintas representaciones sociales.

P: En la actualidad ¿Estás trabajando con adolescentes en alguna institución?

Dra. A: Sí, sí. En el Hospital I.

P: ¿Me podrías comentar si tienen consultas sobre autolesiones en adolescentes? ¿Cuál es la práctica que se da con mayor frecuencia?

Dra. A: El tema de las autolesiones es súper amplio. Hay cosas más explícitas que otras, lo más conocido para todos son los cortes en antebrazos y demás, pero pueden ser un montón de cosas, como arrancarse el pelo, punzarse con algún objeto, o quemarse. Justo hoy más temprano, formé parte del equipo de interconsulta acá en el hospital, con internados por cosas clínicas y que por algún motivo ameritan abordaje también en el área de Salud Mental. En el encuentro, pensaba que también hay un capítulo de autolesiones no tan evidentes como cortarse, como por ejemplo la falta de auto cuidado de enfermos crónicos que tienen que seguir un tratamiento y lo dejan o lo hacen mal.

P: De acuerdo a tu experiencia en el campo ¿Cuáles son algunas causas de estas autolesiones?

Dra. A: Son varias, y lo más sorprendente es la corta edad en la que inician. Cuando comencé en el hospital esperaba que las autolesiones se presentaran en adolescentes, digamos de 15 años para arriba, y la realidad es que me ha tocado atender niños muy pequeños con situaciones autolesivas; de ocho años, por

ejemplo. En general vienen acompañados acá, suelen ingresar por Guardia, pero muchas veces las consultas por guardias tienen que ver con lesiones de primera vez o una recaída de situaciones agresivas de alguien que ya tenía antecedentes. Y ahí siempre, tanto en el consultorio como en la guardia, lo primero que hay que empezar a discernir, es saber qué desencadena la autolesión. Obviamente un poco los antecedentes y la intencionalidad, ya que lo más frecuente son las descargas ante la angustia. El rango etario más frecuente, aunque no tengo una estadística ahora como para decirte números concretos, es en adolescentes y son, en su mayoría, descarga ante alguna situación de angustia, para poder expresar su dolor.

P: ¿De qué manera se abordan los casos de autolesiones?

Dra. A: En principio, aunque parezca obvio, hay que indagar con los recursos que puede contar el paciente, tanto familiares, de posibilidades, de acompañamiento, etcétera. No es lo mismo una familia que tiene padres con trabajo en blanco, que pueden pedir una licencia, a padres que no pueden dejar de trabajar porque si lo hacen no pueden darle de comer al resto de sus hijos. Eso es una realidad. Entonces eso cambia bastante el enfoque, porque la posibilidad de acompañar pacientes con alguna patología en Salud Mental cambia y en la población infanto-juvenil el trabajo con la familia es fundamental siempre. Otro factor importante son los recursos para las terapias: cómo poder sostener una terapia. Porque una cosa es una comida, pero que pueda sostener una psicoterapia de forma particular o que tenga una cobertura de salud que les facilite el recurso es otra cosa. Porque el sistema público de salud para sostener la terapia está colapsado, y también existe la necesidad de sostener la medicación, la internación, y los recursos post internación son mucho más complejos en el sistema público. En el sistema privado los acompañamientos terapéuticos, los centros terapéuticos, así como la posibilidad de brindar recursos es muy distinta. También hay cosas que están más aseguradas para ciertas familias que tienen cierto poder adquisitivo, como la vivienda, la alimentación. En el caso del hospital público hay otras urgencias que acompañan y complejizan los cuadros, como el tema de consumo problemático que, si bien hay en todos lados y clases sociales, no es la misma problemática de consumo que llega al sistema público.

P: Sí, entiendo.

Dra. A: Más allá de lo que está pasando en el momento, tenés que armar una red de acompañamiento del tratamiento, me pasó. En pediatría uno está acostumbrado a hacer un diagnóstico, hacer un tratamiento y en una semana ya está resuelto en la mayoría de los casos: una neumonía por ejemplo haces el análisis de lo que tenés que hacer, llegás a un diagnóstico y tenés una resolución. Y esperas una respuesta en una cantidad determinada de tiempo. La Salud Mental funciona completamente distinta, me costó un montón cambiar el chip acerca de los tiempos y las respuestas que son otras según el tiempo de cada paciente, de cada familia, y que no hay un protocolo a seguir. Cada situación de autolesión es diferente. Por ejemplo, a un adolescente de 15 años con otro cuadro, que viene autolesionándose porque viene con un cuadro anímico, puede tener 50.000 cosas diferentes, aunque el título sea la autolesión.

P: Claro, ¿en todos o en la mayoría de los casos se receta medicación?, es decir ¿se le asigna una medicación para el tratamiento?

Dra. A: Depende mucho de la situación que uno evalúe y en qué contexto uno está haciendo la evaluación: en la guardia siempre el abordaje es interdisciplinario, en el momento. Nosotros atendemos la guardia en duplas de psicólogos y psiquiatras. Y en contexto de la guardia de pediatría, por lo menos en el Hospital I, seguro están las tres patas: pediatría, psicología y psiquiatría pensando juntos. Entonces al ser una evaluación conjunta, todo va a depender un poco de evaluar el riesgo, los antecedentes y la posibilidad de seguimiento o no para pensar si es necesario un abordaje farmacológico o no, no es lineal. Muchas veces fue por un único evento que pasó, unos días atrás, y un paciente hace una crisis y se hace un corte muy superficial. Para ponerlo en contexto, pasa un montón en grupos de amigos que están con situaciones muy complejas y que se viene haciendo autocortes por curiosidad, pero se lo hacen, se asustan y avisan al segundo. Y hay como todo un trabajo de elaboración posterior a eso y uno puede seguirlos de cerquita y no estar en un tratamiento farmacológico necesariamente de entrada.

Pero esto, que puede ser un episodio de una única vez, que se da como una especie de “actuación” de lo que puede ser un desborde o una crisis de angustia, desborda un poquito y emerge como corte en el cuerpo. Pero es real que actualmente este recurso está mucho más a mano.

P: ¿Recordás algún caso, que por el motivo que consideres, haya sido relevante? Por supuesto preservando la identidad, alguna situación que te haya conmovido y puedas describir brevemente.

Dra. A: Sí, estoy pensando. No recuerdo ninguno en particular, pero si esta sensación de recordar varias entrevistas y pensar “yo a esta edad estaba jugando a las muñecas” y hoy pienso cuántas chicas y chicos están con situaciones de mucho riesgo y que el recurso sea autolesionarse por situaciones muy complejas. Es un gran impacto, y eso sí lo tengo como muy presente ya que en situaciones extremas pueden llegar al suicidio.

P: En relación a lo que estamos hablando ¿Podrías nombrarme algunas causas frecuentes de las autolesiones?, que llegan al consultorio

Dra. A: Sí, sí, como desencadenante, aunque no tenga los números en la cabeza a modo estadístico y sea más una sensación subjetiva mía, veo mucha dificultad para sostener las exigencias escolares, o mucha dificultad para la tolerancia a la frustración. Eso desencadena un montón de episodios; entonces hay momentos del año y cierta estacionalidad, donde se producen mayores crisis con respecto a estas situaciones, tales como fechas cercanas a los exámenes de fin de año, o previo a las vacaciones de invierno. Eso desregula un montón. También la imposibilidad de sostener una escolaridad obligatoria, como un cierto rechazo escolar importante ¿no? También, hay una percepción de que la mirada del otro se corrió a otro lado. O la dificultad para tolerar ciertas frustraciones de la vida cotidiana. En este sentido, me impresiona que también es una generación muy acostumbrada a la satisfacción inmediata de un montón de cosas. Aparte hoy internet, Google, las pantallas,

que ofrecen una satisfacción inmediata y no hay un ejercicio de la espera, hay poca elaboración. Hoy en día se hace difícil pensar en que armen un rompecabezas de mil piezas, todo tiende a lo inmediato. Hay una gran intolerancia a la frustración y a que las cosas no sean inmediatas. O tener que soportar cosas que capaz el beneficio uno no lo ven inmediatamente, sino que lo ven después.

P: Y en estos casos ¿hay un registro de la familia? Por ejemplo, en referencia a esto que venís mencionando, le decís a la familia, su hija/o no tolera la frustración. Hay un registro donde puedan reconocer, “bueno está con mucho con el celular o no puede esperar”. ¿La familia como acompaña?

Dra. A: Mucho no, hay como una dificultad generalizada para el manejo de los límites a las pantallas y las redes. Me parece que eso es en general, en todos lados. La tecnología se metió en el colegio, en las casas, los trabajos, eso nos pasa a todos. Nos pasa en los consultorios, que tenemos historia clínica electrónica y estamos con la computadora y estamos atendiendo a los pacientes, y capaz que nos piden esperar y es muy difícil como regular eso. Porque también estamos nosotros usándola en el momento en el que se tiene que poner el límite, entonces, así como los adultos nos volvimos adictos a las pantallas, es difícil poner límites a esos chicos.

P: Bueno, quiero agradecerle tu tiempo y la predisposición para responder a mis preguntas.

Dra. A: De nada, gracias a vos.