

AUTOLESIONES Y CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA. CORTARSE PARA NO PERDER EL LAZO

*SELF-HARM AND RISKY BEHAVIORS IN ADOLESCENCE:
CUTTING TO AVOID LOSING THE BOND*

*AUTOLESÕES E COMPORTAMENTOS DE RISCO
NA ADOLESCÊNCIA: CORTAR-SE PARA
NÃO PERDER O VÍNCULO*

Ana Goodson

Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica, Universidad de la República
Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: anagoodson@gmail.com

ORCID: 0009-0003-2315-3392

Juan Irigoyen

Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica, Universidad de la República
Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: juanirigoyen73@gmail.com

ORCID: 0009-0000-9842-3914

Recibido: 4/4/2024

Submitted: 4 April 2024

Recebido: 4/4/2024

Aceptado: 7/3/2025

Accepted: 7 March 2025

Aceite: 7/3/2025

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

GOODSON, A. e IRIGOYEN, J. (2025). Autolesiones y conductas de riesgo en la adolescencia. Cortarse para no perder el lazo. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 6(1), 13-28. DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/6.1.1

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Resumen

Las lesiones autoinfligidas y las conductas de riesgo son un problema clínico frecuente en la adolescencia. Si bien se vinculan a los trabajos psíquicos propios de esta etapa, también evidencian fallas en la elaboración psíquica de experiencias y afectos. Destacamos la importancia de una detección oportuna y de una respuesta terapéutica adecuada desde el inicio. A partir de una viñeta clínica, reflexionamos sobre algunos de los aspectos psicodinámicos implicados y compartimos nuestra experiencia en una institución pública.

Palabras clave: adolescencia, cuerpo, pasaje al acto, consultas terapéuticas.

Abstract

Self-inflicted injuries and risky behaviors are a common clinical issue during adolescence. While they are linked to the psychological processes inherent to this stage of life, they also reveal difficulties in the mental processing of experiences and emotions. We highlight the importance of early detection and appropriate therapeutic intervention from the outset. Using a clinical vignette, we reflect on some of the psychodynamic aspects involved and share our experience in a public institution.

Keywords: adolescence, body, acting out, therapeutic consultations.

Resumo

As lesões autoinfligidas e os comportamentos de risco são um problema clínico frequente na adolescência. Embora estejam relacionados aos processos psíquicos próprios dessa etapa, também evidenciam falhas na elaboração mental de experiências e afetos. Ressaltamos a importância da detecção precoce e de uma resposta terapêutica adequada desde o início. A partir de uma vinheta clínica, refletimos sobre alguns dos aspectos psicodinâmicos envolvidos e compartilhamos nossa experiência em uma instituição pública.

Palavras-chave: adolescência, corpo, passagem ao ato, atendimentos terapêuticos.

IMPORTANCIA DEL TEMA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGÍA¹

Las conductas autolesivas no suicidas son un problema clínico frecuente y de gran relevancia a nivel de la salud pública. De forma característica, el inicio de estas conductas se produce en la adolescencia, si bien es cada vez más frecuente su inicio durante la infancia (Brown y Plener, 2017). Una conducta autolesiva se define como toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte (Favazza, 1990).

Las conductas autolesivas más comúnmente observadas son los cortes en extremidades y abdomen producidos con objetos punzantes. Se encuentran localizados con mayor frecuencia en muñecas y cara interna de antebrazos, seguidos por piernas, abdomen y, en último lugar, cabeza. También pueden consistir en magulladuras y escoriaciones de la piel hasta sangrar, quemaduras, introducción de objetos subdérmicos y otros. Se excluyen los comportamientos aceptados socialmente como piercings, tatuajes, rituales religiosos, etcétera, en los que, a diferencia de los anteriores, se encuentran aspectos relacionados a lo simbólico o de afirmación de pertenencia a una subcultura o estamento (Maurente et al., 2018).

Se estima que la prevalencia de conductas autolesivas en la adolescencia se encuentra en torno al 10% en la población general, mientras que en población que recibe atención psiquiátrica es del 35% (Grandclerc et al., 2016). Ocurren de forma significativamente superior en el género femenino por sobre el masculino (Brunner et al., 2014). En cuanto a su curso evolutivo, la evidencia señala un pico en la prevalencia entre los quince a diecisiete años, que decrece hacia la juventud y adultez temprana (Plener et al., 2015).

¹ La editora María Eugenia Noble aprobó este artículo.

Si bien en la propia definición de estas conductas se establece la ausencia de intención de morir, en diferentes trabajos se destaca el riesgo significativo que implican las conductas autolesivas para los intentos de autoeliminación (Andover et al., 2012) así como para el suicidio consumado (Hawton et al., 2015). En una revisión de estudios sobre la autoagresión se encontró que un año después del episodio de lesión autoinflingida, el 16% había repetido la conducta y el 2% había muerto por suicidio (Herpertz, 1995).

En nuestro medio, de acuerdo con el registro de datos anonimizados de la Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica sobre las derivaciones que recibe, desde el Departamento de Emergencia Pediátrica y las salas de internación del Centro Hospitalario Pereira Rossell, las conductas autolesivas en conjunto con la ideación suicida y el intento de autoeliminación «constituyeron más de un tercio de las consultas anuales, siendo el segundo motivo de interconsulta, detrás de las situaciones de maltrato en sus diferentes expresiones, durante el transcurso de los años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023» (Garrido, 2023, s.p.).

COMPRENSIÓN PSICODINÁMICA

Las autolesiones y las conductas de riesgo son entendidas no como una entidad clínica en sí, sino como manifestación sintomática que puede asentar en distintos cuadros psicopatológicos o aun en ausencia de un cuadro nosológico consolidado. En conjunto con otras, como el intento de autoeliminación, el suicidio, las toxicomanías y la violencia en todas sus formas, ponen en evidencia las fallas del sujeto para transformar las experiencias corporales y los afectos en procesos psíquicos pasibles de ser elaborados. Es frecuente que aparezcan estas conductas en la adolescencia en forma de actuación autodestructiva, evidencia de sufrimiento en un aparato psíquico aún en proceso de conformación, pero caracterizado por una pobre capacidad de mentalización, integración y elaboración de afectos.

La tendencia a actuar en la adolescencia es frecuente y puede representar un modo de elaborar una realidad interna invadida por todos los cambios inherentes a la etapa. Pero si bien la acción puede ayudar a enfrentar los conflictos internos, en adolescentes de mayor vulnerabilidad, con antecedentes tempranos de déficits importantes en los procesos de discriminación y simbolización, el recurso a la acción puede significar un impulso hacia la activación de conductas peligrosas.

Le Breton (2011) refiere que el término *conductas de riesgo* en jóvenes generaciones se utiliza

para designar una serie de conductas disruptivas y discordantes, en las que el común denominador es la exposición de sí, a una probabilidad nada despreciable de herirse o incluso morir, de lesionar su porvenir personal o poner su salud en peligro. (p. 47)

Poder determinar la intención (de muerte o no) frente a un acto autodestructivo en nuestra práctica es una tarea crucial, pero nada fácil. La muerte podría llegar a concretarse por varios motivos. Por una evaluación insuficiente del adolescente de la dimensión de los riesgos a los que se expone, porque frente a la conducta el adulto no evalúa adecuadamente la intención latente o porque, en la evolución, frente a la ausencia de mirada y respuesta, el adolescente transcurre hacia la desesperanza y puede llegar a un genuino deseo e intención de morir.

Si bien constatamos frecuentemente en la clínica que en muchos de estos eventos no hay un genuino deseo de acabar con la vida, destacamos la importancia de no dejar de considerarlos una señal de alarma y un indicador de un sufrimiento que requiere ser desentrañado y asistido. Todas estas conductas de riesgo constituyen una forma de pasaje al acto cuyo sentido podrá surgir o no en un tiempo posterior y solamente a la luz de la propia y única historia personal.

VIÑETA CLÍNICA

C,² de catorce años, ingresa al Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell por lesiones cortantes en antebrazos y cuello. Este episodio se produce luego de una discusión con su padrastro, tras la cual ella se retira a su cuarto, rompe un vaso de vidrio y con él se hace los cortes. Al rato vuelve al espacio familiar común, y entonces su padrastro visualiza las lesiones.

Al momento de la consulta, el núcleo familiar de la adolescente estaba conformado por la expareja de su madre —quien había fallecido poco más de un año atrás—, el hijo en común de ambos, de ocho años, y ella. En otra vivienda, ubicada dentro del mismo predio, vivían los abuelos maternos con tres hijos: uno adolescente y dos adultos jóvenes. C concurría al liceo de la zona y mantenía un rendimiento académico bueno.

Los antecedentes vitales relevantes son la separación de la pareja parental en sus primeros años de vida, que de niña mantuvo contacto irregular y esporádico con el padre, hasta que él emigró a otro continente, y que su mamá había fallecido a consecuencia de una enfermedad terminal de rápida evolución.

La situación que motivó el episodio fue que el padrastro encontró en una red social un comentario que ella había hecho sobre un encuentro amoroso con un joven adulto, con antecedentes de problemas con la ley y de vinculación con la venta de sustancias psicoactivas. La familia estaba en conocimiento de este vínculo y le había puesto el límite a la adolescente de que finalizara dicha relación.

C ubica el inicio de los cortes aproximadamente a los diez años y lo relaciona con sentimientos de minusvalía y de no ser querida, lo que asocia con el alejamiento paterno. En consulta relata: «A los once me corté; intenté juntarme con él de nuevo, ahí lo vi tres veces y después se fue», «Mi abuela, a las semanas de la muerte de mi madre,

2 Para salvaguardar la identidad y preservar el anonimato se modificaron los datos de los pacientes.

me dijo que nadie estaba encargado de mí», «Todo el mundo me hace sentir mal, me dicen que ahora soy como la madre [respecto a mi hermano]», «Siento que ahora nadie tiene el control; no sé qué va a pasar, estoy ansiosa, como todo el día», «Siento que no tengo control de las cosas y me pongo mal; me pongo nerviosa, me desespero», «Mi madre no está, se fue; tenía cáncer de mama», «En casa hablábamos de eso, pero yo no quería escuchar eso».

Se detecta, además, la presencia de otras conductas de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas de forma episódica, puntual, en contexto de gran malestar y desborde: «Yo me drogo porque quiero, yo voy a la boca, yo la pago, me la pongo; ahí me siento en control».

Realiza salidas intempestivas del hogar o del liceo en momentos de frustración o intensa angustia, y vagabundeaba por zonas de contexto crítico, expuesta a situaciones de peligro. Al respecto, comenta: «Yo en ese momento no pensaba, cuando lo hago; después me pongo nerviosa», «En el momento no me importa, si pasa, pasa».

Diferentes autores coinciden en darles a los cortes en el adolescente el estatuto de un comportamiento impulsivo, como algo que se escapa, pero que al mismo tiempo se necesita escribir en la piel; una forma de apropiarse del cuerpo y, a la vez, poder decir lo que le está sucediendo (Le Breton, 2011; Manca, 2011; Kuras de Mauer, 2015). La paciente de nuestra viñeta, al referirse al episodio de cortes que motivó la consulta, relata que ocurrió en un momento de intensa angustia que se desencadenó repentinamente y en el cual no había palabras para mediar. A raíz de un evento conflictivo con su padrastro, realizó los cortes en soledad y volvió posteriormente a la escena familiar, donde las heridas quedaron a la vista, a modo de señal o alerta respecto a lo que estaba ocurriendo.

Es frecuente encontrar intensos sentimientos de abandono y soledad detrás de estas actuaciones autodestructivas, ligados a experiencias tempranas de carencias afectivas. Citando a Dartiguelongue, Sardar (2020) sostiene que, si bien la conducta se realiza en soledad, tiene habitualmente como antecedente y estímulo situaciones de abandono,

descuido o indiferencia ejercidas por un otro. Tras manifestaciones inherentes al proceso adolescente —como el mostrarse desafiante con sus adultos referentes, desconfiado y con dificultades para expresar lo que siente—, puede ser que el adulto se retire, impotente, y decline en su función parental, lo que ubica al adolescente como un objeto residual. Esto lleva a que el adolescente sienta la indiferencia del mundo adulto (Sardar, 2020). Janin (2013) señala la autolesión como un recurso al que el adolescente muchas veces recurre como forma de declararse existente en un mundo en el que se percibe sin lugar.

En nuestro caso, la propia adolescente logra vincular posteriormente sus conductas de corte con sentimientos de abandono: primero, de su padre y, luego, tras el fallecimiento de su madre. A pesar de tratarse de circunstancias claramente diferentes, C resume ambas situaciones con un mismo enunciado: «se fue». También expresa sentimientos de abandono respecto de sus abuelos y padrastro, y relata palabras que atribuye a su abuela, quien habría dicho que no hay ningún adulto a cargo de ella.

Estos aspectos nos remiten a la crisis familiar que surge correlativa a la crisis del adolescente, a partir de la cual los adultos en función parental deberían poder ocupar su lugar de otra manera, que llevase a modificaciones en la organización y dinámica de la familia, en función de las nuevas necesidades del ahora adolescente. Para esta adolescente y su familia, a la crisis familiar esperable se le agregó la pérdida de una integrante fundamental del núcleo familiar, con el consiguiente duelo de los adultos referentes que quedaron y sus inherentes repercusiones.

Para Sardar (2020), el modo en que el adolescente puede resolver la angustia relacionada con los diferentes procesos y situaciones inherentes a su etapa tiene que ver con el modo en que esta angustia es tomada por el otro familiar. Cuando a estos les es difícil tolerarla, la tensión agresiva puede verse aumentada y, ante la falta de recursos psíquicos, el adolescente podría recurrir a mecanismos más arcaicos y volcar la agresividad hacia sí mismo.

Detectar los cuidados que esta adolescente estaba necesitando, que de alguna manera y a través de sus actos ella misma reclamaba, fue un elemento fundamental en el trabajo con la familia y un precursor de movimientos favorables en la adolescente.

Desde el lado de la adolescente, ¿cómo se afrontan los múltiples desafíos del trabajo adolescente, incluida la desidealización de las figuras parentales de la infancia, con una mamá fallecida y en un momento en el que los adultos referentes que han quedado están en proceso de duelo? A la pérdida, en los hechos, del sostén materno por su muerte se le suma el desafío de una etapa vital cuya tarea será la conquista de autonomía. En busca de esta conquista, el adolescente intenta *cortarse solo*, expresión que hace alusión al mismo tiempo al «desgarro del desasimiento marcado en la piel, la búsqueda y el dolor de estar solo, y la insuficiencia de recursos narcisistas para construir una nueva imagen corporal» (Kuras de Mauer y May, 2015, p. 4).

CONDUCTAS QUE INVOLUCRAN EL CUERPO

El corte funciona como una puesta en el cuerpo de conflictos y afectos, que busca regular tensiones a través de su ataque. En contexto de entrevista, C dice: «Siento que no tengo control [...] y me pongo mal; me pongo nerviosa, me desespero». Al desconocer las determinaciones inconscientes que generan esta angustia insoportable, se la pone en acto buscando el alivio y se genera así una forma particular de luchar contra el malestar. Al cortarse, el circuito de angustia y alivio queda inscripto en la piel a través de sus marcas, lo que impide la desmentida.

Lo que se corta es la piel, envoltorio a través del cual se dieron los primeros intercambios con la madre. Sobre esta superficie, que mediante las distintas experiencias sensoriales tempranas queda investida como superficie libidinal, impactarán tanto el amor y la ternura, como la sobreexcitación y el trauma. En un momento de reedición de viejas carencias narcisistas que se desencadena a partir del proceso

adolescente, el acto de cortarse la envoltura de la piel y sus marcas podrían ser testimonio de una insuficiente libidinización de los bordes de ese cuerpo.

Por otra parte, el cuerpo, como sustrato fundacional para lo psíquico desde los inicios de la vida, adquiere en la adolescencia un lugar central: con sus múltiples transformaciones en lo físico, se convierte en soporte visible, a la vez que disparador de todo el movimiento psíquico que constituye el proceso adolescente. Los cambios corporales de la pubertad son experimentados por el sujeto con extrañamiento y desconocimiento de un cuerpo que se vive como descoordinado, torpe, disarmónico y fragmentado. Esto lo enfrenta a una doble exigencia: por un lado, al duelo por el cuerpo infantil y, por otro, a la tarea de reinscripción psíquica de un nuevo cuerpo diferente al de la infancia.

Algunos autores entienden las autolesiones como un intento de delimitar el espacio de ese nuevo cuerpo extraño (Le Breton, 2011; Kuras de Mauer, 2015; Sardar, 2020). La autoincisión permitiría bordear un límite allí donde no se lo percibe en forma consistente, en un intento de delimitación y apropiación del nuevo y propio cuerpo. También, en el acto habría una voluntad de deshacerse de una parte de sí y, sobre todo, de la parte que ocasiona sufrimiento.

El cuerpo es también escenario que convoca la mirada del otro y la propia mirada; puede convertirse en el lugar donde, mediante actos, se hagan tangibles las búsquedas y los conflictos que se están batallando. Para Le Breton (2011), el lazo que existe entre uno y uno mismo, y el que nos relaciona con el mundo, es en ambos casos el cuerpo. Se comprende, así, que el *pasaje* sea corporal. El cuerpo debe amarrarse a algo para que la vida pueda tener un sentido; se trata de encontrar en una experiencia del cuerpo el lugar desde el cual iniciar una relación con el mundo.

La interpretación que el individuo hace del propio cuerpo y del mundo constituye la posición que sostiene el sentido de la vida para cada uno y lo ubica en forma subjetiva frente a sí mismo y a los demás. El juego con la muerte es una forma de interrogar el sentido de la

vida. Para Le Breton (2011), en estas conductas no hay en el adolescente un deseo ni una búsqueda de muerte; al contrario de morir, desea vivir más, lograr una intensidad de ser.

Estas conductas del adolescente muestran la necesidad de afirmar su identidad, asegurar un sentimiento de sí y de ser el actor de su propia historia. Esto se traduce en un juego, más o menos simbólico, consistente en probar los propios límites al confrontar los que fueron establecidos por el entorno familiar y social. Se trata de un desafío personal que provoca un momento de intensidad de ser y genera, luego, muchas veces, el sentimiento del propio valor, del propio coraje. Ponen en funcionamiento un narcisismo que permite reconstruirse. Es un forcejear para poder por fin acceder a sí mismo.

En estos gestos también puede buscarse provocar y controlar el entorno. Las conductas autolesivas provocan gran impacto social, ya que la búsqueda de la sobrevivencia es un principio inherente tanto a los seres humanos como al resto de los seres vivos. A través de esta violencia hay una provocación al entorno, a manera de reclamo por sus fallas, pero también para testear el amor que se le tiene. En un justo reclamo por no haber sido ni ser reconocido como sujeto de pleno derecho, valorado en su proximidad y también en su alteridad, estas conductas son el doloroso rodeo para afianzar el valor de su existencia ante los ojos de los otros. A la vez, en estas conductas hay un intento de comunicar a los otros el sufrimiento por el que se está transitando, en lo que está implícita la búsqueda de un soporte ambiental y el deseo de iniciar una relación con el mundo y ser incluido en él.

Este probar los propios límites y los límites de los otros forma parte de la normalidad. Pero, si el adolescente no encuentra un entorno que se sostenga y sobreviva a sus movimientos, el proceso podrá degenerar y tomar un curso no saludable. Es muy difícil hacerse carne en un mundo problemático.

EL ACTO COMO LLAMADO

Nuestra adolescente se corta y exhibe inmediatamente sus múltiples lesiones sangrantes a su padrastro, quien de forma inmediata convoca a sus abuelos, lo que determina el movimiento de todo este núcleo familiar a concurrir al hospital. En las consultas siguientes a la inicial, relata en varias ocasiones sus conductas de riesgo en un tono de afirmación propia y exaltación tal, que provoca en quien la recibe un espanto del cual ella no da cuenta y, por momentos, incluso dudas respecto a la magnitud real de lo relatado. Al mismo tiempo, surge la certeza de su búsqueda de ser recibida y atendida en sus necesidades, más allá de no poder explicitarla.

Estas conductas, a pesar del riesgo de nefastas consecuencias imprevistas, los sufrimientos que arrastran y el funcionamiento psicopatológico que implican en el momento y a futuro, podrían llegar a poseer cierta vertiente positiva, especialmente si llevan al movimiento del entorno. En sí mismas —y sin dejar de insistir en el riesgo— pueden, en ocasiones, favorecer la toma de autonomía de la persona y la búsqueda de sus marcas. A veces, abren la posibilidad a una mejor imagen de sí misma y no dejan de ser un medio para construirse una identidad.

Desde el mundo adulto que lo circunda, será fundamental entender estas conductas como un llamado. Esto nos lleva a evocar la frase frecuentemente oída en estas situaciones, dicha en tono peyorativo: «Lo que pasa es que quiere llamar la atención». En su condición de llamado —aunque sin olvidar las distancias pertinentes—, estas conductas recuerdan ese otro llamado que es el llanto del bebé, mediante el cual, al inicio y aún sin definida intención, logra que ese otro prioritario acuda en su auxilio. Es un llamado que no es un mensaje en sí; es un llamado luego del cual se podrá llegar a enunciar el mensaje.

Para C, la respuesta a su llamado implicó un primer movimiento de su familia, que, al observar las lesiones que se había provocado, la llevó a consultar. A partir de esto, recibirla en el hospital y asistirle desde un posicionamiento y lectura analítica de la situación por la que atravesaba fue un factor fundamental para que ella adhiriera a la

propuesta de continuar trabajando en conjunto y volviera a las consultas posteriores. Por eso, es fundamental la calidad del recibimiento desde el primer momento, teniendo en cuenta que la mayoría de las veces el adolescente *es traído* por otros a la consulta, sin un claro pedido de ayuda de su parte o preocupación por lo que le estaría ocurriendo. Desde el comienzo se buscará establecer un lazo de confianza con el adolescente, para que se sienta cómodo y entendido en su sufrimiento, más allá de lo que sus palabras puedan decir.

En este recibimiento estarán involucradas y serán de suma importancia nuestra mirada y nuestra actitud corporal. También nuestra capacidad de reconocer y otorgar el tiempo necesario para el silencio. Bleichmar (2015) destaca el concepto de Laplanche de *acogida benevolente* como la postura ética del analista frente al paciente. Brindar un espacio sin juicios y desde una actitud abierta llevará a que el diálogo analítico propicie la reconstrucción de conexiones psíquicas que pueden haberse debilitado o perdido. Es tan nocivo el recibimiento indiferente como la manifestación explícita de los propios afectos, y la calma no es lo mismo que la imposibilidad ni la abstinencia es indiferencia. Desde esta acogida será posible construir otra forma de estar con un otro.

En esa primera etapa, hablar de la mamá y de su fallecimiento era algo reiteradamente evitado por la adolescente. Al referirse a los momentos en que se hablaba al respecto en la casa, ella expresa: «Yo no quería escuchar», y a la vez que critica y reclama a los adultos que sí están. Su vivencia de que nadie tenía el control de la situación y su búsqueda de este por las vías inadecuadas fue entendida como derivada de su situación real de haber quedado en la intersección difusa y de vacío entre los cuidados del padrastro y los de los abuelos.

Con el paciente, la escucha y la comprensión del terapeuta, de ese doloroso y agonizante aviso a través del acto, constituyen un punto transferencial muy importante. A partir del eje transferencia-contratransferencia, el desafío es crear un espacio en el encuentro que incorpore la capacidad de pensar anticipándose a la acción. Si el foco queda en el acto en sí y se busca darle un sentido inmediato, antes de

despejar la función efectiva que cumple en el funcionamiento psíquico del adolescente, probablemente no llegaremos muy lejos. Reconocer los afectos que la alimentan y las representaciones que intenta a la vez evitar y mostrar parece ser una vía de acceso útil para que no llegue a ser necesario actuar. Al despejar su función, pueden desplegarse las significaciones defensivas que tiene y también hacia dónde se dirigen y qué elementos determinan su repetición.

Con nuestra adolescente, sin dejar de sostener una mirada analítica, más que favorecer una descomposición y desligazón, se propició un trabajo de construcción. Se relacionaron situaciones y vivencias, se tradujo el saber actuado a la forma de palabra y se abrió camino a la simbolización y la historización.

EL SOSTÉN ANALÍTICO

El paciente adolescente demanda de quien lo asiste en estas situaciones —psicoterapeuta, psicólogo, psiquiatra— algo más que sus capacidades afectivas y empáticas: también su funcionamiento mental. Esto implica brindarse para ser amado, odiado, idealizado, objeto persecutorio y perseguido, en el intento de instaurar otras bases a partir de un objeto que perdure y no se destruya tan fácilmente frente a los avatares psíquicos que transita. Para poder ofrecer esta respuesta oportuna y cualitativamente adecuada, determinada por un posicionamiento y una mirada analítica, será fundamental el propio análisis de quien se proponga llevarla adelante.

En el caso de C, este abordaje inicial —al que llamamos *de consultas terapéuticas*— dio lugar, tras varias semanas de trabajo, a que la adolescente accediera a un posterior proceso psicoterapéutico psicoanalítico de aproximadamente dos años de duración, dentro del Programa de Intervenciones Psicoterapéuticas del mismo hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDOVER, M. S., MORRIS, B. W., WREN, A. y BRUZZESE, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(11). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
- BLEICHMAR, S. (2015). Del lado de la madre. En *En los orígenes del sujeto psíquico: Del mito a la historia* (pp. 185-207). Amorrortu.
- BROWN, R. C. y PLENER, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19, 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- BRUNNER, R., KAESS, M., PARZER, P., FISCHER, G., CARLI, V., HOVEN, C. W., WASSERMAN, C., SARCHIAPONE, M., RESCH, F., APTER, A., BALAZS, J., BARZILAY, S., BOBES, J., CORCORAN, P., COSMANM, D., HARING, C., IOSUEC, M., KAHN, J. P., KEELEY, H. y WASSERMAN, D. (2014). Lifetime prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337-348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- FAVAZZA A. R. (1990). Treatment of patients with self-injurious behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 147(7), 954-955. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.7.aj1477954>
- GARRIDO, G. (2023). Infancia y Adolescencia en un mundo vulnerable [presentación en congreso]. XXI Congreso de AAPI – I Congreso de ALIAMPSI, Buenos Aires, Argentina.
- GRANDCLERC, S., DE LABROUHE, D., SPODENKIEWICZ, M., LACHAL, J. y MORO, M. R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *Plos One*, 11(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153760>
- HAWTON, K., BERGEN, H., COOPER, J., TURNBULL, P., WATERS, K., NESS, J. y KAPUR, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal*

of *Affective Disorders*, 175, 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>

- HERPERTZ, S. (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 57-68. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x>
- JANIN, B. (2013, noviembre 2-3). *Coloquio de culturas adolescentes* [ponencia]. I Coloquio Internacional sobre Culturas Adolescentes, Fundación Sociedades Complejas, Buenos Aires, Argentina.
- KURAS DE MAUER, S. y MAY, N. (2015). Cortarse solo: Acerca de las autolesiones en la piel. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 16. https://www.controversiasonline.org.ar/articulos_revistacortarse-solo-acerca-de-las-autolesiones-en-la-piel/
- LE BRETON, D. (2011). *Conductas de riesgo: De los juegos de la muerte a los juegos del vivir*. Topía.
- MANCA, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Psicoanálisis*, xxxiii(1), 77-88. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/05/Manca.pdf>
- MAURENTE, L., GARCÍA, L., GARCÍA, I., GRUNBAUM, S. y PÉREZ, W. (2018). Las automutilaciones en la adolescencia, cómo reconocerlas y tratarlas. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 89(1), 36-39.
- PLENER, P. L., SCHUMACHER, T. S., MUNZ, L. M. y GROSCWITZ, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(2). <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- SARDAR, B. (2020). ¡Corte!: Una nueva epidemia: Autolesiones en la adolescencia. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 20, 109-115.