

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Intervenciones en urgencias subjetivas con
adolescentes, desde el equipo de guardia del servicio
de Salud Mental del Hospital Materno Infantil San
Roque.*

Autora: Delfina Bovier

Directores: Dra. Karina Silva

Paraná, Octubre de 2022



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAYCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



Universidad Autónoma
de Entre Ríos

Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales

Trabajo Integrador Final

Intervenciones en urgencias subjetivas con adolescentes, desde el equipo de guardia del servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil San Roque.

Autora: Delfina Bovier

DNI: 37.562.374

E-mail: bovierdelfina29@gmail.com

Cel. 3434592802

Directora: Dra. Karina Silva

DNI: 21.912.110

E-mail: silvakarina3011@gmail.com

Cel. 3434283880

Paraná, Entre Ríos

Octubre 2022

Agradecimientos

A mis padres que gracias a ellos hoy puedo ser quien soy, sostén esencial durante este proceso. A mi hermano, Valentín por su apoyo y presencia incondicional desde mis comienzos.

A mis amigas y seres queridos por alentarme todo el tiempo a seguir adelante. En especial a Florencia por estar en todo momento.

A Josefina, por hacer más liviano este proceso.

A mi directora Karina por su humildad y generosidad en su transmisión de saber y conocimiento, sin dudas aprendí mucho de ella. Su acompañamiento, ha sido un pilar fundamental para transitar este proceso.

A todos ustedes: ¡muchas gracias!

Índice

Resumen	5
Capítulo I: Introducción.....	6
1.1 Presentación y justificación del estudio	6
1.2 Planteo de interrogantes	9
1.3 Objetivos de la investigación	9
1.4 Estado de debate.....	10
1.5 Supuestos e hipótesis.....	14
Capítulo II: Perspectiva Teórica.....	15
2.1 Aproximación al concepto de Adolescencias.....	15
2.2 Adolescencias contemporáneas.....	16
2.3 Urgencias Subjetivas	19
2.4 Conceptualizaciones sobre el trauma	20
2.5 Manifestaciones de las Urgencias en el Dispositivo Hospitalario.....	22
2.5.1 Violencias.....	23
2.5.2 Maltrato	24
2.5.3 Abuso Sexual en las Infancias y Adolescencias.....	27
2.5.4 Suicidio	28
2.5.5 Crisis de angustia	30
2.5.6 Excitación psicomotriz.....	33
2.6 Consideraciones sobre el concepto de Dispositivo	33
2.7 Sobre el concepto de Intervenciones	34
2.8 Modos de Intervenir en el Dispositivo Hospitalario. Desde un perspectiva Psicoanalítica	35
Capítulo III: Encuadre Metodológico	39
3.1 Tipo de diseño	39
3.2 Unidad de estudio.....	39
3.3 Unidad de análisis	39
3.4 Tipo de muestra.....	39
3.5 Técnica de recolección de datos y análisis de la información.....	40
3.6 Limitaciones del estudio.....	41
Capítulo IV: Interpretación y Análisis de las Entrevistas	43
4.1 Urgencias Subjetivas: frecuencias y demandas	44
4.2 Las demandas actuales: presentación sintomáticas tempranas.....	48

4.3 Intervenciones del equipo en el marco de la Ley de Salud Mental N°26.657.....	50
Capítulo V: Reflexiones Finales	54
Bibliografía	57
Anexos	64
I. Historia del Hospital Materno Infantil San Roque.....	65
II. Registro de Campo	68
Instrumento de Recolección de Datos	68
Entrevistas	69

Resumen

En el presente trabajo abordaremos la investigación realizada sobre las “Intervenciones en urgencias subjetivas con adolescentes, desde el equipo de guardia del servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil San Roque”.

Los interrogantes que guían este estudio son: ¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes?, ¿Cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda?, y ¿Qué dificultades se le presentan a las profesionales psicólogas del dispositivo en estudio?

Nos planteamos como objetivo general, conocer las intervenciones de las profesionales psicólogas que integran el dispositivo de guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil San Roque, en los casos de urgencias subjetivas en adolescentes.

En tanto los objetivos específicos fueron: identificar las intervenciones de las profesionales psicólogas que trabajan en el dispositivo de guardia frente a las urgencias subjetivas en adolescentes que fueron asistidos durante el año 2021 en el mencionado Hospital, describir cuáles son las urgencias subjetivas de la población en estudio más frecuentes, que demandan atención en dicho dispositivo y puntualizar las dificultades que se le presentan a las profesionales psicólogas a la hora de intervenir frente a la urgencias subjetivas con adolescentes.

Inicialmente, nuestros supuestos para llevar a cabo esta investigación fueron: conocer si las particularidades que presentan las urgencias subjetivas en adolescentes obliga a nuevas modalidades de intervención, o son las nuevas normativas que regulan las prácticas las que definen dichas modalidades, si todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva, y si el dispositivo de guardia es un modo de intervención que enmarca las urgencias subjetivas.

En cuanto a la metodología, la investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, la técnica utilizada para la recolección de datos fueron entrevistas semidirigidas. Las mismas fueron analizadas por medio de frases significativas. Además, la articulación teórica se aborda desde la teoría psicoanalítica.

Palabras claves: Adolescencias- Urgencias Subjetivas- Dispositivo- Intervenciones.

Capítulo I: Introducción

1.1 Presentación y justificación del estudio

En esta investigación estudiamos las intervenciones de las profesionales psicólogas que trabajan en el dispositivos de guardia del Servicio de Salud Mental, con los adolescentes¹ en estados de urgencias subjetivas asistidos en el Hospital Materno Infantil San Roque (en adelante HMISR) de la ciudad de Paraná.

En cuanto a la metodología, siendo una investigación de campo, se realizó un estudio cualitativo, cuyo método de recolección de datos fueron entrevistas semidirigidas y se analizaron a través de frases significativas.

El tema seleccionado nos resulta de interés, ya que la clínica de la urgencia en adolescentes es una problemática, de demanda creciente, que no se aborda como tal dentro de los contenidos curriculares, en la carrera de la Licenciatura en Psicología.

En lo que respecta al Hospital Materno Infantil San Roque, luego del estudio de los antecedentes a nivel local, pudimos develar que el mismo, no se ha constituido en una institución que sea elegida para investigar sobre los adolescentes, a pesar que los orígenes de la misma estuvieron ligados a la atención de dicho grupo.

Entre las referencias históricas se destaca que, en la década del 70, la atención de los adolescentes se realizaba en el Centro Psiquiátrico Infanto Juvenil dependiente del Ministerio de Salud, en ese entonces, el equipo originario estaba integrado por psicopedagogas/os y psiquiatras, que trabajan con niñas/os y adolescentes que llegaban al Hospital San Roque.

Cinco años después, este Centro Psiquiátrico pasó a integrarse como un servicio del Hospital Materno Infantil San Roque con el nombre de Servicio de Psicopatología, con el fin de mejorar la prestación de los servicios asistenciales a la población infanto-juvenil. Dando origen a un servicio vinculado al campo de la Salud Mental.

Décadas después, producto del crecimiento de la demanda se produce el incremento de profesionales integrado por psicólogas/os, psiquiatras, psicopedagogas y terapeuta ocupacional.

El servicio está organizado en pequeños equipos que cubren las principales demandas tanto internas y externas, se atiende las interconsultas, producidas por los casos que se internan y aquellos requerimientos que llegan por consultorios externos derivados de la red de primer nivel de atención o con intervención del organismo de protección (COPNAF) y /o la justicia.

Los dispositivos que actualmente funcionan dentro del Servicio de Salud Mental son:

a) Orientación, este dispositivo evalúa la demanda con una mirada interdisciplinaria en función de una situación en particular. La evaluación implica la posibilidad de continuar la atención dentro del Hospital o por fuera (derivación a un centro de salud cercano al domicilio del paciente). Este dispositivo

¹ La autora respeta el lenguaje inclusivo, pero utilizará la “a/o” como denominación genérica, sin dejar de considerar la relevancia que porta en las transformaciones en el lenguaje a partir del uso de la “e”.

también trabaja con las demandas de instituciones educativas, judiciales, y de otras instituciones como COPNAF, Casa del Joven.

b) *p*Interconsultas, este dispositivo está orientado al trabajo interno dentro de las salas del Hospital, se trabaja con los pacientes que se encuentran internados, donde la demanda de intervención proviene de los agentes de la salud, (entre ellos profesionales médicos, enfermeros, personal hospitalario) que observan alguna situación particular, que consideran que deben ser evaluados o requieren una intervención por parte del servicio de salud mental. El primer contacto se hace en la sala de internación y puede continuar durante la permanencia del paciente, al momento del alta hospitalaria se realiza un seguimiento ya sea en otro efector o en la misma institución. En todos los casos, concurren al servicio que realiza la demanda, dos profesionales del servicio de salud mental.

c) Consultorio externo, se brinda la atención terapéutica ambulatoria. El tratamiento y seguimiento en este consultorio, se lleva a cabo luego que el equipo de salud ha considerado importante y prioritario continuar su tratamiento en la institución, ya sea por la atención psiquiátrica, psicológica, con terapeutas ocupacionales o psicopedagogos.

d) Biblioteca, es un dispositivo que fue creado y pensado como un espacio para la salud mental, donde en medio de tanto dolor, cuando los chicos están a la espera de un control, de una atención, puedan encontrar en ese lugar un espacio de distensión, de recreación, donde se disponen de actividades no usuales en los servicios asistenciales como son la lectura, la pintura o el juego.

e) Dispositivo de guardia: el servicio de salud mental cuenta con guardias las 24 horas los días viernes, sábados y domingos, están programadas en equipos de dos profesionales, un psicólogo y un psiquiatra. Siempre se intenta que la intervención en urgencias sea de a dos profesionales de diferentes disciplinas, para poder así tener una mirada interdisciplinaria ante la situación presentada.

En términos operativos el equipo de guardia de salud mental es convocado por la guardia central del Hospital, quien recibe la situación de urgencia, esta primera aproximación cuenta con la lectura y criterio del equipo médico, a partir de lo que observa al momento de la atención, por las manifestaciones clínicas del adolescente o por el discurso de sus acompañantes, define la convocatoria al equipo.

El equipo asiste al Hospital y realiza un acompañamiento a fin de esclarecer el motivo de consulta y definir si se trata de una urgencia subjetiva, que requiere una instancia de mayor intervención, dentro del servicio o se deriva a otra institución de salud o del organismo de protección² según el caso.

También puede ocurrir que el servicio de guardia sea convocado desde alguna sala de internación del mismo Hospital, para asistir a pacientes que presentan alguna crisis.

Durante la semana cualquier urgencia se puede resolver requiriendo al servicio de salud mental.

Actualmente el equipo de guardia está conformado interdisciplinariamente por cinco psicólogas y tres psiquiatras (los equipos de guardia están conformado, una psiquiatra y una psicóloga, que van rotando todos las semanas, entre los profesionales afectados al dispositivo de guardia), quienes ejercen su tarea

² El organismo de protección es el consejo provincial de niño, el adolescente y la familia, COPNAF; que cuenta con instituciones de alojamiento para atender la situación de quienes no pueden permanecer en el entorno familiar.

de conformidad según lo establecido en la Ley vigente de Salud Mental N° 26.657 (2010) ³.

En la presente investigación indagaremos sobre las intervenciones en la clínica de las urgencias subjetivas en adolescentes. Nos parece oportuno mencionar que desde diferentes perspectivas teóricas se ha intentado definir a los adolescentes, las mismas son: la perspectiva biológica, la de la transición, la de la moratoria, la generacional, la jurídica, y desde el psicoanálisis.

Es importante dejar indicado que dichas perspectivas, nos permiten considerar el cruzamiento de discursos que abordan el grupo a investigar.

Algunos autores (Margulis, Urresti, Chavez, Frigerio, entre otros) hablan de adolescencias en plural indicando que en la condición de adolescentes estamos ante una etapa vital donde las respuestas de cada uno a los acontecimientos de la vida son diversas.

Margulis (2008) plantea que se trata de superar la consideración de “juventud” como mera categorización por edad. La juventud como toda categoría socialmente constituida, tiene una dimensión simbólica, pero también tiene que ser abordada desde otras dimensiones, se debe atender a sus aspectos fácticos, materiales, históricos y políticos en los que toda la producción social se despliega.

En otro orden, la Organización Mundial de la Salud (2015) define el concepto de adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, por lo general, se la divide en dos fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años.

Tomaremos los aportes del Psicoanálisis, como marco de referencia para pensar la clínica en las urgencias subjetivas con adolescentes, y algunos conceptos de Foucault sobre los dispositivos y los atravesamientos discursivos en las prácticas hospitalarias.

Nos serviremos de textos de psicoanalistas de alcance internacional y local.

Nasio (2013) “La adolescencia es un pasaje obligatorio, el pasaje delicado, atormentado, pero también creativo, que se extiende desde el fin de la infancia hasta las puertas de la madurez” (p. 15).

Pujo (2001) aborda a la adolescencia como un hecho del lenguaje. Plantea que la misma, queda atrapada dentro de un ordenamiento signifiante, es decir, remite a diferentes significados. Por esta razón, no siempre se la definirá de igual manera.

En tanto, Rascovan (2000) prefiere hablar de adolescentes, nos dice que “no hay una adolescencia, sino adolescentes, con todos los aspectos comunes que se puedan encontrar, pero también con todas sus particularidades” (p.28). En virtud de ello, no habría un concepto universalmente válido para todas las culturas.

Para estudiar la clínica de las urgencias subjetivas, nos acercamos a algunas publicaciones de Sotelo (2007) quien sostiene que la urgencia se caracteriza como un momento de quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría. En las situaciones de urgencia, un acontecimiento inesperado interrumpe en

³ en el capítulo VII específicamente en los Artículos 14°,20°,21°, tal como queda expresado en la mencionada normativa, las intervenciones deben ser de carácter excepcional y la última alternativa de abordaje en situación de urgencia subjetiva.

la vida del sujeto conmoviéndola, se presenta un quiebre de ese equilibrio que hasta entonces mantenía la vida del sujeto.

Siguiendo a la autora, plantea la posibilidad de transformar a la urgencia en subjetiva “se llamará urgencia subjetiva a la que aparece en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto, quien tiene una percepción íntima de eso que le concierne” (Sotelo, 2012, p.13). Podemos decir, que la apuesta del psicoanálisis es hacer advenir al sujeto mediante la historización de esa urgencia.

A partir de esto, es pertinente puntualizar el modo en que el dispositivo concibe a las adolescencias para así dar cuenta de las diversas maneras de abordarla.

Esta investigación podría constituirse en un aporte valioso para la carrera, en tanto nos acerca a una problemática pocas veces estudiada en nuestro medio, y permitiría profundizar el conocimiento acerca de los modos en que se sostienen las prácticas de un profesional psicólogo dentro de un dispositivo de guardia del Hospital Materno Infantil San Roque que atiende adolescentes.

Brindar a la comunidad académica una profundización sobre conocimientos acerca del quehacer de los profesionales psicólogos que contribuyen al trabajo con adolescentes.

1.2 Planteo de interrogantes

El presente trabajo se funda en los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes? ¿cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda?
¿Qué dificultades se le presentan a las profesionales psicólogas del dispositivo en estudio?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Conocer las intervenciones de las profesionales psicólogas que integran el dispositivo de guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil San Roque, en los casos de urgencias subjetivas en adolescentes.

Objetivos específicos:

- Identificar las intervenciones de las profesionales psicólogas que trabajan en el dispositivo de guardia frente a las urgencias subjetivas en adolescentes que fueron asistidos durante el año 2021 en Hospital Materno Infantil San Roque.
- Describir cuáles son las urgencias subjetivas de adolescentes más frecuentes que llegan al dispositivo

de guardia en el Hospital Materno Infantil San Roque.

-Puntualizar las dificultades que se le presentan a las profesionales psicólogas a la hora de intervenir frente a las urgencias subjetivas con adolescentes.

1.4 Estado de debate

En este apartado intentaremos exponer una serie de trabajos que den cuenta del estado de debate académico en el que se encuentra el tema de investigación elegido.

Durante el recorrido realizado, nos encontramos ante una gran variedad de investigaciones, algunas ligadas a nuestro objeto de estudio, pero ninguna trata específicamente de lo que pretendemos investigar. El material encontrado está separado por las categorías utilizadas para nuestra investigación, las cuales son: Adolescencias, Urgencias Subjetivas, Dispositivo, y el concepto de Intervención. Son pocos los trabajos que las abarcan a todas ellas en su conjunto.

Uno de los trabajos relacionados con el problema de la presente investigación es el de Gonzales Ponti, M.B. (2016). Titulada *Adolescencia y Malestar: representaciones adolescentes sobre los conflictos adolescentes actuales*. [Tesis de grado, Licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de Entre Ríos].

Dicha investigación aborda las representaciones que tienen los adolescentes sobre los conflictos actuales, en una escuela secundaria de la ciudad de Santa Fe.

Se despliegan ciertas preguntas relacionadas a su paso por esta etapa vital, sus atravesamientos por dichos conflictos, son variables y están determinados tanto por factores sociales como personales. También, describe las diferentes formas de malestar que la cultura produce en los jóvenes.

La investigación está enmarcada en un enfoque cualitativo, la técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada, la misma se analiza desde la teoría psicoanalítica.

Aunque la problemática investigada es en relación al grupo etario, las entrevistas son dirigidas a estos y no a los profesionales que los abordan, nos aporta a nivel teórico, un acercamiento a esta etapa vital y además, un dato relevante que es la manera en que la cultura incide sobre la misma.

Otra investigación, en relación a la temática seleccionada es la tesis de Frank, L. (2018). Lleva por título: *Significaciones de los psicólogos de Casa del Joven sobre la relación entre violencias y juventudes en el marco de sus prácticas profesionales* [Tesis de grado, Licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de Entre Ríos].

Este trabajo es el resultado de una investigación que se llevó a cabo en Casa del joven, en la que se estudiaron las significaciones de los psicólogos de dicha institución, sobre la relación entre violencias y juventudes en el marco de sus prácticas profesionales.

La investigación utilizó una metodología cualitativa, y el método para recolectar la información fueron entrevistas abiertas y se analizaron por medio de frases significativas.

Esta tesis constituye un antecedente en la medida que trabaja el quehacer de los psicólogos; sin embargo, se diferencia de la temática tratada, ya que en nuestro caso no se especifica la relación entre violencia y juventudes, como problema a investigar.

Además, plantea que la categoría prácticas profesionales de los psicólogos, se presentó como una dificultad conceptual, ya que los profesionales de Casa del Joven intervienen desde psicoanálisis, pero a su vez el título habilitante es de psicólogo, aparecen conceptos como transferencia, encuadre, demanda, éticas, entre otras.

Otra investigación que resulta de nuestro interés es la tesis de doctorado de Ps. Calvi, B. (2004). Titulada *Efectos psíquicos del abuso en la infancia*. [tesis de doctorado, de la Universidad Nacional de Rosario Facultad de Psicología].

La autora hace mención del recorrido por la práctica clínica como analista en una institución, en relación al trabajo con niños/as que han sufrido abuso sexual e incesto en la infancia. Y a su vez, relatos de pacientes adultos con episodios de esta índole en su infancia.

Dicha investigación se centra en la revisión sobre cuestiones fundamentales del psicoanálisis, entiende que el abuso sexual infantil interroga fuertemente al campo psi. Principalmente el campo del psicoanálisis que apoya su teoría en la fantasía infantil de seducción por parte de un adulto. Se cuestiona, en la medida en que corresponde a una realidad psíquica pero también a una realidad efectivamente acontecida y padecida. En lo particular, nos apoyaremos en este recorrido, en el apartado de Abuso Sexual en las Infancias y Adolescencias correspondiente al marco teórico.

Hace una lectura psicoanalítica respecto de los casos analizados, aunque considera que es una problemática muy compleja y por eso, se tiene en cuentas varias aristas, una de ellas, es la bibliografía existente, es abordada desde distintos campos (jurídico, psicológico, trabajo social y otros), todas ellas tienen como denominador común trabajo interdisciplinario.

Se aleja de un recorrido meramente teórico, y considera necesario tener en cuenta como se inscribió social y culturalmente la problemática en los diferentes momentos históricos. Justamente, historiza el término del abuso a lo largo de la historia.

Otra investigación interesante, es la de Penco, G. (2014). Bajo el título *Alternativa al encierro manicomial. Una descripción de las intervenciones con niños y adolescentes que realizan los profesionales de Salud Mental del COPNAF, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental Nro 26.657* [Tesis de grado, Licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de Entre Ríos].

La pregunta que guía esta investigación se formula del siguiente modo: ¿Cuáles son las intervenciones alternativas al encierro manicomial de niños y adolescentes que realizan los profesionales del Programa Provincial para el Abordaje Integral de la Salud Mental de Niñas/os y Adolescentes del COPNAF en el marco de la Ley de Salud Mental 26.657.

Es un trabajo que aborda la intervención de manera alternativa al encierro manicomial, el autor, considera fundamental el trabajo en equipo, interdisciplinariamente, de manera intersectorial, conformando equipos para cada situación específica.

Si bien, las intervenciones son en un marco legal, plantea que los profesionales aclaran que sus intervenciones son desde un abordaje integral, ubicando el acento entre la relación que los sujetos establecen con el medio social y comunitario. De este modo, las intervenciones exceden la mera garantía del tratamiento psicoterapéutico, lo que guía sus intervenciones es la mirada clínica, la singularidad del caso.

Penco, se refiere a este tipo de intervención como un abordaje artesanal por parte de los profesionales, ya que, del entrecruzamiento del marco legal y la mirada clínica, emerge algo nuevo y particular.

Es una investigación de carácter cualitativo, para la obtención de los datos utilizó dos técnicas, entrevistas semidirigida y observación completa, se analizó la información a través del método comparativo constante.

Si bien, mi unidad de estudio son los profesionales que trabajan en dispositivo de guardia frente a la urgencia en adolescentes que asisten al Hospital Maternal San Roque y el de esta investigación la institución pertenece al COPNAF abordando tanto niño/os como adolescentes. Coincide con nuestra investigación, ya que ambas toman la categoría teórica de intervenciones.

Otra investigación que resultó un importante aporte es la tesis de *Allegranza, E.I. (2011)*. Se titula *Las significaciones de infancia en relación a las prácticas profesionales del psicólogo que trabaja con niños en el ámbito hospitalario* [Tesis de Grado, Licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de Entre Ríos].

Esta investigación nos permite pensar el quehacer del psicólogo, es una tarea compleja, se trata de instaurar las condiciones para que el tratamiento se pueda sostener. La misma, al igual que la nuestra, se realizó en el Hospital Materno Infantil San Roque y en Hospital Gerardo Domagk definiendo la unidad de análisis a 20 psicólogos que ejercen la misma tarea.

Tiene como objetivo específico identificar las estrategias de intervención ante los problemas relacionados a la infancia de los psicólogos que trabajan con niños en instituciones públicas hospitalarias.

Aunque la problemática es en relación a la infancia y nosotros abordamos las adolescencias, lo que nos interesó puntualmente es el quehacer de estos psicólogos en estas instituciones públicas, para identificar las intervenciones que se llevaron a cabo en sus prácticas.

Es una investigación de tipo cualitativa, se realizaron entrevistas semidirigida y se analizó el material mediante el método comparativo constante.

Para pensar en relación a la categoría intervención se tomaron los aportes de la tesis de Velasquez, N.M. (2011). Titulada: *Estrategias de intervención de los profesionales psicólogos que trabajan en el COPNAF ante la orden judicial de tratamientos en niños y adolescentes en conflictos con la Ley Penal. Un estudio en los profesionales psicólogos del COPNAF Entre Ríos* [Tesis de grado, Licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de Entre Ríos].

El autor de la investigación, menciona que a través de conversaciones informales con profesionales psicólogos del COPNAF percibió que uno de los inconvenientes más frecuentes con el cual se encuentran los mismos, es que su intervención está mediada por un tercero y no por el propio sujeto. La

mayoría de las veces esto genera complicaciones porque el sujeto no se implica en el tratamiento, sino que lo cumple a condición de desprenderse lo más rápido posible de la red institucional, y difícilmente logran dar una respuesta satisfactoria a la demanda inicial porque la mayoría de las veces el sujeto solo asiste a unas cuantas entrevistas iniciales y luego, abandona el tratamiento por no encontrar interés alguno en él.

Velásquez advierte el obstáculo de articular conceptos psicológicos y jurídicos, trae dificultades a la hora de arribar una concepción teórica unificada. Esta dificultad se refleja en la práctica obstaculizando la aproximación diagnóstica y derivación del joven.

Para pensar la práctica profesional esta tesis nos permitió tener en cuenta ciertas variables como las implicaciones del sujeto en el tratamiento, las demandas en las instituciones del Estado, la instauración de un tratamiento cuando lo solicitan personas allegadas al joven y no el mismo sujeto.

El punto en común con la presente investigación es el trabajo que se realizó con los profesionales psicólogos, en instituciones del organismo de protección (COPNAF), que a su vez demandan la intervención del dispositivo de salud mental, objeto de nuestro estudio.

La investigación mencionada está enmarcada en un enfoque cualitativo, se utilizaron entrevistas abiertas para recolectar la información. Las mismas se analizaron con el método frases significativas.

Otra investigación es la tesis de grado de la Licenciatura en psicología de Simón, L. G. (2015). Se titula: *Características y aspectos relevantes de las intervenciones en urgencias. Un estudio con profesionales que trabajan en el dispositivo "Equipo Soporte Interdisciplinario para la asistencia de Urgencia en Salud Mental, en Guardias de Hospitales Generales de la ciudad de Santa Fe"* [Tesis de grado, Licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de Entre Ríos].

Esta investigación gira en torno a la pregunta, ¿Cuáles son las características y los aspectos relevantes de las intervenciones en urgencias, para los profesionales del dispositivo Equipo soporte interdisciplinario para la asistencia de Urgencias en Salud Mental, en Guardias de Hospitales Generales de la ciudad de Santa Fe?

El objeto de estudio de esta investigación, la intervención en urgencias, fue abordado desde una dimensión institucional y clínica, enmarcadas en el dispositivo.

Una de las dificultades que plantea, es la de incluir el dispositivo de salud mental en los hospitales generales, cuestiona la falta de espacio físico para alojar el dispositivo para la salud mental.

En relación a lo clínico, remarcó la relevancia del procedimiento caso por caso, es decir, inventar la forma de intervenir en cada caso. Apuntando a que los sujetos pueden lograr una implicación diferente respecto de su malestar, modos de tramitación diferente o una demanda de tratamiento. Plantea, que la urgencia presenta dificultades inherentes, lo imposible de soportar para el sujeto, uno de los síntomas más frecuentes, es el intento de suicidio.

Resalta la importancia de un trabajo interdisciplinario, lo cual permite abordar la problemática desde la perspectiva de cada disciplina.

El autor concluye que logró tener un acercamiento al trabajo con urgencias desde la particularidad de este dispositivo que funciona los fines de semana asistiendo a hospitales que no cuentan con guardias

de salud mental.

Para llevar a cabo esta investigación el autor realizó entrevistas en profundidad a profesionales psicólogos y psiquiatras y para analizar la información se utilizó el método comparativo constante.

Otra investigación en relación a la temática seleccionada es Barrionuevo et.al. (2019). Se titula *Urgencia en salud mental en púberes y adolescentes* [Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires].

Esta investigación se enmarca en un trabajo realizado por la Dra Inés Sotelo “La urgencia en salud mental en el hospital público en la Ciudad de Buenos Aires” (Ubacty 2014-2017).

La misma está muy ligada a nuestra temática, ya que tiene como objetivo describir y analizar los modos en que se presenta la demanda de la población de púberes y adolescentes en Servicios de urgencias en Salud Mental en el Hospital público en la Ciudad de Buenos Aires.

La propuesta de dicha investigación fue la relación entre angustia y pubertad, se utilizó como muestra 253 pacientes entre 10 y 19 años que consultaron en el periodo de tres meses corridos en 8 hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires en Servicios de urgencia en Salud Mental.

Se trata de un estudio de tipo exploratorio descriptivo, su procedimiento fue recrear el contenido consignado por los profesionales encargados de completar el protocolo de investigación. Se procesaron los datos obtenidos utilizando el programa estadístico.

La hipótesis que sustenta la mencionada investigación, es que la angustia en la pubertad puede surgir ligada a los significativos cambios que experimenta el sujeto en su cuerpo y en sus lazos. En dicho estudio se destaca que la angustia se tramita de diferentes modos, ante situaciones en las que los sujetos se exponen a riesgos inminentes para su integridad y su salud, y que la consulta en la urgencia puede resultar una oportunidad para habilitar otros modos de hacer con esa angustia.

Luego de haber realizado el recorrido por las investigaciones precedentes podemos dar cuenta que guardan relación con nuestro trabajo y sirven de orientación.

1.5 Supuestos e hipótesis

La presente investigación se sostiene a partir de los siguientes supuestos:

- Las particularidades que presentan las urgencias subjetivas en adolescentes obliga a nuevas modalidades de intervención o son las nuevas normativas que regulan las prácticas las que definen dichas modalidades.
- Todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva.
- El dispositivo de guardia es un modo de intervención que enmarca las urgencias subjetivas.

Capítulo II: Perspectiva teórica

Una de las principales categorías para abordar es la de adolescencias, retomaremos los aportes del Psicoanálisis, desde diferentes autores como Sigmund Freud, Arminda Aberastury, Guillermo Belaga, Sergio Rascovan, Juan David Nasio, Amadeo de Freda, Philippe Lacadée, Massimo Recalcati, entre otros.

En relación a la categoría urgencias subjetivas, estudiaremos los aportes de Ines Sotelo, Guillermo Belaga, Ricardo Seldes entre otros.

Asimismo, por las particularidades que presenta el encuadre psicoanalítico en el hospital, nos serviremos de algunos artículos de la reconocida revista Psicoanálisis y Hospital, de larga trayectoria en el estudio de las intervenciones psicoanalíticas dentro de una institución hospitalaria.

2.1 Aproximación al concepto de Adolescencias

Esta investigación si bien considera que es necesario tomar la categoría en plural, cabe dejar indicado que se trata de una perspectiva nueva, el psicoanálisis lo aborda como categoría en singular respetando las particularidades del sujeto, lo que nos permite inferir que la pluralidad es inherente a la perspectiva psicoanalítica misma.

En otro orden, consideramos necesario hacer un recorrido teórico del concepto de adolescencia por autores que la abordan, alejándonos de la idea de adolescencia como una mera sucesión de períodos o como una etapa más del ciclo vital.

Luego, haremos una descripción, de cómo ha sido representada la adolescencia a lo largo de la historia y cómo se manifiesta en nuestra época, como algunos autores enuncian, a la adolescencia contemporánea asociada a la declinación de la función paterna.

Para comenzar este recorrido abordaremos extensamente lo referido por Freud (1999) quien sostiene que:

Con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva [...] Ahora es dada una nueva meta sexual, para alcanzarla, todas las pulsiones parciales cooperan, a la par que las zonas se subordinan al primado de la zona genital. (p. 189)

El autor establece un nexo con los cambios fisiológicos que se presentan en esta etapa:

Se ha escogido como lo esencial de los procesos de la pubertad lo más llamativo que ellos presentan: el crecimiento manifiesto de los genitales externos [...] Al mismo tiempo, el desarrollo de los genitales internos ha avanzado hasta el punto de poder ofrecer productos genéticos, o bien recibirlos, para la gestión de un nuevo ser. Así ha quedado listo un aparato en extremo complicado, que aguarda el momento en que habrá de utilizárselo. (p. 190)

Freud más adelante destaca, que desde lo psíquico se consume el hallazgo de objeto preparado desde la temprana infancia, cuando las primeras satisfacciones se apoyaban en la nutrición, y tenían por objeto el pecho materno. Superando el estado de latencia. En la pubertad, se restablece la relación originaria, pasa por la reedición edípica, se vuelve a los objetos incestuosos, pero al estar instalada la barrera de prohibición del incesto y la Ley inscrita, se eligen objetos exogámicos que podría tener características de los primeros objetos. El hallazgo de objeto, es propiamente un reencuentro.

Freud utiliza el término “Jugendliche”, (que significa “joven”) para articular los cambios físicos y psíquicos que se dan en la adolescencia, debido a que el concepto de adolescencia no existe como tal en alemán.

Otros autores como Aberastury y Knobel (2006), sostienen que la adolescencia es:

Una etapa de la vida en la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objétales-parental internalizadas y verificadas en la realidad que el medio social ofrece, mediante elemento biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil. (p. 15)

Podemos afirmar que para el Psicoanálisis las modificaciones corporales de la pubertad no coinciden necesariamente con el comienzo de la adolescencia. Está se corresponde con un proceso de significación particular que arma, junto con los procesos biológicos, sociales y los aportes de la cultura, un periodo intermedio entre la niñez y la adultez, que no tiene una fijeza etaria, sino que responde a las posiciones subjetivas particulares.

Como refieren los autores, atravesar la adolescencia es encaminarse en un proceso de duelo y renacimiento, se duela la niñez y todo lo que esta conlleva. Es importante señalar que los cambios biológicos (hormonales) y psíquicos irrumpen de una manera abrupta, que produce transformaciones y desórdenes con diferente intensidad.

2.2 Adolescencias contemporáneas

Desde la perspectiva teórica elegida la adolescencia resulta un acontecimiento simbólico, para el que no existe una maduración, un crecimiento prefigurado biológicamente, sino que en la pubertad el niño se enfrenta a un real diferente, producido por los cambios hormonales, fisiológico y anatómico, que deberá significar, y tramitar psicológicamente. Esta investigación considera el concepto en plural entendiendo las particularidades de las respuestas ante los acontecimientos de la vida.

En la adolescencia se llevan a cabo procesos de identificación y des-identificación, en procura de lograr para sí un lugar simbólico propio, diferente al del niño que antes fuera, en todo sentido. El púber deberá abandonar aquellas identificaciones infantiles, para acceder a otras que le permitan una salida exogámica y un nuevo posicionamiento simbólico

En palabras de los autores Aliani y Bertin (2010) definen, “La entrada en la reproducción sexuada obliga

a poner en juego nuevamente la función simbólica de la paternidad. Es decir, la posibilidad de abandonar la posición infantil y autorizarse en una elección exogámica de objeto” (p. 16).

Entonces a partir de la pubertad resignificando su trayecto edípico, tendrá que posicionarse sexualmente y hallar un objeto exogámico, que sustituyan los objetos incestuosos a los que debió renunciar. Estas operaciones psíquicas estructurantes suponen que opere la función paterna.

En esta misma línea retomamos lo dicho Galloro (2020) afirma que la pubertad señala una transición entre el cuerpo infantil “que ya no es” y “lo que todavía no es” produciendo un desnudamiento transitorio de la imagen comparado al “enloquecimiento”. Dado que en la infancia se había conformado una imagen narcisista unificada que debido al crecimiento físico sufre una ruptura. Generando una metamorfosis que volverá temporalmente al cuerpo hipocondríaco, molesto, doloroso.

Freda (2015) sostiene que el adolescente es siempre de su tiempo. Considera que en esta época se manifiestan en ellos nuevas formas de síntoma, que clínicamente son asintomáticas, sostiene que en los adolescentes se puede observar no la irrupción de un síntoma en el sentido clásico del término, sino un hacer que no debe ser confundido con un pasaje al acto. La función de ese “hacer” es una forma de restituir la figura del padre que ha declinado a lo largo de los dos últimos siglos.

El autor afirma, además, que: “nos encontramos regularmente con manifestaciones, comportamientos bizarros, posiciones subjetivas, actitudes y hasta maneras que no encuadran en la definición habitual que el psicoanálisis propone para el síntoma” (p.95). Plantea a la desorientación como una de las formas de síntoma más frecuente en el adolescente, por lo que, el sujeto no tiene de dónde agarrarse, cuyos modelos identificatorios son muy débiles. A su vez, describe al adolescente como aquel que puede dar cuenta de los hechos como padecimiento, pero no los subjetivizan. “Él es testigo mudo de un fenómeno que escapa a su comprensión, las palabras le faltan para dar cuenta de su estado, al que tampoco puede considerarlo como síntoma” (p.96).

En sintonía con Freda, Lacadée (2017) explica que en la actualidad hay una caída del saber producto del declive de la función paterna. En la época de Freud, en cambio, los adolescentes tomaban como referencia los ideales de otros, aunque sea para contradecirlos, la tarea del adolescente consistía en desprenderse de la autoridad paterna y salir al mundo exogámico, lo cual constituye una de las operaciones más necesarias y dolorosas, del desarrollo.

Ahora bien, en nuestra época, no hay un punto de referencia desde el cual el joven puede construir su identidad, predominando la soledad del goce, se abre así una distancia de la idea freudiana, que tiene como eje central al declive de la función paterna.

Al respecto Lacadée (2017) afirma:

Antes, la función de excepción del padre, anudando la ley al deseo, demostraba como desenvolverse con su propio goce en la vida privada [...]. El padre amarraba el respeto y el amor para un cierto uso de la lengua: saber arreglárselas con un goce poniéndolo en juego en una manera de vivir y de hablar susceptible de sostener un lugar de identificación posible como derecho al respeto y al amor. La caída de esa función del Nombre del padre precipita al sujeto en un desarreglo tal que puede querer salir de la escena del mundo, ya sea mediante una

provocación o un acto. El cuerpo del adolescente es el lugar de la experiencia de la falta de saber que empuja al sujeto al exilio, es decir, a despegarse de la autoridad de sus padres, a veces al precio de un acto separador. (p.71)

Más adelante el autor agrega que este fenómeno es propio de la época, hace referencia a la adolescencia como un periodo sensible, donde existe el riesgo de bascular hacia lo peor, el adolescente se siente desamparado, solo, y tentado a desplegar un modo de goce que le otorgue un lugar para existir.

En esta misma línea, Recalcati (2014) considera que el problema que se presenta en la actualidad, es que el lugar atribuido al padre como lugar de Ley, figura que representaba a la autoridad durante la primera mitad del siglo xx, se manifiesta de un modo diferente, “el padre débil ha dejado vacío el lugar de quien encarna la Ley de la palabra, el principio de autoridad que regía en la cultura, la economía, la educación” (p. 71).

El autor advierte al lector que la idea no es caer en idealizaciones a la figura del padre-patrón sino al contrario, interrogar sobre su función, y sobre los efectos de ese cambio de régimen y cómo se reconfigura la estructura tradicional de la familia y de la sociedad. Por lo tanto, la caída de la autoridad como fenómeno de la cultura es el resultado de una represión que opera diluida, la misma, es condición para caer en el deseo y no en el goce.

En tal sentido, Belaga (2004), sostiene también que, en la adolescencia actual, se debe tener en cuenta que el mundo de hoy en día, no es el mismo que hace un tiempo atrás, donde el imperativo de la época era la ética de sacrificio, y de la renuncia pulsional. En cambio, en la actualidad el futuro se ve como un terreno desconocido y de incertidumbre.

Esta afirmación coincide con Castro et al. (2011), quienes retomando a Stevens y afirman: “Los fantasmas que funcionaban dando algún tipo de respuesta ahora le resultan insuficientes al adolescente. Los posibles que hasta ahora daban respuesta son cuestionados, son abiertos” (p.1). Es decir, aquello que hasta ahora no se cuestionaba, se presentan como interrogante y, por lo tanto, como un imposible de dar respuesta.

Por su parte, Nasio (2013) hace referencia a las manifestaciones del sufrimiento inconsciente del adolescente de hoy, lo describe como quien se presenta ante nosotros, “como un adolescente en estado de desasosiego, un joven al que le cuesta expresar su malestar con palabras” (p.19).

El autor establece tres categorías del sufrimiento inconsciente del adolescente actual:

Las que se presentan según el grado de intensidad del sufrimiento: moderado, intenso o externo. Puede presentarse como una neurosis de crecimiento. La adolescencia es una neurosis sana, necesaria para volverse adulto. Esta neurosis (angustia, tristeza o rebeldía) traduce un sentimiento inconsciente en moderado. Por medio de comportamientos peligrosos, que interpretamos como la puesta en acto de un sufrimiento inconsciente intenso, comportamientos depresivos. Intentos de suicidio y suicidios. Consumo de drogas duras. Anorexia y Bulimia. Violencias. Revivencia alcohólica repetida. y, por último, por medio de las perturbaciones mentales (p.19).

Además, Nasio (2013) expone que el impacto puberal amenaza desde el interior el equilibrio narcisista

del adolescente con la sensación de ser actuado, cuestión que lo impulsa muchas veces a actuar violentamente. Los actos antisociales entre los adolescentes se caracterizan por la agresión contra símbolos de representantes de la sociedad a menudo de manera repentina y brutal, pero con explosión destructiva inmediata. Cuando se disuelve lo infantil y sus certezas y se comienza a transitar la incertidumbre, el adolescente erige su yo de un modo frágil e inestable.

En tanto, Lopez (2014) menciona que “el adolescente de hoy angustiado, no recurre en general al Otro sino a lo que tiene más a mano, su cuerpo” (p.2). Estas manifestaciones de sufrimiento, nos conducen a pensar cómo se presenta lo urgencia en el adolescente de hoy, frente a las diferentes formas de los usos del cuerpo: cuerpos inmóviles, deprimidos anoréxicos, cortados, golpeados y anestesiados por la tecnología, el tóxico o la adrenalina de los actings.

Sobre estas y otras manifestaciones indagaremos en el presente trabajo, en tal sentido consideramos necesario abordar la categoría de la urgencia.

2.3 Urgencias Subjetivas

La presente investigación tiene como objetivo conocer las intervenciones de las profesionales psicólogas que integran el dispositivo de guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil San Roque, en tal sentido es importante dejar indicado cuales son las presentaciones en el grupo de adolescentes, que encuadran como urgencias subjetivas.

La urgencia puede ser definida como manifestaciones sintomáticas para el sujeto, son un tipo de respuesta a lo que le sucede, las cuales tienen diversas formas de presentación tales como anorexia, bulimia, pasaje al acto, acting out, mutismo, angustia, entre otros.

Dentro de las presentaciones de urgencia en el Hospital, están además las situaciones de maltrato, intentos de suicidio, abuso sexual infantil, diferentes formas de violencias, crisis de angustia y las manifestaciones que se encuadran dentro de lo que se reconoce como excitación psicomotriz.

Son todas presentaciones que requieren un profundo desarrollo, que quedará sujeto a próximas investigaciones; en los párrafos que siguen las describiremos, a los fines de presentar una primera aproximación.

En términos generales, podemos definir a la consulta de urgencia como aquella que se produce por demanda espontánea, sin turno previo. Se manifiesta como irrupción sintomática que demanda urgente resolución y puede presentarse como un exceso de sufrimiento, insoportable para el paciente.

En algunos casos puede no presentarse con riesgo para sí o para terceros, pero la situación demanda una intervención sin demoras. Cabe señalar que dicha demanda de atención puede surgir de: el paciente, la familia o un profesional de otra área social de salud, en el caso que nos ocupa, las demandas surgen del COPNAF, por solicitud de la justicia o de manera interna desde otras áreas del Hospital.

2.4 Conceptualizaciones sobre el trauma

El concepto de trauma en Freud, se lo puede definir como aquel “acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (Laplanche, y Pontalis, 1993, p. 447).

Si bien, Freud no mencionó el término de urgencia como tal, podemos pensarlo al concepto desde la teoría del trauma, noción que el autor revisita reiteradamente a lo largo de su obra; teniendo en cuenta que las consultas al equipo de guardia resultan de situaciones traumáticas, de orden reciente al momento de la intervención del equipo, o vivencias del pasado que se actualizan por un acontecimiento que resulta disruptivo para la homeostasis del aparato psíquico.

En los primeros textos pre psicoanalíticos Freud junto a Breuer (1893) definen al trauma desde una perspectiva económica, sosteniendo que el aumento de excitación en el psiquismo produce efectos, que van más allá de la capacidad de metabolización, definiendo al trauma psíquico como aquella “vivencia que suscita los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico” (Breuer y Freud, 1999, p.31). Ubicando el énfasis en la intensidad. Destacando que para que un suceso sea traumático o no depende de la sensibilidad de la persona.

Luego, Freud plantea que en realidad el trauma es específico y es del orden de lo sexual (es la cualidad de lo sexual lo que genera el efecto traumático) y que, el periodo del traumatismo originario se descubre en la vida prepuberal.

En este momento de su obra Freud pone énfasis en lo cualitativo, ya no en lo cuantitativo.

La primera teoría del trauma está apoyada en la teoría de la seducción a partir de los dichos de sus pacientes.⁴ El autor plantea que todos los sujetos que han experimentado esta vivencia de haber sido seducidos por parte de un adulto lo han experimentado de modo pasivo, por lo que su recuerdo en la etapa adulta, van a dar origen a los síntomas histéricos.

Freud abandona la teoría de la seducción ⁵porque descubre el valor de la fantasía, afirmando que no hay

⁴ Freud empieza a percibir que en todos los relatos hay algo del orden del abuso, primer escena de seducción por parte de un adulto a la que ha estado expuesta sus pacientes (sin que despierte en el excitación sexual) y una segunda escena, evoca por algún rasgo asociativo “Es el recuerdo de la primera el que desencadena un aflujo de excitaciones que desbordan las defensas del yo[...] como recuerdo de la primer escena se vuelve posteriormente patógena, en la medida en que provoca un aflujo de excitación interna” (Laplanche y Pontalis, 1993, p. 449).

⁵ Freud (1999) agrega una nota al pie, “por aquel tiempo yo aún no sabía distinguir entre las fantasías de los analizados acerca de su infancia y unos recuerdos reales [...] atribuí al factor etiológico de la seducción una sustantividad y una validez universal que no posee”. (p. 169) Sin embargo, Freud sostiene que “no todo lo contenido en este texto es desestimable; la seducción conserva cierta significatividad para la etiología, y todavía hoy considero acertados muchos de los desarrollos psicológicos aquí expuestas” (p.169).

capacidad en el inconsciente para distinguirlas de las percepciones⁶. Algunas de estas categorías se retoman en las páginas que siguen en el apartado sobre Abuso sexual en las infancias y adolescencias. En momentos posteriores Freud (1999) vuelve a utilizar la definición económica del trauma como efracción, sitúa la idea de que un aflujo excesivo de excitación anula inmediatamente el principio de placer⁷.

La urgencia quedaría ligada a las excitaciones que por su intensidad rompen con la membrana protectora⁸. El autor define como traumáticas a aquellas excitaciones que provienen del exterior, poseen una fuerza suficiente para perforar la barrera antiestímulo, un suceso de esta índole provocará sin lugar a duda, una perturbación en la economía energética del organismo, poniendo en marcha los mecanismos de defensa.

Más adelante agrega, que el apronte angustiado es la última barrera contra el trauma “el apronte angustiado con su sobreinvertidura [...] constituye la última trinchera de la protección antiestímulo”. (p.31). Freud advierte que, en estos casos, es muy frecuente la falta de apronte angustiado, por tales motivos, nos dice que, los sistemas a raíz de esta energía más baja, no están en condición de ligar la excitación sobreviniente del exterior y, en consecuencia, se produce más fácilmente la ruptura de la barrera.

Freud (1999) luego de lo observado en el sueño de las neurosis traumáticas, en la vida onírica de la neurosis traumáticas “reconduce al enfermo, una y otra vez, a la situación de su accidente, de la cual despierta con renovado terror” (p.13) ubica la repetición y la pulsión de muerte como eje central respecto de la producción de síntoma.⁹

Desde esta perspectiva, se considera al trauma como aquella ruptura de esa membrana protectora, podemos pensar a la urgencia como la ruptura de la homeostasis, en donde, los mecanismos de defensa ya no alcanzan para responder, generando así, una situación de urgencia.

Lacan define que “la urgencia es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte” (Sotelo y Belaga, 2008, p.2), dando cuenta del efecto que tiene la incidencia de la realidad del sujeto, lo real, que

⁶ Carta 69 (1897) fragmento de la correspondencia con Flises.

⁷ Hasta este momento de su obra sostenía que los procesos anímicos están regidos por el principio del placer, se ponía en marcha ante una tensión displacentera, para evitar el displacer o producir placer.

⁸ Toma el modelo de la vesícula viva para representar la relación que tiene el organismo y su medio ambiente “se mantiene resguardada de las excitaciones externas por medio de una capa protectora o protector contra las excitaciones, que solo deja pasar cantidades de excitaciones tolerables” (Laplanche, y Pontalis, 1993, P. 448).

⁹ Fundamentando que en el aparato psíquico hay una imbricación entre pulsión de vida y de muerte. En donde existiría una tendencia compulsiva, demoniaca, más originaria que la pulsión de vida, que resulta de la tendencia a volver a un estado inorgánico, la va a denominar como pulsión de muerte, definida también como la tendencia a volver a un estado a cero, en palabras de Freud “la meta de toda vida es la muerte, y retrospectivamente: lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo” (Freud, 1999 p.38). La vida sería ligazón, entrecruzamiento entre la pulsión de vida y pulsión de muerte.

rompe con las formas habituales de transcurrir su vida cotidiana.

2.5 Manifestaciones de las Urgencias en el Dispositivo Hospitalario

Diversos autores de nuestro país, han estudiado el tema de las urgencias, en ese sentido, Fernandez (1993) sostiene que la urgencia es del sujeto que se encuentra en “el punto límite donde el sujeto siente que no puede escapar, que está en riesgo, apela y convoca a un otro, que llama a una intervención” (párrafo 2).

En tanto, Belaga (2004) plantea que el modelo de la urgencia responde al “trauma como acontecimiento [...], es la figura de la irrupción de lo real sobre las representaciones simbólicas que tenía ese sujeto hasta ese momento. Algo irrumpe y es lo que se llama usualmente la angustia más generalizada, la angustia traumática” (p. 16). En base a esto, podríamos decir que el acontecimiento marca un antes y un después en la vida del sujeto.

La dimensión de la urgencia subjetiva no es sin un Otro que la sancione como tal. La urgencia es entendida por Sotelo como un “grito en tanto ficción lógica por fuera de la palabra, se transformará en llamado en tanto el analista constituido como Otro que acusa recibo sancione con su poder discrecional, aquello que escucha” (Sotelo, 2009, p. 27).

La autora afirma además que se llamará urgencia subjetiva a aquella que compromete al sujeto, quien tiene una percepción íntima de eso que le concierne, más allá de la opinión del profesional. Desde esta perspectiva, cuando el sujeto adquiere la sensación de que la urgencia lo compromete, se abre la posibilidad de iniciar tratamiento.

En tanto que Seldes (2004), define los modos en que se presenta la urgencia subjetiva, como una manifestación que queda por fuera de la palabra, en esos momentos donde la vida cambia abruptamente y se pierden las coordenadas, en palabras del autor:

Esos momentos de crisis en la vida de un sujeto que al no poder dar cuenta de su sufrimiento, o sea cuando el discurso no le alcanza para entender, maniobrar, ese sufrimiento inefable, se queda sin palabras, sin imágenes, o queda encerrado en el mayor mutismo, es impulsado a actos desesperados o es presa de la más cruel angustia [...] Respondemos sin recetas previas planteamos que en principio intentamos darle un marco a los fenómenos, que posibilite su puesta en discurso y logre transformarlos en una demanda. (p.23)

Podríamos decir que la urgencia aparece cuando los mecanismos de defensa ya no alcanzan para responder como antes. Eso que irrumpe inesperadamente en la vida de alguien, viene a romper con la homeostasis, no tiene lugar en el entramado discursivo del sujeto, produce una ruptura de la cadena simbólica que se expresa como grito significativo o llamado. Como respuesta nos encontramos con un Acting out o pasaje al acto que expresa aquello que las palabras no pueden.

En palabras de Seldes, “implica para el sujeto un efecto de mortificación y cuando esto ocurre el sujeto apela a los recursos que el lenguaje le facilita, el acting out o pasaje al acto” (p. 24).

Desde el punto de vista de la urgencia podemos pensar al dispositivo de guardia como un modo de

intervención frente al sufrimiento¹⁰.

La clínica de la urgencia en psicoanálisis, nos habilita a interrogarnos sobre qué es lo que hace la urgencia singular del sujeto, el pasaje del padecimiento en lo real a la subjetivación del decir.

Hasta aquí las consideraciones a una perspectiva de la clínica psicoanalítica en relación a lo que representa una urgencia para un sujeto.

En el apartado que sigue abordaremos el tema de las violencias, en el que quedaran incluidas aquellas que constituyen los motivos de consultas más frecuentes en el dispositivo de guardia, se consideró oportuno agrupar dentro de esta categoría, al maltrato, al abuso en las infancias y adolescencias, y al suicidio como la expresión más radical de la violencia autoinflingida.

2.5.1 Violencias

Según la Real Academia Española (s.f.) la violencia se define como: “calidad de violento, acción y efecto de violentar o violentarse. Acción violenta o contra el natural modo o manera de proceder. Acción de violentar”. Según su etimología, es violento aquel que usa continuamente la fuerza.

La Organización Mundial de la Salud (2003) define a la violencia como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico” (p.5). Vincula al hecho en sí con el acto en sí mismo, independientemente de las consecuencias que produzca.

Podríamos considerar la violencia como la acción de un sujeto hacia otro que puede causarle daño físico, psicológico, sexual.

Se la puede definir como el ejercicio de un poder sobre otro u otros no reconocidos como sujetos quedando reducidos éstos a un lugar de objeto. En los distintos tiempos de la historia, las violencias han tomado distintas formas y en diversos ámbitos, íntimo, familiar y social, manifestarse de forma abrupta, como un estallido o bien con cierta continuidad.

Según Pueyo (2005) la violencia es algo más que un simple comportamiento instintivo, reactivo e imprevisto, la mayoría de las veces responde a una estrategia genérica dirigida a resolver un conflicto o problema, que a veces es creado por el propio agresor (p. 3).

En este sentido, Janin (2002) hace un estudio acerca de los efectos subjetivos del maltrato y la violencia en la estructuración subjetiva y la define como aquello que tiene efecto de golpes sorpresivos, frente a los que no hay alerta posible.

Luego de la lectura de varios autores podemos vislumbrar que el término violencia se diferencia del de agresividad, sosteniendo que una es del orden de lo intencional y la otra no. Por más que no siempre

¹⁰ Desde la clínica psicoanalítica, todos los autores referidos consideran que la presencia del analista permite una subjetivación de la urgencia donde aparece la implicación en el deseo, es a partir de la escucha que se permite que el sujeto advenga responsable de su decir.

está acción de ejercer violencia sea consciente y con el fin de causar daño al otro, muchas veces se manifiesta de forma velada.

En su desarrollo teórico, el padre del psicoanálisis, Freud (1999) no utiliza el concepto de violencia como tal, sino el de inclinación agresiva, la define como una disposición pulsional autónoma, originaria, del ser humano. En palabras del autor, “es lícito atribuir a su dotación pulsional una buena cuota de agresividad” (p.108). Por lo que sus semejantes pueden ser una tentación para satisfacer la agresión.

En tanto que pulsión, la de agresión, que es un subrogado de la pulsión de muerte, pugna, e insiste por encontrar su satisfacción en el exterior y al menos, cuando no lo logre, conseguirá su satisfacción de forma sustitutiva vía formación de síntoma. Al tratarse de una disposición originaria, la pulsión, no se la domestica, ni se la educa. Por eso mismo, es así, como se explica porque “la cultura encuentra en ella su obstáculo más poderoso” (p. 117), por ello, fracasa en su intento de regularla.

Siguiendo al autor, teoriza la concepción dualista de las pulsiones: la oposición pulsiones de vida y pulsiones de muerte, en tanto la primera refiere a lo que moviliza la conservación, la integración y la creación de vida; y pulsión de muerte, la cual tiene como finalidad la destrucción y la aniquilación, por cuyo motivo es exteriorizada, desviándola hacia el medio ambiente mezclada con la pulsión de vida (Freud, 1990).

Freud parte de la idea de que la tendencia de toda vida es la muerte, es lo más originario, lo inanimado. En palabras del autor, “la meta de toda vida es la muerte y retrospectivamente lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo” (p.28). Justamente, de lo inanimado surge lo vivo, y la tendencia conservadora es volver a ese estado anterior inanimado.

Por ello, el autor advierte que estas últimas cuestionan el imperio del principio de placer, “en el alma existe una fuerte tendencia al principio de placer, pero ciertas otras fuerzas o constelaciones la contrarían, de suerte que el resultado final no siempre puede corresponder a la tendencia al placer” (p.9).

Recapitulando, podemos decir que la pulsión de muerte tiende a destruir, a corromper ese orden instaurado. Por lo tanto, se la puede vincular con la destrucción de lazo y con la violencia.

En el apartado que sigue realizaremos una aproximación al problema del maltrato.

2.5.2 Maltrato

La Organización Mundial de la Salud (2020) define Maltrato Infantil¹¹ a todas las modalidades de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del NNyA (Niño, Niña y Adolescentes) o que pueda poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de

¹¹ Cabe aclarar que, si bien se hace mención al maltrato infantil, la categoría es extensiva para los adolescentes también, como grupo que es pasible de intervenciones de cuidado y protección por parte de las figuras responsables.

responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación (2015) ¹² se aborda al maltrato estableciendo las siguientes categorías: **Maltrato físico:** Comportamiento no accidental de algún adulto/a que provoca daño físico o enfermedad en el NNyA, o que lo coloca en grave riesgo de padecerlo. Dentro de este tipo de maltrato se encuentra el síndrome del bebe sacudido y el síndrome de Münchausen. **Maltrato psicológico:** Conductas reiteradas de las personas adultas responsables que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social y/o intelectual del NNyA. Las formas del maltrato psicológico pueden ser rechazo a las necesidades del NNyA, aislamiento del mismo, agresión verbal, exigencias no acordes con las posibilidades del niño, sobreprotección excesiva que impida el desarrollo esperable y exposición a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales. **Testigos de violencia:** Modalidad que considera la violencia hacia NNyA en el marco de parejas en las que existe violencia. **Negligencia:** Situación en la cual las necesidades básicas del NNyA (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestimenta, educación, esparcimiento, entre otras) no son atendidas adecuadamente, por motivos diferentes a las condiciones que genera la vulnerabilidad social. **Abuso sexual infantojuvenil:** cualquier actividad de gratificación sexual de una persona adulta con NNyA. Es una acción de carácter coercitivo, ya que, por edad y nivel de maduración, existe una imposibilidad objetiva de consentimiento. **Mendicidad:** Modalidad de maltrato mediante la cual NNyA son utilizados/as por los/as adultos/as para mendigar, pero también se aplica si se realiza esta actividad por iniciativa propia en beneficio de una persona adulta. **Maltrato institucional:** efectos que son consecuencia de las respuestas sociales, que ocurren cuando las instituciones o la propia sociedad, a través de las legislaciones, los programas de intervención o la actuación de los profesionales, perjudican a NNyA en sus dimensiones físicas, psíquicas y/o sociales o los/las colocan en riesgo de sufrir consecuencias que afecten su desarrollo esperable. **Trabajo infantil:** Toda actividad económica y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada por niñas y niños, por debajo de la edad mínima de admisión al empleo o trabajo, o que no han finalizado la escolaridad obligatoria, o que no han cumplido los 18 años si se trata de trabajo peligroso. **Maltrato entre iguales:** agresión o maltrato entre hermanos/as, compañeros/as o amigos/as. Es el abuso en cualquiera de sus formas, o la intimidación reiterada por parte de uno/a o varios/as NNyA hacia quien no tiene posibilidades de defenderse. **Secuestro o sustitución de identidad:** Se refiere a los casos en los que el/la NNyA fue separado/a de su familia ni bien nacido, para ser entregado/a al personal policial, a personas relacionadas con secuestradores, a personas que realizan adopciones ilegales, para venta de recién nacidos/as y/o a organizaciones que se dedican a esas actividades, negando su identidad y la posibilidad de volver con su familia de origen. Janin (2002) define a todas ellas como “formas del maltrato, golpes que incrementan el estado de desvalimiento infantil y que impiden el procesamiento y la metabolización de lo vivenciado” (p.149). Al respecto afirma que:

¹² Lineamientos para el abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes desde el sistema de salud.

Hay una transmisión de violencia a través de las generaciones. La transmisión puede ser fundamentalmente transmisión de agujeros representacionales, en tanto, cuando en una generación algo no es hablado (por vergüenza, angustia, temor, etc.), quedando como lo indecible, pasará a la generación siguiente como innombrable y a la tercera, como impensable. Es decir, este tipo de transmisión crea en el niño zonas de silencio representacional, dificultando el pensamiento. Hay una memoria de marcas corporales, de agujeros, memoria en la que lo que se hace es “desaguar” recuerdos, memoria del terror que insiste sin palabras, sin posibilidades de ser metabolizadas [...] marcas de golpes, de momentos de pánico, de silencios colmados de angustia y vergüenza, de alertas. Lo que no pudo ser ligado, metabolizado, “digerido”, pasa en su forma “bruta” a los hijos y a los hijos de los hijos [...] angustias primarias, temores sin nombres, depresión profunda, pánico, agujeros, vacíos, marcas de lo no tramitado. (Janin, 2002, p. 153)

La autora clasifica al maltrato, por exceso, por ruptura de las barreras de protección antiestímulo. Expulsando así, todo lo inscripto. En este sentido, los estímulos de los que no se puede huir son sorpresivos y atacan de golpe. A su vez, menciona otros tipos de maltratos, por déficit o ausencia de cuidados, niños abandonados a sus propias sensaciones y exigencias internas. De este modo, la libido no puede ligarse a nada, son traumas por vacío. También menciona, cuando se lo fuerza al niño/o a quebrar soportes identificatorios o se desconoce su historia o las exigencias desmedidas dejando marcas de dolor.

Abordamos lo expuesto en el párrafo anterior para remarcar que la violencia en cualquiera de sus formas representa una vulneración de derechos que implica múltiples consecuencias negativas en el bienestar presente y futuro de los NNyA, perjudicando su salud física y emocional, su desarrollo cognitivo, su autoestima y sus relaciones interpersonales. En el largo plazo, la violencia experimentada durante la niñez se asocia con la depresión, el abuso de alcohol y drogas, y los problemas crónicos de salud. Gran parte de esta problemática ocurre en el ámbito familiar, lo cual hace que sea un problema que queda invisibilizado porque queda limitado en la intimidad. A esto se le suma que los NNyA no se encuentran en condiciones de realizar una denuncia por eso son una población vulnerable. (Ministerio de Salud de la Nación, 2015)

Con respecto a los efectos del maltrato a largo plazo, Janin (2002) en su investigación establece un vínculo entre estos y la estructura subjetiva, entre ellos destaca, la anulación de conciencia en el registro de cualidades y sensaciones; la tendencia a la desconexión; confusión identificadora; repliegue narcisista; repetición de la vivencia (activa y pasivamente); irrupciones del proceso primario; actitud vengativa frente al mundo; déficit de atención, en relación a la motricidad, entre otras.

En razón de lo expuesto, la autora recopila una serie de testimonios y sugiere, la importancia de ayudar al niño a armar su relato, posibilitándole que pueda articular eso que le pasa con su propia historia, una trama que lo sostenga allí donde solo quedaban las marcas del dolor, permitiéndole habitar un mundo distinto, donde pueda ir recomponiendo, los lazos con el mundo. Por lo cual, considera pertinente atender los aspectos muertos del paciente, y así, poder significar e historizar, dando lugar a nuevas

investiduras libidinales y abriendo posibilidades creativas.

En los párrafos siguientes nos centraremos en las conceptualizaciones sobre el abuso sexual en las infancias y adolescencias.

2.5.3 Abuso sexual en las Infancias y Adolescencias

El abuso sexual es una categoría que proviene del ámbito jurídico, sin embargo, la complejidad que representa excede los márgenes de una sola disciplina, por lo tanto, necesita de varios discursos para su teorización y prácticas.

Una primer cuestión que debemos indicar es que la condición de indefensión estructural del “cachorro humano” (Lacan, 1936)¹³, respecto del adulto lo expone a una vulnerabilidad y dependencia que resulta el campo propicio para los distintos tipos de abusos, entre ellos el que sucede hacia el interior de la familia.

Desde otra perspectiva podemos afirmar que los abusos sexuales remiten a prácticas de variada intensidad, que van desde los tocamientos, exposición de genitales y practicas masturbatorias, hasta las violaciones, que son impuestas por un adulto que ejerce coerción (violencia física, amenazas, abuso de confianza, etc), UNICEF, organismo internacional que atienden la niñez; sostiene que el abuso sexual infantil se caracteriza por la asimetría de poder, asimetría del conocimiento y la asimetría de la gratificación.

En otro orden, desde una perspectiva psicoanalítica, Calvi (2004) investiga en profundidad el tema sobre el abuso sexual infantil, sostiene que el mismo constituye un antecedente importante dentro de la historia del Psicoanálisis, que implicaron fuertemente las teorizaciones de Freud.

La autora afirma que el padre del psicoanálisis “conocía bien el tema de los ataques a niños y niñas”, no obstante, debido al rechazo que había producido en la sociedad científica de Viena, su teoría de la sexualidad infantil, decide desestimar su teorización sobre la seducción, dando relevancia a las fantasías. En tal sentido, Calvi (2004) sostiene que el desplazamiento de la tesis original de Freud, facilitó el encubrimiento del abuso y el incesto sobre niñas y niños, justificado por la idea de que se trataba de un episodio fantaseado o inventado, esta posición fue sustentada durante décadas.

Más allá de ello, debemos reconocer que Freud, en momentos posteriores de su obra, sostiene el valor patógeno de las escenas de seducción vividas por los niños.

Freud abandona la teoría de la seducción en el año 1897, la cual tenía un papel determinante en la etiología de la psiconeurosis. Esta teoría es dejada de lado frente a la duda sobre el relato de sus pacientes para dar lugar a la diferencia entre la realidad material y la realidad psíquica, es decir, no como realidad vivida sino lo que aparece en el habla, bajo la forma de fantasías; éstas serán determinantes para la formación de síntomas. Las fantasías desempeñan un papel fundamental en la teoría psicoanalítica,

¹³ Lacan, J. (2009). *El estadio del espejo como formador de la función yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Editorial. Paidós.

tienen para el sujeto el mismo valor patógeno que las reminiscencias. Estas están presentes en el psiquismo tempranamente y tienen que ver con la realidad psíquica.

Nos parece pertinente retomar la relevancia del concepto de fantasía, ya que nos permite observar que es lo que aporta la singularidad de la construcción sintomática, esto es, frente a un mismo hecho acontecido, cada niño/a reaccionara de un modo diferente, dependiendo de su constitución psíquica y por lo tanto de su capacidad de metabolizar eso acontecido.

En los párrafos que siguen nos acercaremos al tema del suicidio.

2.5.4 Suicidio

El suicidio, etimológicamente el término proviene del latín, se descompone en sui, que significa sí mismo, y cidium, que significa matar. Por consiguiente, suicidio significaría matarse a sí mismo.

La Real Academia Española (2021), define al suicidio como la acción o efecto de suicidarse. Implica una conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza.

En este sentido, UNICEF (2017) entiende por suicidio el acto o conducta consumada por medio de la cual un individuo se genera un daño letal. A su vez, define al intento de suicidio, como el acto autoinfligido con el objetivo de generarse un daño letal; y por posvención, las acciones destinadas a trabajar con las personas, familia y/o instituciones vinculadas a la persona que se quitó la vida.

El incremento en la actualidad de las tasas de suicidio tanto a nivel mundial, como regional, ha despertado el interés de diferentes instituciones, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (2010), definiéndolo como “el acto deliberado de quitarse la vida” sería previsible mediante estrategias integrales y multisectoriales debido que se lo caracteriza como un grave problema de salud pública a nivel global.

Según un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (2021), más de 700.000 personas se suicidan cada año, convirtiendo al suicidio en la segunda causa principal de muerte en un rango etario de 15 a 29 años.

Según el informe Estadísticas de los Hechos Vitales de la población adolescentes 2019 en la Argentina¹⁴, la tasa de mortalidad en dicho grupo, entre los 10-19 años en el año 2017 fue de 4,7 por diez mil, con una composición variable teniendo en cuenta la franja etaria y el sexo. Por un lado, se observa un aumento en la tasa de mortalidad en varones en comparación con la tasa de mortalidad en mujeres, sobre todo luego de los 13 años de edad y con incremento sustantivo de la brecha entre varones y mujeres desde los 15 años de edad.

Actualmente en nuestro país, rige la Ley Nacional de prevención al Suicidio N° 27.130 con el objetivo de prevenir el suicidio, acompañando a las personas que intentaron suicidarse y apoyando a sus familias.

¹⁴ Realizado por UNICEF y la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A su vez, esta problemática ha sido incluida en el Plan de Acción sobre salud mental 2013-2021¹⁵, donde se resalta la necesidad de generar políticas públicas integrales para el abordaje de esta problemática, desde sus tres dimensiones: prevención¹⁶, tratamiento y posvención.

También debe considerarse, una serie de lineamientos para equipos de salud, abordaje integral del suicidio en las adolescencias¹⁷ vigentes en nuestro país a partir del año 2021 (ver ANEXO I).

Para el psicoanálisis el suicidio en la adolescencia resulta una problemática sobre la que se despliegan una serie de categorías auxiliares para su comprensión, entre ellas: pasaje al acto, urgencias subjetivas, acto y acting out.

Para Gallo (2021) el suicidio o intento de suicidio puede ser el desenlace de un conflicto psíquico grave, o que el sujeto presente motivaciones demasiado íntimas, de índole pulsional, que son desconocidas para sí.

Los daños autoinfligidos para el autor son una transacción entre el impulso autodestructivo y las fuerzas que actúan contra él, sostiene que los actos logrados, que culminan en la muerte encuentran antecedentes en momentos anteriores, en actos realizados en un modo real o simbólico.

Siguiendo esta misma línea, Londo (2022) retoma el concepto de pubertad desde el discurso psicoanalítico, y lo define como la segunda oleada pulsional. A su vez, parte de la idea de que el adolescente debe valerse de una nueva posición frente a la vida y al propio deseo, encontrar nuevos anclajes en la vida, entre ellos su lugar en el mundo. De tal forma que en dicho derrotero pueda asumir una posición subjetiva, construir una invención, desplegando así su singularidad y que esto, le permita al sujeto orientarse hacia algo diferente como condición para salir de la angustia. La autora afirma que, “es visto como un momento singular de sacudimiento y reordenamiento estructural”. (p.2). El adolescente en ese intento de salir de la desesperación, angustia e impotencia que acapara su vida, tiene dos caminos posibles. Por un lado, el adolescente busca arreglárselas con eso que le pasa, poder tejer un nuevo sentido en la vida, de esta manera se reinventa y logra continuar. Por el otro, “en ese intento de construir respuestas, desfallezca y eso que <no hay> haga que no logre encontrar otra manera de estar en el mundo, de reconstruir su subjetividad” (p.2). El adolescente al carecer de ese soporte, y quedarse sin recursos en los que pueda sostenerse, se genera una angustia que lo excede, lo deja abolido, sin poder dar una respuesta simbólica, algo del orden del no poder controlar, por lo tanto, la única salida que

¹⁵ Organización Mundial de la Salud (2013-2021). *Plan de Acción sobre Salud Mental*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

¹⁶ Se entiende por prevención a las acciones orientadas a evitar que estos eventos ocurran, entre ellas reducción de acceso a medios para quitarse la vida [...] fomentar un seguimiento responsable de los medios masivos de comunicación y formar a profesionales de atención primaria en salud. (UNICEF, 2017, P. 22)

¹⁷ UNICEF (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud*. <https://www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordaje%20integral%20del%20suicidio%20en%20las%20adolescencias.pdf>

encuentra es el acto suicida.

En las páginas que siguen desarrollamos extensamente la categoría crisis de angustia, para dar cuenta de uno de los motivos de consulta más frecuente en el dispositivo de guardia, a su vez realizamos un extenso recorrido por las categorías del psicoanálisis que nos permiten abordar y comprender la producción de la angustia, fundamentalmente desde Freud, con una breve mención al seminario 10 de Lacan.

2.5.5 Crisis de angustia

El motivo de consulta con mayor prevalencia en la adolescencia es la angustia, según Barrionuevo et al (2019) el advenimiento de la pubertad y las consecuentes metamorfosis del cuerpo, conllevan la necesidad de reinscribir un cuerpo que se percibe incordiado, disarmónico y se experimenta fragmentado.

La adolescencia impone así al mismo tiempo la transformación en el orden del cuerpo (pubertad) enfrentando al sujeto con el dolor y la angustia, que le ocasiona la desestructuración de su imagen corporal.

El autor sostiene que: “el desvalimiento podría volver a vivenciarse, particularmente durante la metamorfosis de la pubertad, donde el sujeto confrontado con el hecho de que las respuestas e identificaciones construidas anteriormente resultan inadecuadas frente a lo real del cuerpo y la sexualidad” (p. 121).

En la primera teoría de la angustia Freud la define como aquel resultado de una tensión libidinal acumulada y no descargada adecuadamente. En estos primeros tiempos de la teoría, la represión antecede y causa la angustia.

Freud (1999) trabaja una serie de síntomas que se presentan en la neurosis de angustia ¹⁸.

El autor utiliza el término psiconeurosis ¹⁹ para contraponerlo a las neurosis actuales, definiéndola como “efecto inmediatos de las noxas sexuales mismas” (Freud, 1999, p. 168), en donde hay ausencia de mecanismos de defensa. Por lo tanto, en las neurosis actuales (neurosis de angustia y neurastenia²⁰), los síntomas aparecen sin historia, su origen está en lo somático, y no en lo simbólico.

El principal componente presente en la neurosis de angustia es el efecto de la trasmutación de la libido en angustia.

El cuadro de la neurosis de angustia comprende algunos de los siguientes síntomas: 1) estabilidad o irritabilidad generalizada, no es específico pero siempre está presente, relacionado a la acumulación o

¹⁸ Relaciona a la neurosis de angustia con etiologías específicas, cuyo factor más común, por un lado, acumulación de la tensión sexual o sino, ausencia o insuficiencia de elaboración psíquica de la excitación sexual somática.

¹⁹ Término utilizado por Freud para designar “cierto número de afecciones psiconeuroticas (histeria, fobia, obsesión, psicosis) poniendo en evidencia en ellas el papel [...] del conflicto defensivo” (Laplanche y Pontalis, 1993, p.320).

²⁰ En cuanto a la etiología de la neurastenia se origina cuando la excitación alcanza el registro de lo psíquico y se produce la acción específica, pero de modo defectuoso o insuficiente, se ve caracterizada por las masturbaciones o poluciones espontáneas.

la incapacidad de tolerar la excitación, 2) expectativa angustiada, 3) angustia flotante, es la angustia que se une a cualquier representación, 4) ataque de angustia (en la conciencia de forma espontánea) mezcla de determinados elementos del ataque de angustia, taquicardia, ahogo, sudor, temblores, vértigo (Freud, 1999). Todos ellos aparecen como equivalentes a la angustia, registrados a nivel de lo corporal.

Así mismo, unos años más tarde redefine el término y sostiene que la angustia es una reacción frente a una situación traumática, frente a una experiencia de desamparo. No es la represión la causa que desencadena la angustia sino a la inversa. Plantea a la angustia como señal de algo, da un aviso al yo:

Puede que no sea nada simple el problema del modo en que se engendra la angustia a raíz de la represión: empero se tiene el derecho a retener la idea de que el yo es el genuino almacén de la angustia, y a rechazar la concepción anterior, según la cual la energía de investidura de la moción reprimida se mudaba automáticamente en angustia [...] la angustia no es producida como algo nuevo a raíz de la represión, sino que es reproducida como estado afectivo siguiendo una imagen mnémica preexistente (Freud, 1999, p. 89).

Más adelante diferencia a la angustia del resto de los afectos; siendo está algo sentido, tiene un carácter displacentero evidentísimo, pero nos dice que no a todo displacer podemos llamarlo angustia. Existiendo otras sensaciones de estas características como: tensión, dolor, duelo; por tanto, la angustia ha de tener, además de esta cualidad, otras particularidades que la definan. A criterio del autor, sería su carácter displacentero específico, sumando a este, acciones de descarga (de ese displacer), y percepciones de estas.

Freud aclara que, “En el caso de los seres humanos, el nacimiento nos ofrece una vivencia arquetípica de tal índole, y por eso nos inclinamos a ver en el estado de angustia una reproducción del trauma del nacimiento” (Freud, 1999, p.126).

A su vez, el término señal de angustia²¹ “reproduce en forma atenuada la reacción de angustia vivida primitivamente en una situación traumática, lo que permite poner en marcha operaciones defensivas” (Laplanche y Pontalis, 1993, p.399). Así mismo, ubica en el concepto una nueva función como un modo defensivo.

Cabe señalar que Freud aclara que la angustia automática se opone a la angustia señal, que emerge como resultado inmediato de alguna situación traumática. Esto es, bajo la influencia de excitaciones de origen externo o interno, que el aparato psíquico es incapaz de controlar:

Como fenómeno automático y como señal de alarma, la angustia debe considerarse como producto del estado de desamparo psíquico del lactante, que evidentemente constituye la contrapartida de su estado de desamparo biológico. La angustia automática es una respuesta espontánea del organismo frente a situaciones traumáticas o a su reproducción (Laplanche y Pontalis, 1993, p. 27).

Entonces, la angustia puede presentarse de este modo, como una aparición repentina, automática, sin

²¹ Tiene sus orígenes en 1926, “para designar un dispositivo puesto en acción por el yo, ante una situación de peligro, con vistas a evitar el ser desbordado por el aflujo de excitaciones” (Laplanche y Pontalis, 1993, p.399).

estar asociada a ninguna representación.

Recordamos que Freud (1926) establece dos condiciones fundamentales para el desarrollo de la angustia, a saber: “el peligro de desvalimiento psíquico propio del periodo de inmadurez del yo, así como el peligro de pérdida de objeto se deben a la falta de autonomía de los primeros años de la niñez” (p.134). Asimismo, aclara que las distintas condiciones de desarrollo de angustia no destituyen a las anteriores: “pueden pervivir lado a lado, y mover al yo a cierta reacción de angustia aun en épocas posteriores a aquellas en que habría sido adecuada; o varias de ellas pueden ejercer simultáneamente una acción eficaz” (p. 134).

Por su parte, Lacan (2007) define a la angustia en el seminario 10, como aquello que no engaña, pero lo que no engaña es lo que no se deja significar. En sus palabras, “el significante engendra un mundo, el mundo del sujeto que habla, cuya característica esencial es que en él es posible engañar” (p.87).

Luego, agrega:

La angustia es este corte [...] que se abre y deja aparecer [...] lo inesperado, la visita, la noticia, lo que expresa tan bien el término presentimiento, que no debe entenderse simplemente como el presentimiento de algo, sino como el pre-sentimiento que es la del afecto. (Lacan, 2007, p.87).

Considera que la angustia no es significativa y como tal elige una vía inequívoca, la vía del afecto, para ello desarrolla dos categorías que son respuesta frente a la angustia, de relevancia en nuestra investigación, dichas categorías son: acting out y pasaje al acto.

Como observamos en el apartado de Interpretación y Análisis de las Entrevistas que agrupa las entrevistas realizadas, en el que dichas categorías aparecen de manera recurrente.

En palabras de Lacan (2007):

El momento del pasaje al acto es el de mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento. Es entonces cuando desde allí donde se encuentra [...] se precipita y báscula fuera de la escena. Esta es la estructura misma del pasaje al acto (p.128).

Lacan distingue el pasaje al acto del acting out, y afirma que este último, se ofrece a la interpretación, se dirige al Otro, (y si estuviera en análisis), se dirige al analista, es un llamado al Otro.

A su vez, pasaje al acto como su etimología lo indica, se utiliza para signar los actos impulsivos de naturaleza violenta o criminal. Marcando estos el punto en que el sujeto, pasa de una idea o intención violenta al acto correspondiente (Evans, 2007).

Considerando que:

El sujeto que realiza un acting out todavía permanece en la escena, mientras que el pasaje al acto supone una salida total de la escena. El acting out es un mensaje simbólico dirigido al gran Otro, mientras que un pasaje al acto es una huida respecto del Otro, hacia la dimensión de lo real. El pasaje al acto es una salida de la red simbólica, una disolución del lazo social. Aunque no necesariamente implica una psicosis subyacente, entraña una disolución del sujeto, por momento el sujeto se convierte en puro objeto (Evans, 2007, p.148).

La intervención en la urgencia, ofrece una dificultad en relación a que los adolescentes que se presentan llegan tomados por un empuje pulsional que excluye al sujeto, esto limita las posibilidades de

articulación con lo simbólico.

Como fuera expresado precedentemente, dentro de las presentaciones de urgencia en el Hospital, ya desarrolladas están además las manifestaciones que se encuadran dentro de lo que se reconoce como excitación psicomotriz.

2.5.6 Excitación psicomotriz

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2018), la excitación psicomotriz es un conjunto de signos y síntomas que en sí misma no constituye un diagnóstico. Consiste en un cuadro agudo que puede ser producto de otras enfermedades o de etiología orgánica o psíquica. El cuadro se puede presentar de diversas maneras, uno de sus síntomas más característicos es la agitación, actividad motora aumentada o inadecuada, alteraciones en las funciones psíquicas, alteraciones en el afecto, impulsividad, agresividad.

La agitación o excitación psicomotriz suele ser uno de los cuadros que se presenta con mayor frecuencia en los diversos ámbitos institucionales, principalmente en guardias de hospitales o clínicas. A su vez resulta ser uno de los cuadros más exigentes tanto a nivel institucional como profesional.

En salas de urgencias psiquiátricas y generales, la excitación psicomotriz constituye uno de los cuadros más frecuentes, siendo un síndrome que se caracteriza por hiperactividad motora y alteraciones emocionales, las que manifiestan una gran variedad de enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos. Desde una mirada más biologicista, se la define como “un síndrome caracterizado por aumento significativo de la actividad motora, que puede oscilar desde una ligera inquietud hasta una verdadera tempestad de movimientos” (Bustos et al. p. 293).

Se presenta como una urgencia en la que exige la necesidad de una pronta intervención.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la excitación psicomotriz sería una manifestación de la angustia que toma el cuerpo, trastocándolo. Este tema fue profundizado precedentemente en el apartado Crisis de angustia (P. 30).

Para poder mirar el desarrollo y desenvolvimiento de las presentaciones antes mencionadas debemos adentrarnos a la categoría de dispositivo.

2.6 Consideraciones sobre el concepto de Dispositivo

Foucault (1985) define al dispositivo como una red de relaciones que pueden establecerse entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, disposiciones, arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos. Los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como lo no dicho. Por lo tanto, el dispositivo en sí mismo es el vínculo que se establece entre estos elementos heterogéneos.

Plantea además que la articulación entre estos elementos no es ingenua, sino que responde a una estrategia más amplia que la que dispone los límites de un hospital. Así mismo, hablar de dispositivo

como un conjunto heterogéneo, un espacio de diferenciación, de establecimiento de lugares y funciones. Foucault (1985), destaca la noción de “dispositivo” poniendo el foco en la función del mismo, que consiste en responder a una urgencia histórica concreta, de esta manera tiene una naturaleza esencialmente estratégica.

En tanto, Sotelo (2012), desde una perspectiva psicoanalítica, vincula la noción de dispositivo con la idea de diversos procedimientos de asistencia. Por lo tanto, afirma que: “Un dispositivo es un artificio que es construido de manera deliberada y que orienta acciones de las que espera obtener un resultado calculable, con miras a alcanzar un objetivo determinado” (p.125).

Podríamos decir que los dispositivos hospitalarios funcionan como un dispositivo en el sentido foucaultiano.

Por otra parte, García (2007) plantea al dispositivo como aquello que:

no es una red entre instituciones ni tampoco las formas en la que internamente se organizaron los distintos componentes (discursivos y normativos) de una institución cualquiera. Para funcionar como dispositivo la institución tiene que dejar de serlo por su captura en una red cuyos hilos son prácticas discursivas y no- discursivas que reconfiguran la naturaleza de las instituciones que asocian. Analizar un dispositivo consistiría entonces en descubrir esas prácticas que siempre son singulares porque su emergencia responde a un acontecimiento históricamente particular. (p.3)

Más adelante el autor plantea que los dispositivos producen sujetos y como tales quedan sujetos a determinados efectos de saber y poder. A su vez, advierte que no sería correcto decir que los mismos capturan individuos en su red.

En el apartado que sigue, abordaremos la categoría de intervenciones.

2.7 Sobre el concepto de Intervenciones

Según la definición de la Real Academia Española (2005), intervenir es tomar parte en un asunto, interceder o mediar por alguien; o también sobrevenir, ocurrir, acontecer [...] interponer a alguien su autoridad.

Desde la etimología, la palabra surge de latín intervenido, que significa “venir entre” o “interponerse”.

Nicastro (2006), nos remite a la intervención como:

un venir entre [...] un espacio, una forma de presencia que colabora para interrogar lo cotidiano, para producir un conocimiento nuevo sobre lo conocido, una mirada y un recolocarse de otro modo. No tiene un formato previo al cual de antemano se dirige o se propone alcanzar. Sólo un encuadre cuyo propósito central tiene que ver con operar sobre analizadores, sin determinar modelos, pero sí perfilando caminos posibles (P. 5).

Las intervenciones pueden ser de diferente índole, de acuerdo al campo disciplinar que provengan: psicológicas, psicoanalíticas, pedagógicas, medicas, entre otras.

En el presente trabajo lo que nos convoca, son las intervenciones que apuntan a resolver la urgencia de los adolescentes que se atienden en un dispositivo de guardia, del equipo de Salud Mental del Hospital Materno Infantil San Roque.

Cabe señalar que dichas intervenciones han sufrido un cambio de paradigma siguiendo los lineamientos de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, cuya adhesión en nuestra provincia de Entre Ríos se produjo por la Ley N°10.445 en el año 2013.

En el año 2013 el equipo de guardia se consolida como tal y pasa de un abordaje psiquiátrico, cognitivo a un enfoque de orientación psicoanalítica, siguiendo lo indicado por la mencionada normativa, al equipo médico de guardia, se integraron profesionales psicólogos. De tal forma los cambios en las leyes impactan en el HMISR, produciendo modificaciones en el equipo.

Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley de Salud Mental (2010) en el capítulo V, donde enmarca la integralidad de las intervenciones, como así también en el artículo art 8° que establece que las intervenciones deben llevarse adelante por equipos interdisciplinarios.

Además, las internaciones son breves y excepcionales, como último recurso de abordaje en situación de urgencia. Siempre teniendo como eje central el “reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, art. 9).

La modificación sustancial de dicha normativa se funda en la sustitución de las lógicas manicomiales y el tratamiento de quienes demandan atención desde una perspectiva de derechos, entendiendo a la Salud Mental como derecho humano fundamental.

2.8 Modos de Intervenir en el Dispositivo Hospitalario. Desde una perspectiva Psicoanalítica

En el marco de la institución hospitalaria, se puede pensar a la intervención desde el psicoanálisis, como alternativo al consultorio tradicional, implica detenerse en ese desborde subjetivo “soportar”, causar un decir en el paciente. En este sentido, Camaly (2012) sitúa la intervención en la guardia de un hospital público, y al respecto nos dice, “en medio del apuro de sirenas y ambulancias, haremos tiempo, nos detenemos para sostener una oferta y una apuesta por la palabra del sujeto (p.15).

Laurent (2000) en su libro Psicoanálisis y Salud Mental, intenta pensar el lugar del psicoanálisis dentro de la institución, y el entrecruzamiento con el concepto de salud mental. Nos advierte que no hay que desconocer las reglas institucionales, pero tampoco quedar atrapados a ellas, ya que el psicoanálisis no se corresponde con el concepto universal de salud mental, sino que tiene en cuenta lo singular. Es decir, que no debe despreciar las normas institucionales sino hacer uso de estas en función de su clínica.

En resumidas cuentas, podemos decir que en el campo de la Salud Mental coexiste una lógica, que da respuesta y representa el campo de los derechos y, por otro lado, la lógica clínica que es orientada por la singularidad y el caso por caso.

Emmanuele (2009) define a la intervención como mediación, afirma que el humano es siempre un interviniente intervenido, un hablante hablado por otros que encarnan otras voces, otros discursos, otras prácticas.

La autora nos dice que no se trata de tomar posición como interventores sino como intervinientes:

todos somos de uno u otro modo intervinientes a la vez que intervenidos o interpelados en la trama de relaciones con los demás. Pero delimitar la posición de interviniente como modalidad de trabajo implica ciertas reglas vinculadas a la teorización de las técnicas, enlazadas no solo a campos y disciplinas específicas de dominio sino también a las filiaciones conceptuales y epistemológicas. (p.7)

Por otro lado, Emmanuel (2009) nos advierte que en la institución se presentan diversidades y especificidades, no solo en la problemática sino también en los modos de comprenderlas y de intervenir, destaca el dispositivo como lugar privilegiado para que la palabra produzca efectos, en momentos en los que el sujeto sufre.

En tanto, Galende (1990) nos invita a pensar a las intervenciones psicoanalíticas desde distintos aspectos concretos en cada uno de los cinco elementos que integran el campo de la Salud Mental:

1) Formas históricas de daño mental 2) Disciplinas a las que se asignan 3) Teorías y saberes 4) Prácticas terapéuticas 5) Instituciones.

Se describe brevemente a continuación la incidencia de cada uno de los elementos que se observan en las intervenciones.

En relación al modo de entender el **daño mental** “el psicoanálisis ha centrado la cuestión de la producción de lo patológico en el seno mismo de las estructuras de producción subjetiva [...]. Lo patológico remite para el psicoanálisis a la relación del sujeto con los signos de la lengua” (Galende, 1990, p. 262). De esta manera, el modo de concebir el daño mental se alza como una intervención, ya que el síntoma aparece como una composición de sentido y no como una alteración.

La postura del psicoanálisis es crítica con respecto a que, en materia de Salud Mental, sea la **disciplina** médica-psiquiátrica la primordial, debido a que ubica la enfermedad en el plano subjetivo y colectivo (familia, sociedad, cultura). La inclusión del Psicoanálisis en el campo de la Salud Mental deviene así un polo desmedicalizante y mas culturalizante, tanto de la comprensión de la enfermedad como de las prácticas terapéuticas.

En cuanto a **teorías y saberes** sobre la enfermedad, cabe agregar a lo ya dicho que, a diferencia de la psiquiatría, que buscó su referencia en los saberes médicos y filosóficos, el psicoanálisis tiene un desarrollo teórico interno y específico, lo que le permite una elaboración crítica y reflexiva de lo que incorpora de otros terrenos teóricos.

En lo que respecta a las **prácticas terapéuticas e instituciones**, es donde las intervenciones psicoanalíticas se encuentran problematizadas más directamente. Siguiendo a Galende puede distinguirse dos intervenciones que inciden sobre estos elementos:

a) Las intervenciones analíticas que no constituyen un tratamiento: éstas se basan en su método y producen ciertos efectos, se hace referencia a aquellas intervenciones que, por ejemplo, tienen lugar en

una o dos entrevistas, ya sea con algún familiar o algún compañero o personal de la institución y que generen un aporte (de parte del analista) “para que un síntoma se evidencie [...], para que circule, para que se hable y se haga así abordable.” (p. 264)

b) Los tratamientos analíticos en las instituciones: de este punto, es interesante rescatar que el psicoanálisis no instituye una relación de asistencia, más allá de la institución donde se lo practique y sus objetivos. El autor plantea que “abordar las cuestiones relativas al tratamiento analítico en una institución es preguntarse por la transferencia, ya que es su despliegue en la cura lo que define las características y posibilidades de un análisis.” (p.266)

En este sentido Rubistein (2004) hace un recorrido en cuanto a la extensión del psicoanálisis aplicado a la institución pública, al respecto afirma, “la intervención del analista en condiciones y con patologías que escapan a las condiciones más clásicas [...] haciendo necesario ubicar que queda del psicoanálisis cuando no puede hablarse de discurso analítico” (p.3). En relación con esto, la autora plantea que será necesario que el psicoanalista pueda mantener su especificidad aprendiendo a soportar la coexistencia de discursos que convienen dentro del ámbito.

La autora, hace mención a modos del psicoanálisis aplicado a aquellas instituciones donde las intervenciones producidas por fuera del dispositivo analítico, como, por ejemplo: intervenciones en guardia, interconsultas, etc. Todas aquellas condiciones en que, por fuera del discurso analítico, el analista pueda hacer lugar a la singularidad del sujeto, aun cuando no se trate de la iniciación de un análisis.

Siguiendo este recorrido, Fernandez (1993) plantea que “la intervención en la urgencia hace que el analista tenga que mirar, más que escuchar, decir más que interpretar y sobre todo estar y ofrecer su presencia. Para reunir los pedazos rotos de una existencia que peligra” (párrafo 4).

A su vez, Cocoz (2014) menciona que la llegada del psicoanálisis a las instituciones tradicionales marcó un antes y un después, provocando cambios radicales. Esta manera particular de abordar “el síntoma singular y la dimensión social en estado de máxima dificultad o desorden simbólico, tiene como axioma que el sujeto es efecto del lenguaje” (p.20).

La autora retoma a Stevens (2002) enuncia que uno de los principios básicos para trabajar en una institución es producir una que en su interior integre tantas instituciones como sujetos la habitan. Considerando que uno de los principios básicos para que se de esta operación es que “la ley no es la regla, es decir, implica descompletar al Otro, hasta agujerearlo”. Cuando se refiere a la regla hace alusión a la importancia del caso por caso apoyándose en las indicaciones clínicas.

Siguiendo a Galende (2002) menciona que los dispositivos de atención del sufrimiento mental, hasta finales del siglo pasado, forzaban a encasillar en categorías diagnósticas a todas las demandas de atención que llegaban a servicios o consultorios.

A lo largo del tiempo y con la aparición de nuevas demandas se fue atenuando, al decir del autor:

nuevas demandas comenzaron a formularse a los dispositivos de atención y al sistema de salud mental, que está siendo forzado a reconocer los nuevos problemas y a hallar nuevas soluciones. Estas “nuevas demandas” no son otra cosa que las formas que toma en la actualidad el sufrimiento mental

y han planteado la insuficiencia, cuando no la inadecuación, de las respuestas disciplinarias conocidas. (p.7)

El autor observa en relación a las demandas actuales de atención, se anudan en un mismo plano, por un lado, el sufrimiento mental y por el otro, el sufrimiento social. En este punto, la psiquiatría no logra discernir cuanto proviene de la historia del individuo y cuanto de su situación social. Es decir, cuanto de esos síntomas pertenecen al funcionamiento mental del individuo y cuanto responden a las formas de adaptación a los nuevos parámetros de la cultura y vida social. Convirtiéndose en una fuente de demanda a los servicios de salud y salud mental, la soledad y el desamparo sufridos dan lugar a diversos síntomas, psíquicos y también corporales. Considera que son los especialistas médicos, psicólogos los que deben contener, alojar esta situación afectiva, que resulta faltante por parte del grupo familiar.

Más adelante el autor, plantea que “nuevas significaciones y valoraciones en la cultura moderna contribuyen también a la presencia de sufrimientos mentales que, si bien no nuevos, se caracterizan por ser intensos y masivos” (p. 10).

El incremento de las demandas en el campo de la salud mental, tienden a ampliar los dispositivos propiciando la participación por parte de la comunidad y los conjuntos sociales implicados.

Capítulo III: Encuadre Metodológico

3.1 Tipo de diseño

El tipo de diseño implementado tiene énfasis en una estrategia de tipo cualitativa, entendiéndose como “la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable [...] una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados” (Taylor y Bogdan 2000, p.9).

Según Taylor y Bogdan (2000) Los métodos cualitativos son humanistas, ya que centran sus objetos de interés en los aspectos humanos de la vida social. Permite acercar al investigador a la vida cotidiana de las personas e instituciones, asegurando una proximidad entre los datos y lo que las personas realmente hacen o dicen, escuchándolas hablar, y viendo los documentos que se producen, se obtiene un conocimiento directo de la vida social.

Ambos definen al estudio cualitativo como una “pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados” (Taylor y Bogdan, 2000, p.9).

La investigación cualitativa se diferencia de otros tipos de investigación, para Mason (1996) este tipo de exploración se destaca por tres elementos comunes de estrategias y técnicas, a saber: fundada en una filosofía que es interpretativa, en la medida que sostiene que el mundo social es interpretado, comprendido y experimentado, además se encuentra basada en método de generación de datos sensibles al contexto social en que se produce, y a su vez, se encuentra cimentada en métodos de análisis y explicación que integran la complejidad, sin perder el detalle y el contexto.

Este tipo de estudios puede proveer una profunda comprensión del fenómeno social, ya que los investigadores se centran en las prácticas in situ, observando como las interacciones son realizadas rutinariamente.

Selección de contexto

3.2 Unidad de estudio:

El escenario donde se desarrolla la problemática del presente estudio, es el Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Materno Infantil San Roque.

3.3 Unidad de análisis:

Se constituye con los sujetos con quienes se realizó la investigación, integrada por cinco profesionales psicólogas que conforman el dispositivo de guardia interdisciplinaria del Hospital Materno Infantil San Roque de la Ciudad de Paraná.

3.4 Tipo de muestra:

El muestreo nos permite ubicar el universo de informantes, en nuestro caso se constituyen como unidades de análisis, las intervenciones de las profesionales psicólogas del dispositivo de guardia del

Servicio de Salud Mental.

Muestra: se realizaron cinco entrevistas a las profesionales psicólogas.

Se efectuaron entrevistas al equipo de guardia del servicio de Salud Mental, quienes cumplen sus funciones, bajo la modalidad de guardias pasivas, de viernes a domingo. Los profesionales asisten al Hospital y realizan un acompañamiento a fin de conocer el motivo de consulta y esclarecer si se trata de una urgencia subjetiva, que requiere una instancia de mayor intervención, dentro del servicio o se deriva a otra institución de salud o del organismo de protección según el caso.

Como ha sido explicitado previamente, las modalidades de abordaje del equipo son variables, también puede ocurrir que el servicio de guardia sea convocado desde alguna sala de internación del mismo Hospital, para asistir a sujetos que presentan alguna crisis.

Al momento del estudio el equipo de guardia completo estaba conformado interdisciplinariamente por cinco psicólogas y tres psiquiatras (los equipos de guardia, funcionan en dupla integradas por una psiquiatra y una psicóloga, que van rotando semanalmente), quienes ejercen su tarea de conformidad según lo establecido en la Ley vigente de Salud Mental N° 26.657.

En el presente trabajo indagamos sobre las intervenciones en la clínica de la urgencia en adolescentes. Para su desarrollo nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes? ¿cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda? ¿Qué dificultades se le presentan a las profesionales psicólogas del dispositivo en estudio?

Nos propusimos como objetivo general, conocer las intervenciones de las profesionales psicólogas que integran el dispositivo de guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil San Roque, en los casos de urgencias subjetivas en adolescentes. En tanto los objetivos específicos fueron: identificar las intervenciones de las profesionales psicólogas que trabajan en el dispositivo de guardia frente a las urgencias subjetivas en adolescentes que fueron asistidos durante el año 2021 en Hospital Materno Infantil San Roque, describir cuáles son las urgencias subjetivas de adolescentes más frecuentes que llegan al dispositivo de guardia en el Hospital Maternal San Roque y puntualizar las dificultades que se le presentan a las profesionales psicólogas a la hora de intervenir frente a las urgencias subjetivas con adolescentes.

Los supuestos desde los que partimos fueron conocer si las particularidades que presentan las urgencias subjetivas en adolescentes obliga a nuevas modalidades de intervención, o son las nuevas normativas que regulan las prácticas las que definen dichas modalidades, si todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva, y si el dispositivo de guardia es un modo de intervención que enmarca las urgencias subjetivas.

3.5 Técnica de recolección de datos y análisis de la información

La **técnica de recolección de datos** seleccionada fue la entrevista semidirigidas de carácter individual, y el análisis de la documentación disponible compuesta por protocolos y normativas vigentes que organizan las intervenciones de las profesionales psicólogas.

Las entrevistas semidirigidas permitieron dar lugar a la singularidad de cada entrevistada, contemplando

un margen de libertad tanto para responder o repreguntar. Elaboramos una serie de preguntas que sirvieron como disparadores a los puntos investigados. Las mismas se realizaron a las profesionales psicólogas que se desempeñaban en el dispositivo de guardia del Servicio de Salud Mental, con los adolescentes en estados de urgencia subjetiva, asistidos en el HMISR. Cabe señalar que las entrevistas se realizaron en el último bimestre del año 2021.

Es importante recordar que durante el año 2020-2021, producto de la pandemia de Coronavirus (COVID-19), se declara por parte de la Organización Mundial de la Salud la emergencia sanitaria, en sintonía con ello, el Estado Nacional y Provincial establecieron el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” (Dto 297/2020) como medida de protección de la salud pública.

Por lo que las entrevistas realizadas a las profesionales psicólogas se enmarcaron dentro de este contexto. Es de público conocimiento que las formas de trabajo en las instituciones sufrieron cambios en forma vertiginosa, a partir del establecimiento de la emergencia sanitaria y la instalación del aislamiento social, preventivo y obligatorio, en adelante ASPO.

Debido a la pandemia producto del COVID-19, desde el Ministerio de Salud Provincial y del área de aplicación de los lineamientos de dicho ministerio, como es la Dirección de Salud Mental se establecieron y transmitieron los protocolos, lineamientos y capacitaciones que guiaron y ordenaron la tarea a seguir.

El HMISR modificó sus modalidades de trabajo, en el caso particular del Servicio de Salud Mental, donde se encuentra el dispositivo en estudio, tenía dos modos de atención, la virtual destinada a los casos que ya habían iniciado tratamiento previo a la pandemia, y la modalidad presencial, reservada para situaciones de urgencia.

Al momento del presente estudio la totalidad del equipo de guardia se encontraba conformado interdisciplinariamente por cinco psicólogas y tres psiquiatras, que rotaban semanalmente en duplas de una psiquiatra y una psicóloga, tal como lo establece la Ley de Salud Mental N° 26.657.

La **técnicas de análisis de la información**, se sustenta en el análisis de frases significativas²², que se constituye como un modo de análisis artesanal, no recuperable por programas de computación.

Se analizaron los textos obtenidos luego de la desgravación de las entrevistas realizadas a la totalidad de las profesionales psicólogas del equipo de guardia, tomándolo como una unidad de significación, se tomaron significantes, oraciones cortas, expresiones en las que se densifica el sentido, lo que nos permitió develar las categorías de sentido, núcleo del análisis.

Una vez ubicadas dichas categorías de sentido, consolidamos un relato continuo que da cuenta del análisis de las mencionadas significaciones.

3.6 Limitaciones del estudio

Teniendo en cuenta que el presente estudio pertenece a una instancia de grado, y considerando las limitaciones de los tiempos académicos, nos ajustaremos al universo reducido de cinco entrevistas, a fin

²² Díaz, R y Badano, M, R (2005). *Análisis de la entrevista. Frases significativas*. Ficha de cátedra. Maestría de Trabajo Social.

de dar cuenta sobre las intervenciones más frecuentes, las urgencias subjetivas de mayor demanda y las dificultades que se le presentan a las profesionales psicólogas del dispositivo en estudio.

Cabe señalar, que las profesionales psicólogas entrevistadas representan la totalidad de las profesionales psicólogas del dispositivo de guardia del HMISR, teniendo en cuenta, que está conformado actualmente por cinco psicólogas y tres psiquiatras como se mencionó precedentemente. Aclarado esto, nos parece pretinen plantear a modo de propuesta al Servicio de Salud Mental que en un futuro puedan estudiar anualmente los ejes mencionados.

Capítulo IV: Interpretación y Análisis de las Entrevistas

En las páginas que siguen retomaremos la información obtenida en las entrevistas realizadas, la selección que definimos se ajusta a una serie de categorías que consideramos de relevancia a los objetivos del presente estudio.

Con el fin de preservar la identidad de las profesionales entrevistadas, se indicará cada entrevista con un número romano I, II, III, IV y V.

De igual forma, con el mismo objeto, en los casos seleccionados, se le asigna una letra, M, J y L.

La construcción de los casos resultó de material aportado por las entrevistadas, realizamos una breve reseña de la historia familiar/vincular, y las intervenciones del equipo del Hospital, se ubican los motivos de consulta y las presentaciones clínicas de las adolescentes.

Siguiendo la lógica que da cuenta la articulación del recorrido teórico con las intervenciones descritas por las entrevistadas, nos permite tener una aproximación más ajustada al objeto de nuestro estudio.

Las categorías referidas son: adolescencias, urgencias subjetivas, dispositivos, intervenciones que fueron organizadas para su análisis e interpretación en los siguientes apartados: urgencias subjetivas: frecuencias y demandas, las demandas actuales: presentación sintomática tempranas e intervenciones del equipo en el marco de la Ley de Salud Mental: un enfoque psicoanalítico.

4.1 Urgencias Subjetivas: frecuencias y demandas

Observamos anteriormente, que la consulta de urgencia, en un sentido amplio, es aquella que se produce por demanda espontánea sin turno previo; puede expresarse como irrupción sintomática que requiere urgente resolución, pero a su vez representa un padecimiento insoportable para el sujeto.

Cabe señalar que dicha demanda de atención puede surgir: del sujeto, la familia o un profesional de otra área social de salud, del COPNAF, por solicitud de la justicia o de manera interna desde otras áreas del Hospital.

En este apartado retomaremos lo casos que fueron mencionados por las entrevistadas como formas de ejemplificar las diferentes modalidades de presentación de las urgencias subjetivas y las respuestas del equipo frente a ellas.

Los 3 casos seleccionados comparten una franja etaria entre 14 y 15 años, todos ellos tuvieron intervención durante el año 2021, algunos continúan en tratamiento y otros fueron dados de alta o derivados, todos presentan situaciones de abusos sufridos en la infancia y, además, todos ellos de sexo femenino. Cabe señalar que para preservar la identidad de los sujetos se denominarán M, J y L.

La profesional consultada en la Entrevista I, define la urgencia:

... “como eso que se llama mojón, es una intervención puntual, concreta que viene a responder para aquietar algo de maneras diversas, que nada tiene que ver con el tratamiento” ...

Particulariza la urgencia bajo la presentación de excitación psicomotriz, en palabras de la entrevistada:

... “no hay otra cosa que medicar. La palabra en ese momento no viene a aquietar nada. Lo que nosotros hacemos en ese momento es, una contención muchas veces con la medicación y otras con la contención mecánica” ... (Entrevistada I)

Para mayor ilustración retomaremos el caso L, se trata de una joven de 14 años, al momento de la consulta se encontraba alojada en una residencia de COPNAF. En su historia se observan reiteradas situaciones de maltrato y abusos sexuales sufridos en la infancia, desde los 5 años hasta que se pudo establecer en la residencia.

El motivo de consulta fue una excitación psicomotriz, por la que recibió la indicación de medicación (Haloperidol y Lorazepan) para apaciguar el cuadro. Luego fue convocada a la guardia de salud mental, lo primero que se hizo fue hablar con los cuidadores del COPNAF que habían estado con ella en el momento de la crisis, quienes refirieron que la joven había tenido episodios de crisis, los días anteriores a la consulta, habiendo presentado los cuadros hetero y autoagresivos, lo que presentaban riesgo para sí y para terceros.

Por tales motivos se decide su internación, por el riesgo mencionado y con la finalidad de poder reorganizar el tratamiento.

En términos de la intervención, se observa del material obtenido que la internación resulta un recuso que aporta los cuidados necesarios para garantizar su seguridad y la de terceros, pero a su vez representa la posibilidad de que la joven pueda tomar distancia de la institución del COPNAF, donde se encontraba alojada, poder trabajar lo sucedido. A los cuatro días se le dio el alta, continuando el trabajo

ambulatoriamente. En este sentido, la intervención produjo que algo que era “imparable” encontrara algún límite.

En concordancia con el caso referido, precedentemente afirmamos que la excitación psicomotriz suele ser uno de los cuadros que se presenta con mayor frecuencia en los diversos ámbitos institucionales, principalmente en guardias de hospitales o clínicas.

Lopez (2014) sostiene que: “el adolescente de hoy angustiado, no recurre en general al Otro sino a lo que tiene más a mano, su cuerpo” (p.2). Estas manifestaciones de sufrimiento, nos conducen a pensar cómo se presenta la urgencia en el adolescente de hoy, frente a las diferentes formas de los usos del cuerpo. Se muestran como cuerpos inmóviles, deprimidos, anoréxicos, cortados, golpeados y anestesiados por la tecnología, el tóxico o la adrenalina de los actings.

Nuestra entrevistada I, detalla las formas en que se presenta dicha urgencia, en palabras de la profesional: ... “Excitación psicomotriz, crisis de angustia, ideación de muerte, intento de suicidio” ...

Luego, aclara que dichas presentaciones requieren internación.

Dentro de las presentaciones de urgencias están además las situaciones de maltrato, de abuso sexual infantil (ASI).

En palabras de la entrevistada:

... “Las lesiones autolíticas (en púberes y adolescentes), nos muestran que existe un padecimiento psíquico, que viene gestándose y armándose desde hace mucho tiempo, el corte en el cuerpo, es básicamente, lo que no se puede cortar en la realidad se corta en el cuerpo, porque ese dolor psíquico no se puede controlar, en cambio el corte se produce porque ese dolor lo puedo controlar. Entonces, traslado esa tensión a ese corte, y me olvido por un rato de todo esto que me está atormentando” ... (Entrevistada I)

En relación a ello, Barrionuevo indica que el motivo de consulta con mayor prevalencia en la adolescencia es la angustia, asociada a los efectos de la metamorfosis de la pubertad (Freud,1905), donde el sujeto queda confrontado con el hecho de que las respuestas e identificaciones construidas anteriormente resultan inadecuadas frente a lo real del cuerpo y la sexualidad.

En otro orden, nuestra entrevistada I comenta que las urgencias son:

... “estos estallidos que vienen (pueden ser) producto de un abuso en la infancia” ...

Nos parece oportuno retomar el caso L, se trata de una púber de 12 años, que ingresa al Hospital luego de una internación en su lugar de origen. L provenía de una zona alejada de la capital de la provincia, donde estuvo internada durante un mes y luego es derivada al HMISR, permaneciendo internada durante un periodo de cinco meses.

El motivo de consulta por el que ingresa a la guardia es por agresión y violencia. Su vida estuvo atravesada por situaciones de violencia de todo tipo, con antecedentes de haber sufrido abusos sexuales. Vivía con su abuela, quien presentaba muchas dificultades de su salud mental. Cuando ingresa a la pubertad, se desorganiza, y empieza a tener episodios de agresión.

En relación a las intervenciones del equipo, según nos fuera referido por la Entrevistada III:

... “El trabajo con L fue darle recursos para ayudarla a interpretar lo que le iba pasando. Lo que venía

del mundo externo para que ella pueda empezar a ordenar su psiquismo. Presentaba conductas con estallidos violentos de los que no podía dar cuenta, ya que los vivía como una invasión de su cuerpo” ...

En palabras de la profesional, Entrevistada III:

... “No había ninguna palabra que pueda trazar esta cosa de destrucción, la cosa era destruir al otro, pero en ese destruir se destruía a ella” ...

Se abordó el caso interdisciplinariamente, por la psicóloga, la psiquiatra y un acompañante terapéutico. En este sentido nos parece oportuno retomar lo afirmado precedentemente en relación a la vinculación entre urgencia y situaciones traumáticas, en las que observamos que podrían tratarse de hechos del presente o actualizaciones de un acontecimiento del pasado. Como afirma Freud (1896) el suceso traumático eficiente tiene lugar siempre antes del periodo de la pubertad, “no son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático, sino su reanimación como recuerdo, después de que el individuo a ingresado en la madurez sexual”. (p. 165)

En palabras de la Entrevistada V:

... “en la urgencia con adolescentes, lo que más moviliza son las excitaciones psicomotrices (en las que) la persona no es consciente de lo que está haciendo, por eso uno (el profesional que interviene) toma medidas específicas” ...

La entrevistada I, también afirma que en estos cuadros la palabra no tiene efecto, al respecto afirma:

... “son estos cuadros de excitación psicomotriz, donde la palabra no tiene ningún efecto, muchas veces hasta puede exacerbar el cuadro” ...

La Entrevista III de la misma forma que las demás profesionales, define a la urgencia como una crisis de excitación psicomotriz, en sus palabras:

... “Los pibes por ahí explotan, en el sentido que hay algo de la palabra que falla, experimentando la intensidad de la sensación en lo corporal. Cuando se manifiestan estas crisis comienzan a autoagredirse o agredir a otros, ahí donde falla la capacidad psíquica, en el sentido de no poder contener ese impulso, estos salen a pura descarga” ...

El cuadro de excitación psicomotriz se puede presentar de diversas maneras, uno de los síntomas prevalentes son la agitación, la actividad motora aumentada o inadecuadas, alteraciones en las funciones psíquicas, alteraciones en el afecto, impulsividad, agresividad entre otras.

En cambio, la entrevistada IV entiende a la urgencia como aquello que tiene que ver con cuadros más graves, en tal sentido sostiene que:

... “Las crisis subjetivas que se presentan en la guardia, en la mayoría de los casos son cuadros de excitación psicomotriz. Eso trae aparejado cuestiones en relación al abuso, cuestiones en relación a acting, conductas de pasajes al acto, consumos de sustancias, conflictivos familiares que producen esos estallidos” ...

Nos parece oportuno relacionar lo afirmado por nuestra entrevistada con la referencia que aportamos del Psicoanalista Seldes (2004) quien refiere que en momentos de crisis en la vida de un sujeto que, al no poder dar cuenta de su sufrimiento, o sea cuando el discurso no alcanza, queda sin palabras, sin

imágenes, es empujado a actos desesperados o es presa de la más cruel de las angustias.

El caso M, ejemplifica la referencia teórica mencionada. M es una joven de 14 años que es derivada de Concepción del Uruguay, su madre fallecida, sin datos del padre, fue pasando de familiar en familiar, abandonada en reiteradas oportunidades, sometida a diferentes formas de maltratos y abusos sexuales en la infancia.

Los motivos de consulta al equipo de guardia fueron reiterados intentos de suicidio, de situaciones de huida y de fuga del hogar, a su vez al momento de la entrevista, en la guardia, se observa que la joven presentaba una importante indicación de psicofármacos, tales como antipsicóticos, un antidepresivo, y ansiolíticos. Ese esquema de medicación se fue modificando con el curso del trabajo posterior a la crisis que origino la demanda de atención.

Este caso nos evidencia que cuando la angustia se presenta de este modo insoportable, toma al cuerpo, trastocándolo. Es la ante sala del acting out y pasajes al acto, nos muestra que estamos en el plano de las urgencias subjetivas.

Observamos en el este apartado que se logra realizar una integración entre las categorías conceptuales seleccionadas, como así también la presentación clínica de los casos referidos por las entrevistadas, a su vez, nos permiten dar cuenta que si bien existen formas de agruparlos por las presentaciones sintomáticas (crisis de angustia, excitación psicomotriz, intentos de suicidio), el relato de los casos nos muestran las particularidades singulares de cada historia y sus formas de respuesta frente al sufrimiento.

4.2 Las demandas actuales: presentación sintomática tempranas

Como fuera indicado precedentemente en el apartado del marco teórico de este estudio, Freda (2015) sostiene que el adolescente es siempre de su tiempo, que se presentan nuevas formas de síntoma, que clínicamente se presentan de manera distinta (asintomáticas), esto es, que se puede observar un hacer que no debe ser confundido con un pasaje al acto. El autor afirma que dicho “hacer” es una forma de restituir la figura del padre que ha declinado a lo largo de los dos últimos siglos.

Esto mismo se puede vislumbrar respecto a lo mencionado en las entrevistas.

La entrevistada I expresa que:

... “Hoy estas presentaciones las estamos viendo a los 12 a los 13 cada vez más chicos, y de manera más masiva, más violenta, como mucho más primaria, más descarnada, despojada de lo simbólico. Como esta cosa de lo real ahí, destrozando todo, entonces eso es lo que te impacta. La ausencia del adulto, de los referentes filiales eso está cojo, viene de la mano con la ausencia de la Ley, entonces la construcción de la Ley está endeble, y como consecuencias, aparecen los consumos, a edades cada vez más tempranas. La actuación está ahí presente todo el tiempo, porque no tienen otra forma, porque ese malestar es tan insoportable que estalla” ...

A diferencia de lo anterior, Freda (2015) afirma que la sintomatología que presentan los adolescentes no responde a las características del grupo etario, sino que es síntoma de la época, sostiene que una de esas formas del síntoma es la desorientación; sujetos que no tienen de donde agarrarse, cuyos modelos de identificación son muy frágiles, pueden dar cuenta de los hechos como padecimiento, pero no los subjetivizan.

En otro orden la entrevistada II refiere sobre las características actuales de la presentación de síntomas, al respecto menciona:

... “Se observan actualmente cuadros de desborde pulsional, tal vez en otro momento llegaban, como cuadros más neuróticos con otro tipo de problemática, otro tipo de síntomas más ligado al conflicto al aparato psíquico ya construido” ...

Freda (2015) afirma que actualmente los cuadros que se presentan en la clínica difieren con la presentación clásica del síntoma “en nuestra práctica con adolescentes nos encontramos regularmente con manifestaciones, comportamientos más bizarros, posiciones subjetivas, actitudes y hasta maneras de ser que no encuadran con la definición que propone el psicoanálisis del síntoma” (p.95).

Nasio (2013) caracteriza las manifestaciones del sufrimiento inconsciente del adolescente de hoy, lo describe como un sujeto en estado de desasosiego, que le cuesta expresar su malestar con palabras. Sostiene además que los cambios en la pubertad, amenazan desde el interior el equilibrio narcisista del adolescente con la sensación de ser actuado, situación que lo impulsa muchas veces a actuar violentamente.

La entrevistada II detalla los efectos institucionales del ASPO por la pandemia COVID-19, como fuera mencionado precedentemente, las entrevistas fueron realizadas en un contexto de pandemia, por lo cual las formas de trabajo en las instituciones sufrieron cambios en forma vertiginosa, a partir del

establecimiento de la emergencia sanitaria y la instalación del aislamiento social, preventivo y obligatorio.

Por ese motivo, el HMISR debió modificar sus modalidades de atención, quedando la atención presencial reservada mayoritariamente para situaciones de urgencia, en tanto la atención virtual para acompañamiento y seguimiento de los tratamientos iniciados con anterioridad.

La entrevistada III asocia el desborde pulsional, carente de ligadura, al agravamiento de los cuadros como efecto de las consecuencias que produjo la pandemia, en palabras de la profesional:

... “A mí me impacta mucho esta cosa de la pulsión de muerte sin amarre, de lo que aparece desnudo, sin ligadura. Eso de querer destruir al otro o se autoflagelan [...] Lo que hay es una ruptura del lazo social, hace un tiempo. Con la pandemia más, cae la familia, los sostenes familiares y el pibe cae también [...] Los pibes están estallados, lo que prima es la pulsión de muerte, este mecanismo de desligadura. Nuestro trabajo es que pueda ligar algo de todo eso” ...

Nos parece oportuno para concluir retomar a Lacadée (2017) quien sostiene que las nuevas formas de presentación del adolescente, estarían vinculadas al fenómeno de la época como resultado de la reducción de los efectos simbólicos, entre ellos, lo que se reconoce como la caída del saber, la autoridad, el vaciamiento del lugar de la palabra, transmitido por el Otro, que a su vez resulta y es efecto del declive de la función paterna, al respecto afirma: “Hay un descrédito de la palabra donde la historia se reduce a la sensación inmediata [...] las consultas aparecen bañadas de angustia e incertidumbre, como consecuencia de un dolor por el simple hecho de existir” (p10). De tal forma, el sujeto se encontraría limitado a descifrar el mismo su propia historia en condiciones que resultan poco propicias para aliviar el sufrimiento.

4.3 Intervenciones del equipo en el marco de la Ley de Salud Mental

N°26.657

Nos parece relevante aportar una descripción de las intervenciones que se realizan en el dispositivo de guardia, a los fines de analizar en detalle las diferentes respuestas que se ofrecen de acuerdo a la situación particular que se presenta, como así también observar los cambios que se han producido en el sostenimiento de dichas prácticas a partir de la nueva Ley de Salud Mental N° 26.657.

Cabe señalar, que, así como las intervenciones se enmarcan dentro del campo del derecho, también responden con la lógica clínica que es orientada por el caso por caso y la singularidad de quien consulta. A su vez, algunas de las profesionales definen a las intervenciones como “artesanales” destacando que son distintas unas a otras, de carácter singular, distanciándose de categorías universales. En esta misma línea, Laurent (2000) reflexiona acerca del lugar del Psicoanálisis en la institución hospitalaria y el entrecruzamiento con el concepto de salud mental, cuando enuncia que no se trata de desconocer las normas institucionales, pero tampoco quedar atrapados a ellas, ya que el psicoanálisis no responde al concepto universal de salud mental, sino que tiene en cuenta la singularidad del sujeto.

Asimismo, retomaremos lo mencionado en el marco teórico, en relación al concepto de dispositivo.

Foucault (1985) lo define como una red de relaciones que pueden establecerse entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, disposiciones, arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos. Los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como lo no dicho. A su vez, el dispositivo en sí mismo es el vínculo que se establece entre estos elementos heterogéneos.

Pudimos observar que las intervenciones profesionales del dispositivo han transformado radicalmente sus modos de responder a las urgencias en adolescentes, las profesionales entrevistadas aluden a las intervenciones en términos de “estrategias”, dichas estrategias se modificaron siguiendo los lineamientos de la Ley de Salud Mental N° 26.657. Además, como mencionamos en los párrafos anteriores, el dispositivo por la formación de sus profesionales con orientación psicoanalítica responden a la lógica del caso por caso.

En relación al equipo de guardia, su conformación interdisciplinaria (psicóloga y psiquiatra), da cumplimiento a la mencionada normativa.

En palabras de la entrevistada I:

... “la guardia actúa respondiendo a cierta estrategia, somos un equipo de trabajo que hace varios años se replantea los criterios y modos de actuar” ...

Menciona además que empezaron a utilizar un protocolo para intervenir en la guardia, en el que se acordaron criterios de intervención.

Al respecto la profesional explica la intervención frente a un cuadro de excitación psicomotriz, nos comenta que:

... “Llega un cuadro de excitación psicomotriz ¿qué hacemos? Contención mecánica o contención

médica, ¿cuál? Haloperidol, Lorazepan, no hay más, es lo que llamamos SOS, medicación de rescate”... Podemos observar que se cumple con lo establecido en el Capítulo V de la Ley de Salud Mental N° 26.657, que enmarca la integralidad de las intervenciones.

En relación a las internaciones, la entrevistada V menciona que:

... “Las internaciones tienen que ver cuando hay un riesgo para sí o para tercero. Pero también se tiene en cuenta la red de contención familiar, no siempre es la respuesta” ...

En muchas oportunidades se realiza la internación para poder armar esa red de apoyo. Propicia las bases para que pueda iniciarse un tratamiento en lo ambulatorio, es necesario hacer ese corte en el tiempo para darle lugar a eso que está desarmado.

A su vez, la Entrevistada III aclara que las intervenciones se distancian del modelo medico hegemónico, ya que el dispositivo medico lo que quiere es expulsar esa subjetividad, en palabras de la profesional:

... “cuando se calma lo orgánico lo subjetivo molesta. En cambio, la salud mental habilita a que algo de la subjetividad emerja” ...

En tanto la entrevistada IV explica la internación como una posibilidad, un corte en la vida del sujeto, según lo expresado por la profesional:

... “Lo que se plantea en las internaciones por salud mental como una pausa para barajar y dar de nuevo”...

Entendiendo a la internación como sinónimo de intervención.

Para mayor ilustración retomaremos nuevamente el caso L²³, cuyo tratamiento duro dos años, provenía de un hospital donde no la podían contener, se estabilizo y como respuesta terapéutica se logró en L un pensamiento mucho más reflexivo, pudo historizar acontecimientos traumáticos que le permitieron armar su vida y que pueda reflexionar sobre eso, realizando un pasaje entre el puro padecimiento a la subjetivación de lo traumático en el decir, a partir de las condiciones que se ofrecieron a lo largo del tratamiento.

La apuesta fue escuchar al sujeto en sus dichos, a partir de la intervención puede leerse un alivio. Según nos fuera referido por la Entrevistada III:

... “El trabajo fue ofrecer un espacio donde la paciente pueda hablar de su dolor, para que, por medio de la palabra, encuentre otras vías de expresión” ...

Se trabajó con el alta progresiva, hasta que pudo establecerse en una residencia del COPNAF.

Nos parece oportuno retomar lo afirmado por Janin (2002) quien adjudica un lugar al analista, en el sentido de ayudar al sujeto a armar su relato, posibilitándole que pueda articular eso que le pasa con su propia historia, una trama que lo sostenga allí donde solo quedaban las marcas del dolor, permitiéndole habitar un mundo distinto, donde pueda ir recomponiendo los lazos con el mundo. Por lo cual, considera necesario atender los aspectos muertos del paciente, y así, poder significar e historizar, dando lugar a nuevas investiduras libidinales y abriendo posibilidades creativas.

Además, las profesionales destacan que las internaciones son breves y excepcionales, como último

²³ Apartado de Urgencias Subjetivas: frecuencias y demandas

recurso de abordaje en situaciones de urgencias. Siempre teniendo como eje central los principios de Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) “reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (art.9). Enfatizamos que el equipo en sus intervenciones sostiene la modificación sustancial de dicha normativa, evitando la aplicación de lógicas manicomiales.

La Entrevistada I nos describe cómo se particulariza la intervención según el caso, en palabras de la profesional:

... “Ante una situación de abuso, de maltrato, se lo deja internado, se informa al organismo de protección, COPNAF, de manera inmediata y se trabaja de forma conjunta con servicio social” ...

Estas intervenciones están enmarcadas en el protocolo interinstitucional de la provincia, para la atención integral de víctimas de abuso sexual en las infancias y adolescencias, en el que quedan establecidas cada una de las acciones previstas.

Siguiendo a la profesional:

... “En los casos en los que se atiende víctimas de abuso sexual en infancias y/o adolescencias interviene un defensor, y se realiza desde la guardia la solicitud al médico forense, para realizar la toma de la muestra que servirá de prueba, en la instancia penal. A su vez, para revisar toda la parte clínica médica, se convoca a los ginecólogos, que indican la medicación de profilaxis, para la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual” ... (Entrevistada I)

Desde el equipo se trabaja de manera interdisciplinaria e intersectorial con otros servicios del HMISR y con COPNAF, para evaluar las condiciones sociales y familiares para que el o la joven puedan volver a su lugar de origen.

Luego de este recorrido, nos parece oportuno retomar lo explicitado por Sotelo (2012), quien afirma que: “un dispositivo es un artificio que es construido [...] que orienta acciones de las que espera obtener un resultado calculable, con miras a alcanzar un objetivo determinado” (p.125).

Observamos que el equipo enmarca sus intervenciones en los protocolos vigentes e intenta realizar las articulaciones necesarias para dar cumplimiento a las normativas. Sin descuidar la subjetividad de quien demanda atención.

La Entrevistada IV, como la Entrevistada II, plantean la intervención, como estrategia que sigue una secuencia, en sus palabras:

... “Primero, resolvemos la situación de urgencia, esto que aparece como puro estallido y como puro cuerpo, de la excitación psicomotriz, para que, en un segundo momento, poder ponerle palabras, tratar de hilvanar, de entender, ordenar, de armar de alguna manera el rompecabezas, historizar y en función de eso ver cómo intervenir” ... (Entrevistada IV)

Nos parece pertinente, retomar a Fernandez (1993) quien sostiene que “la intervención en la urgencia hace que el analista tenga que mirar más que escuchar decir más que interpretar y sobre todo estar y ofrecer su paciencia. Para reunir los pedazos rotos de una existencia que pelagra” (párrafo 4).

A su vez, la intervención en muchos casos es un trabajo artesanal, cuando son efectuadas destacando siempre el carácter singular, Penco (2016) en su tesis la define como:

las intervenciones exceden la mera garantía del tratamiento psicoterapéutico, lo que guía sus

intervenciones es la mirada clínica, la singularidad del caso. Se refiere a este tipo de intervención como un abordaje artesanal por parte de los profesionales, ya que, del entrecruzamiento del marco legal y la mirada clínica, emerge algo nuevo y particular (p. 97).

En el marco de la institución hospitalaria, se puede pensar a la intervención desde el psicoanálisis, como alternativo al consultorio tradicional, detenerse en ese desborde subjetivo “soportar”, causar un decir en el paciente. En este sentido, Camaly (2012) sitúa la intervención en la guardia de un hospital público, y al respecto nos dice, “en medio del apuro de sirenas y ambulancias, haremos tiempo, nos detenemos, para sostener una oferta y una apuesta por la palabra del sujeto” (p.15).

A modo de cierre, si bien el equipo de guardia refiere que hace uso de cierto protocolo a la hora de intervenir, no pretenden caer en un itinerario de las situaciones que se presentan y tampoco establecer un único modo de abordaje. Se valen de ciertos lineamientos para enmarcar y responder a cierto orden institucional, estableciendo las bases para poder recibir y alojar esa demanda, dando lugar a que emerja algo de lo subjetivo que está allí en juego a partir de la singularidad de quien padece.

Capítulo V: Reflexiones Finales

Luego de concluido el trabajo final, hemos logrado integrar los antecedentes de investigaciones relacionadas con los conceptos teóricos, lo que nos posibilitó un acercamiento al campo de intervención de nuestro interés, esto es, los adolescentes atravesados por una urgencia subjetiva que demandaron atención en el HMISR.

El escenario donde desarrollamos nuestro estudio fue el dispositivo de guardia del Hospital Materno Infantil San Roque de la Ciudad de Paraná, institución pública, que puede resultar un posible lugar de desempeño de nuestro trabajo como profesionales de la salud. A su vez nos permitió, aproximarnos al padecimiento subjetivo de los/las adolescentes, y a las complejidades que se despliegan desde el primer momento en el que uno de ellos/as ingresa por la guardia y el equipo es convocado.

Nos propusimos como objetivo general, conocer las intervenciones de las profesionales psicólogas que integran el dispositivo de guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil San Roque, en los casos de urgencias subjetivas en adolescentes.

En tanto los supuestos desde los que partimos fueron conocer si las particularidades que presentan las urgencias subjetivas en adolescentes obliga a nuevas modalidades de intervención, o son las nuevas normativas que regulan las prácticas las que definen dichas modalidades, si todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva, y si el dispositivo de guardia es un modo de intervención que enmarca las urgencias subjetivas.

Cuando llegamos a la institución contábamos con los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes? ¿Cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda? y ¿qué dificultades se le presentan a las profesionales psicólogas del dispositivo en estudio?, finalizado el trabajo podemos decir que todos ellos fueron respondidos y podemos aproximar las siguientes conclusiones:

Cuando hablamos del estado de urgencias subjetivas, podemos decir, que es el momento que el sujeto no encuentra palabra alguna para nombrar su padecer, observamos que toma diferentes formas de presentación de manera exacerbada (crisis de angustia, excitación psicomotriz, intento de suicidio) o en estado de mutismo puro.

Luego del recorrido realizado podemos afirmar que los motivos de consulta más frecuentes en el dispositivo de guardia, se encuadran bajo el nombre de urgencias subjetivas, situaciones que requieren de un abordaje inmediato.

Estas situaciones se presentan como violencias, maltrato, intentos de suicidio, abuso sexual en las infancias y adolescencias y crisis de angustia.

En relación a las particularidades que asumen las intervenciones del equipo de guardia, deseamos dejar indicado que si bien en muchos casos se siguen una serie de protocolos estandarizados, como lo indican las normativas vigentes, son definidas como “artesanales”, son distintas unas a otras, de carácter singular, distanciándose de categorías universales.

A su vez, las profesionales las definen, como un intento de provocar un corrimiento, de eso que “desborda” a nivel de lo corporal, que acarrea una dificultad de poder elaborar esa vivencia, a poder simbolizar, trazar un modo diferente de vincularse con su propia historia (ver caso L p.44).

Dentro de la diversidad que se presenta en la guardia, se intenta sostener lo singular de la urgencia subjetiva, generar intervenciones dentro de las posibilidades del equipo y del sujeto que demanda atención. Recibir, alojar, esa demanda, ayudar al sujeto padeciente a encontrar palabras y propiciar herramientas para que pueda desplegar algo diferente de ese malestar que expresa.

Otro aspecto que resulta interesante destacar en relación a los interrogantes planteados en la investigación, en relación a las dificultades que se le presentaron al dispositivo, advirtieron que el foco del problema sucede a un nivel intersectorial entre las instituciones (COPNAF y/o justicia) y centros de salud con las que trabajan en conjunto o frente a los servicios del mismo Hospital.

Otro aspecto significativo, cuando se presenta una situación de urgencia por fuera del horario de atención de la guardia, son las denominadas guardias ad hoc (situación concreta), en la que el Jefe de Servicio plantea la situación por medio de un mensaje en el grupo de WhatsApp del Servicio y el dispositivo se organiza sobre la marcha. Es decir, cualquiera de los integrantes del servicio pueden intervenir, más allá del equipo de guardia que corresponda en la fecha. Las entrevistadas expresaron que con dicha modalidad se subestima la relevancia de la Salud Mental, ya que la remuneración es menor de lo que corresponde en una guardia pasiva normal. Considerando que en otros servicios del Hospital estas guardias son diarias, con la remuneración acorde.

Además, pudimos observar que las demandas que se presentan en el dispositivo no siempre son urgencias subjetivas propias de los adolescentes sino que la demanda puede ser interna (de otros servicios del Hospital), espontánea (de manera directa del sujeto que demanda atención) o externa (a través de la Justicia, COPNAF, Centro de Salud, profesionales tratantes) frente a cualquiera de dichas opciones el equipo de guardia, en todos los casos propone evaluar la situación para discernir si se trata de una urgencia subjetiva.

Nos parece pertinente tomar el caso L que puede permitirnos hipotetizar como la teoría de Freud sigue vigente en la actualidad. Ya que es un caso que presenta reiteradas situaciones de violencia y abuso sexual en la infantil, pero la irrupción de los síntomas de manera exacerbada fue cuando ingresa a la pubertad, periodo de madurez sexual, que es lo que genera su activación produciendo un efecto sustancial a posteriori. La joven presentaba episodios de agresión, esto nos permite pensar el trauma en dos tiempos, cómo a partir de una segunda escena se resignifica la primera dándole otro sentido y de orden sexual. En palabras de Freud (1999) “El suceso traumático eficiente tiene lugar siempre antes del periodo de la pubertad, por más que el estallido de la neurosis se produzca luego de esta”. (p. 165).

Es relevante señalar que las intervenciones cambiaron a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Provincial N° 10.445. Dos acontecimientos que se dan casi en simultáneo, ya que el dispositivo de guardia se consolida en el año 2013 en pleno apogeo de la Ley.

Anteriormente, la perspectiva de abordaje frente a las situaciones que se presentaban respondía al modelo médico hegemónico.

Luego, con el cambio de paradigma, el abordaje se presenta integral y en este dispositivo, por la formación de las profesionales, asume una orientación psicoanalítica.

Otro dato significativo es que, en cumplimiento de las mencionadas normativas, en las intervenciones se prioriza la forma ambulatoria, siempre que se garantice una red de contención que pueda alojar al sujeto en estado vulnerables. Por otro lado, las internaciones, se caracterizan por ser breves, una pausa en la vida del sujeto como mencionó una de las entrevistadas y se las considera como organizadoras²⁴ en la historia del sujeto, permiten al equipo conformar un tratamiento específico para la situación que se presenta.

Según lo observado en la institución se trabaja desde la perspectiva del derecho sin descuidar las particularidades del sujeto.

A partir de la investigación realizada surgen nuevos interrogantes, sentando las bases para posteriores investigaciones, una de ellas es acerca del límite en la edad de atención del HMISR, hasta los 15 años, las edades comprendidas entre los 15 a 17 años y 11 meses, cuando requieren internación ninguna institución pública se muestra permeable a alojar dicha demanda.

Observamos que esta dificultad responde a la discordante temporalidad entre los cambios en las normativas y las demoras que ofrecen los cambios en las instituciones.

²⁴ Caso J la entrevistada II nos dice, “se decide que quede internada [...] con la finalidad de poder reorganizar el tratamiento”.

Bibliografía

- Aberastury, A., y Knobel, M. (2006). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Editorial Paidós.
- Allegranza, I. E. (2011). *Las significaciones en relación a las prácticas profesionales: el psicólogo que trabaja con niños en el ámbito hospitalario*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos].
- Amadeo de Freda, D. (2012). *El adolescente freudiano, Adolescencias por venir*. Editorial Gredos.
- Barrionuevo, C., Tustanoski, G., Mazzia, V., y Moavro, L. (23 al 25 de noviembre 2019). *Urgencia en salud mental en púberes y adolescentes*. [Presentación en papel]. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-111/343.pdf>
- Ricardo, S. (2004). *La urgencia subjetiva. Un nuevo tiempo* en Belaga, A. G (Ed.), *Presentación. En La urgencia generalizada. La práctica en el hospital* (pp. 20-31). Editorial Gamas.
- Belaga, A. G. (2006). Equipo de urgencias subjetivas. *Revista Virtualia*, Vol. (XIV), pp. 2-5. <http://www.revistavirtualia.com/articulos/549/encuentro-americano/equipo-de-urgencias-subjetivas>
- Bertin, f. y Aliani, N. (2010). *La adolescencia ¿evolución o acontecimiento simbólico?*. Editorial del seminario.
- Breuer, J. y Freud, S. (1999) *Sobre los mecanismos psíquicos de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar* Vol. (II). Editorial Amorrortu
- Bustos, J. I., Capponi, I., Ferrante, R. M. J, Frausin., Ibañez, B. (2010). Excitación psicomotriz: manejo en los diferentes contextos. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Vol. (XVI), pp. 291-304. https://www.alcmeon.com.ar/16/63/11_Bustos.pdf
- Calvi, B. (2004). *Efectos psíquicos del Abuso Sexual en la Infancia*. [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Rosario de Psicología. Escuela de Posgrado]. <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/10910/Bettina%20Calvi%20-%20Tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Camaly, D. (2012). *Modalidades de resolución de la urgencia en la guardia externa de un hospital general*. en I. Sotelo (Ed.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp. 127-135). Editorial Grama.

- Castro, M. P., Ceraro, I., y Lamota, V. (2011). Adolescencia y época. *Revista Virtualia*, Vol. (XXIX), pp 1-3.
<http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/FXvxSSMnHdTgHm6Xfg753PiDLdyNeXssalRQbFAK.pdf>
- Coccoz, V. (2014). *La práctica lacaniana en instituciones I. Otra manera de trabajar con niños y jóvenes*. Editorial. Grama
- Díaz, R., y Badano, M. R. (2005). *Ficha de cátedra: Análisis de la entrevista. y Fases significativas* [Maestría, Trabajo Social UNER.
https://fhaycsvirtual.uader.edu.ar/pluginfile.php/158525/mod_label/intro/Analisis%20de%20entrevistas%20-%20frases%20significativas.pdf.
- Emmanuele, E. (2009). *¿Interventores o Intervinientes?* Foro electrónico, Arrea Ciencias Sociales. Mesa de café. <https://es.scribd.com/document/253231087/Interventores-o-Intervinientes-Elsa-Emmanuele>
- Evans, D. (2007). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Editorial Paidós.
- Fernandez, E. (1993). *Abordaje de Emergencias en la práctica Institucional*. Editorial Data.
- Frank, L. (2018). *Significaciones de los psicólogos de Casa del Joven sobre la relación entre violencias y juventudes en el marco de sus prácticas profesionales*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos].
- Freud, S (1999). *Las neuropsicosis de defensa*. Vol. (III). Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1999). *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Vol. (III). Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1999). *Tres ensayos de teoría sexual*. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1999). *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Vol. (XX). Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1999). *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia*. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1999). *Más allá del principio de placer*. Vol. (XVIII). Editorial Amorrortu
- Freud, S (1999). *Malestar en la cultura*. Editorial Amorrortu

- Foucault, M. (1985). *El juego de Michel Foucault, en Saber y verdad*. Editorial de la Piqueta. <http://www.conversiones.com.ar/nota0564.htm>
- Galende, E. (2002). Demandas en el campo de la Salud Mental. *Revista Salud y Educación. Ensayos y Experiencias*, Vol. (45), pp 1-13. https://fhaycsvirtual.uader.edu.ar/pluginfile.php/38152/mod_resource/content/2/Demandas%20de%20salud%20mental.%20Galende.pdf
- Galloro, S (25 - 27 de noviembre 2020). *Presentaciones actuales del padecimiento subjetivo en la adolescencia* [Presentación en papel]. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-007/452>
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Editorial Paidós.
- Gallo, H. (2021). *Porque se suicida un adolescente. Pasaje al acto, urgencia y acto*. Editorial Grama.
- Garcia Fanlo, L. (2007). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuza, Agamben. *Revista de filosofía Aparte Rei*, pp 1-8. <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>
- Gonzales Ponti, M, B. (2016). *Adolescencia y Malestar: representaciones adolescentes sobre los conflictos adolescentes actuales*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos].
- Janin, B. (2002). *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Editorial Noveduc.
- Lacadée, P. (2017). *Los sufrimientos modernos del adolescente*. Editorial Unsam.
- Lacan, J. (2009). *Escritos I El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica1*. Editorial Paidós.
- J, Lacan. (2007). *El seminario. Libro 10: La angustia*. Editorial Paidós.
- Laplanche, J., Y Pontalis, J, P. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Editorial Tres Haches.
- London o Díaz, N (2022). *De la ideación y el intento, al acto suicida. Cartel Cuestiones de la adolescencia*. Nueva Escuela Lacaniana. <http://www.nel-amp.org/index.php?file=Carteles/Boletin-de->

<carteles/025/Productos-de-carteles/De-la-ideacion-y-el-intento.html>

López, G. (2014). Lo que quema del cuerpo en la adolescencia. *Revista Virtualia*, Vol. (29), pp 1-3.
<https://studylib.es/doc/8104127/lo-que-quema-del-cuerpo-en-la-adolescencia>

Margulis, M. (2001). *Juventud: una aproximación conceptual*. Editorial Solum Donas.

Margulis, M. (2008). *La juventud es más que una palabra. Ensayos sobre cultura y juventud*.
Editorial Biblos.

Mason, J. (1996). *Investigación cualitativa*. Editorial Sage.

Ministerio de Salud de la Nación. (2015.) *Lineamientos para el abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes desde el sistema de salud*.
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/bibliografia_complementaria/maltrato_infantil.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf

Nasio, J. D. (2013). *¿Cómo actuar con adolescente difícil? Consejos para padres y profesionales*. (3ª ed).
Editorial Paidós.

Nicastro, S. (2006). Trabajar de director o sobre un hacer en situación. *XXI Revista de Educación*, Vol. (8), pp 61-68. <https://core.ac.uk/download/pdf/60636155.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (20 de junio 2021). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (20 de junio 2020). *Maltrato infantil*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Organización Mundial de la Salud. (2013-2021). *Plan de acción sobre salud mental*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Excitación psicomotriz*.

Organización Mundial de Salud. (2015). <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Suicidio*

Organización Mundial de la Salud. (2003). *En Informe Mundial sobre la violencia en el mundo*.
http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf

Penco, C. G. (2014). *Alternativa al encierro manicomial. Una descripción de las intervenciones con niños y adolescentes que realizan los profesionales del Programa de Salud Mental del COPNAF, en el marco de la ley nacional de salud mental 26.657*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos].

Pujo, M. (2001). *Lo que no cesa del psicoanálisis en su extensión*. Ediciones del seminario.

Pueyo, A. A. (2005). *Violencia juvenil: realidad actual y factores psicológicos implicados*. [Grupo de Estudios Avanzados en Violencia, Dep. de Personalidad, Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona].

http://www.ub.edu/geav/contenidos/vinculos/publicaciones/public1_6/publicac_pdf/5_Violencia%20juveni_rol_3l.pdf

Real Academia Española. (s.f). Violencias. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 22 de junio de 2022, de <http://www.rae.es/>

Real Academia Española. (2021). Suicidio. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 10 de abril de 2022, de <http://www.rae.es/>

Real Academia Española. (2005). Intervenciones. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 10 de marzo de 2022, de <http://www.rae.es/>

Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor*. Editorial Anagrama.

Rascovan, S. (2000). *Los jóvenes y el futuro*. Ediciones Psicoteca.

Rubistein, A (2004). *La práctica del psicoanálisis en el hospital. En un acercamiento a la experiencia. Práctica y transmisión del psicoanálisis*. Editorial Grama.

Seldes, R. (2004). *La urgencia subjetiva, un tiempo nuevo. En La urgencia generalizada. La práctica en el hospital*. Ediciones Grama

- Simon, L. (2015). *Características y aspectos relevantes de las intervenciones en urgencias. Un estudio con profesionales que trabajan en el dispositivo. Equipo Soporte Interdisciplinario para la asistencia de Urgencia en Salud Mental, en Guardias de Hospitales Generales de la ciudad de Santa Fe* [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos].
- Sotelo, I. (2015). *Dispositivo analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Editorial Grama.
- Sotelo, I. (2012). *Aportes del psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas* [Tesis de Doctorado, Facultad de psicología Universidad de Buenos Aires].
- Sotelo, I. (2009). *Perspectiva de la Clínica de la Urgencia*. Editorial Grama
[http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Perspectivas%20de%20la%20clInica%20de%20la%20urgencia%20\(Sotelo\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Perspectivas%20de%20la%20clInica%20de%20la%20urgencia%20(Sotelo).pdf)
- Sotelo, M. I. (2007). *Clínica de la Urgencia*. Editorial JCE.
- Sotelo, M. I., y Belaga, G. (2008). Análisis de las demanda e intervenciones en la urgencia. *Revista de investigaciones UBA*, pp 1-20.
- Stevens, A. (2002). *L´institution: pratique de lacte*. Pertineces de la pshchanalyse appliqueé.
- Taylor, S., y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de los significados*. Editorial Paidós.
- UNICEF. (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud*.
<https://www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordaje%20integral%20del%20suicidio%20en%20las%20adolescencias.pdf>
- UNICEF. (2017). *Comunicación, Infancia y Adolescencias. Guía para periodistas*.
<https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- UNICEF. (2019). *Estadística de los Hechos Vitales de la población adolescente*.
<https://www.unicef.org/argentina/media/5816/file/Estad%C3%ADsticas%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Adolescente%20en%20la%20Argentina.pdf>
- Velasquez, N. M. (2011). *Estrategias de intervención de los profesionales psicólogos que trabajan en el COPNAF ante la orden judicial de tratamientos en niños y adolescentes en conflictos con la Ley Penal. Un estudio en los profesionales psicólogos del COPNAF Entre Ríos* [Tesis de grado, Universidad

Autónoma de Entre Ríos].

Leyes

Ley Nacional de prevención al Suicidio. N° 27.130. (11 de marzo de 2021).

<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud/prevencion-del-suicidio>

Ley Nacional de Salud Mental. N° 26.657. (diciembre de 2010).

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley Provincial. Ad. a la Ley Nacional de Salud Mental. N°10. 445 (julio 2013).

Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Dto 297/2020. DECNU-2020-297-APN-PTE. Disposiciones. (12 de marzo 2020). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

ANEXOS

Anexos I: Historia del Hospital Materno Infantil San Roque

El Hospital Materno Infantil San Roque de la ciudad de Paraná, tiene su origen a principio del siglo XX. El 15 de mayo de 1903 una de las integrantes de la Sociedad de Beneficencia, María Teresa Perez Colman Medus, propone organizar una institución que se llamaría “La Gota de Leche”, la misma consiste en la compra de leche a nodrizas para alimentar a los pequeños lactantes abandonados. Nueve días después fue colocada la piedra del futuro establecimiento, y los nombres “San Roque” y “Gota de leche” se unieron en uno solo.

El 17 de noviembre de 1912, quedo inaugurado el Hospital de niños y gota de leche “San Roque” en la Ciudad de Paraná. En ese entonces había un solo médico y director, el Dr. Francisco Medus. En un pabellón estaban diez camas para los jóvenes y otra diez para los lactantes, a su lado se encontraba el consultorio externo.

Hoy en día el Hospital Materno Infantil “San Roque” es el hospital de referencia en la provincia de Entre Ríos, con un nivel de complejidad VII.

En cuanto al origen del Servicio de Salud Mental, en el año 1972 durante el gobierno de facto, se crea en Entre Ríos una institución dependiente del ministerio de Salud, denominado “Centro Psiquiátrico Infanto Juvenil”. El equipo estaba integrado por psicólogos, asistentes sociales, psicopedagogos, pediatras, y psiquiatras. Su sede funcionaba en calle Belgrano y Villaguay de la Ciudad de Paraná trabajaban con niños y adolescentes que llegaban al hospital San Roque.

El primer equipo interdisciplinario fue conformado por Psq. Dr. Eladio Murga Sague, jefe del mismo. Ps Jorge Eandi, Ps. Ana Trosedo, Dra. Estela Zaccagnini, Ps Nilda Gonzalez, psp. Marta Kuffer, Ts. Cristina Ana Portaneri. En el año 1977, el gobierno militar trasladaba el equipo al Hospital, ubicándolo donde funcionaba el Servicio de Rehabilitación en el que se encontraban los niños secuestrados de polio y por su condición de pobreza y abandono vivían allí. Finalmente, el Servicio se integra al Hospital de agudos y polivalentes.

El Servicio de Salud Mental a través del tiempo ha sufrido modificaciones en relación a su nominación, Centro Psiquiátrico Infanto Juvenil (1972-1977), como su nombre lo indica ensucia, denota la centralidad del enfoque psiquiátrico, eje de la práctica. Revelaba un modelo para pensar la psiquiatría infantil donde el niño enfermo mental era considerado a partir de una concepción médica y pedagógico, según su grado de adaptación social. En ese momento convivían incipiente posición crítica a este discurso medico/psiquiátrico dominante y lo que quedaba de la perspectiva intervención higienista acuñada históricamente en la cultura profesional. Si bien este enfoque ya había declinado, perduraba, articulaba aun el discurso medico asociado a lo jurídico y a la sociología, desde donde surgía la noción de sujeto peligroso o inadaptado social. La concepción para considerar los casos era entorno al concepto de “normal” o “patológico”, como también conceptos como profilaxis, prevención, educación, adaptación social.

A mediados de la década del '70 se comienza a hablar de la anti-psiquiatría, de la reconceptualización de la práctica en trabajo social y de la pedagogía crítica, disciplinas que comienzan a cuestionar a la sociedad entendiéndola como productora del sufrimiento psíquico.

En el 1977, el Servicio de Psicopatología de Hospital Materno- Infantil San Roque, dentro de estos paradigmas que convivían, se abre paso lentamente al enfoque sistémico y psicoanalítico. Muchos de los profesionales que integraban el servicio, se formaron en los años 70 correspondiente a psiquiatría sistémica. Este enfoque priorizaba a la familia y a sistemas más amplios como las escuelas, sistema legal, entre otras interacciones sociales, incluida la interacción psicoterapéutica. Por otra parte, el psicoanálisis en el ámbito hospitalario fue cuestionado en tanto no se podía respetar su encuadre en una institución hospitalaria. Por lo tanto, dado las demandas de atención, las terapias tenían que ser breves. Este cambio de perspectiva se venía gestando desde el servicio de psicopatología, así como también en otros ámbitos a nivel país. Se crea el Instituto de Salud Mental. El gobierno militar traslada al equipo al hospital, donde se promueve una política activa acerca del que hacer del campo de la salud mental.

El paso de la psiquiatría a la Salud Mental, repercute en el servicio del Hospital Materno Infantil San Roque donde pasa a llamarse Servicio de Salud Mental Mercedes Di Giusto. La renovación generacional, el incremento de psicólogos en relación a otras disciplinas que se encontraban como ser psicopedagogos y psiquiatras, terapeutas ocupacionales han imprimido al psicoanálisis como dispositivo teórico para pensar la práctica terapéutica dentro de la institución.

Los procesos de transformación de las políticas de Salud Mental, donde se contempla la atención ambulatoria y comunitaria, repercuten de manera directa en la configuración y estructuración del Servicio de Salud Mental del Hospital. La mirada interdisciplinaria, el trabajo en conjunto con los diferentes actores de salud, donde se prioriza la atención intramuros. Los dispositivos que actualmente podemos observar dentro de la institución son:

Orientación, en este sentido se evalúa una demanda con una mirada interdisciplinaria en función de una situación en particular. La evaluación implica la posibilidad de continuar la atención dentro del Hospital o por fuera (derivación a un centro de salud cercano al domicilio del paciente). Este dispositivo también trabaja con las demandas de instituciones educativas, judiciales, y de otras instituciones como COPNAF, Casa del Joven.

Interconsultas, este dispositivo está orientado al trabajo interno dentro de las salas del Hospital, se trabaja con los pacientes que se encuentran internado, donde la demanda de intervención proviene de los agentes de la salud, (entre ellos profesionales médicos, enfermeros, personal hospitalario) que observan alguna situación particular que consideran que deben ser evaluados o requieren una intervención por parte del Servicio de Salud Mental. El primer contacto se hace en la sala de internación y puede continuar durante las internaciones y al momento del alta hospitalaria se realiza un seguimiento ya sea con otro efector o en la misma situación, según la situación en particular que lo requiera. Concurren al servicio que realiza la demanda, dos profesionales del Servicio de Salud Mental, siempre. Consultorio externo, se brinda la atención terapéutica ambulatoria. El tratamiento y seguimiento en consultorio externo, se lleva a cabo luego que el equipo de salud ha considerado importante y prioritario

continuar su tratamiento en la institución, ya sea atención psiquiátrica, psicológica, con terapeutas ocupacionales o psicopedagogos.

Biblioteca, es un dispositivo que fue creado y pensado como un espacio para la salud mental, donde en medio de tanto dolor, cuando los chicos están en sala espera de un control, de una atención, puedan encontrar en ese lugar un espacio de distensión, de recreación, en donde puedan leer, pintar, dibujar.

Urgencia aquí el trabajo se da de manera espontánea, el Servicio de Salud Mental cuenta con guardias las 24 horas donde están programadas en equipos de dos profesionales, un psicólogo y un psiquiatra, o un psicopedagogo o terapeuta ocupacional. Siempre se intenta que la intervención en urgencias sea de dos profesionales de diferentes disciplinas, para poder así tener una mirada interdisciplinaria ante la problemática.

Anexos II: Registro de Campo

Instrumento de Recolección de Datos

Entrevistas semidirigidas

- 1- ¿Cuál es su profesión y función en el Dispositivo de Guardia?
- 2- ¿Hace cuánto trabajas en este Dispositivo?
- 3- ¿Cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda que llegan al dispositivo de guardia?
- 4- ¿Todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva? Me podrías describir algunos casos.
- 5- En la actualidad, ¿ha podido corroborar la manifestación de nuevos síntomas o fenómenos en la adolescencia. De ser así, ¿cuáles serían, y a que causa considera que se deben?
- 6- ¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes en los casos de urgencia subjetiva? Me puede describir alguna.
- 7- ¿Qué dificultades se le presentan en el dispositivo?
- 8- ¿Las particularidades que presenta la urgencia en adolescente obliga a nuevas modalidades de intervención? ¿O son las nuevas normativas (en relación a la Ley 26.657 de Salud Mental) que regulan las practicas las que definen dichas modalidades?
- 9- ¿Cuáles son las condiciones por las cuales se llega a internar a un adolescente ¿y cuando las condiciones están dadas para para intervenir ambulatoriamente/ domiciliaria?
- 10- ¿Cómo se trabaja con el entorno familiar del adolescente o red de apoyo?
- 11- ¿Cómo se trabaja la inclusión del adolescente luego de haber sido internado?
- 12- ¿Puede describir cambios a partir de la nueva Ley de Salud Mental?

ENTREVISTAS

ENTREVISTA I

Fecha y hora: martes 15 de diciembre de 2021 – 10:00 horas

Tiempo aproximado de la entrevista: 59 minutos

Lugar: Hospital Materno Infantil San Roque

Delfina: Esta entrevista la realizo en el marco de una investigación que estoy llevando a cabo para realizar el TIF de la Licenciatura en psicología y se pregunta en relación a las intervenciones en urgencias subjetivas con adolescentes que asisten al equipo de guardia del servicio de Salud Mental Infantil San Roque. ¿Cuál es su profesión y función en el Dispositivo de Guardia?

Entrevistada: Soy psicóloga, la función dentro del dispositivo es trabajar en equipos (somos una dupla psicólogos y psiquiatras) y la función es intervenir sobre esa situación, porque a veces la demanda es puntualmente sobre el paciente, y otras veces la demanda lo hace la guardia, el médico, de acuerdo a la demanda en la urgencia nosotros venimos y atendemos. Entendiendo que urgencia es, eso que llamamos mojón, esa intervención puntual, que nada tiene que ver con un tratamiento, es esa intervención puntual, concreta que viene a responder para aquietar algo de maneras diversas. Desde una excitación psicomotriz (que ahí la intervención con el psicólogo tiene que ver con trabajar con la familia), en la excitación psicomotriz no hay otra cosa más que medicar. Lo que se usa como medicación es, Haloperidol y Lorazepan. Porque hay una niña, niño, adolescente en crisis. La palabra en ese momento no viene a quietar nada, porque hay toda una situación de excitación, y de desborde, de despliegue, estallido psíquico, que hay gritos, enojos, violencia, agresión, hetero y auto lesión (intención de lastimarse y lastimar). Lo que nosotros hacemos en ese momento es, ante todo, la vida, entonces se hace una contención, muchas veces con la medicación, otras veces con contención mecánica, es atarlo, tenemos un kit que algunas veces se usa y otras no. Esta sería la situación más compleja y más grave. Después trabajar con la familia ¿dónde?, ¿cómo?, ¿qué paso? Poder entender los acontecimientos. Siempre ese chico o adolescente queda internado. Porque vemos que hay una situación de vulnerabilidad para sí y para otro. Esta puede ser una situación, después pueden ser otras.

D: ¿Cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda que llegan al dispositivo de guardia?

E: Una es esta, excitación psicomotriz, crisis de angustia, ideación de muerte, intento de suicidio, Situaciones de maltrato, de ASI (abuso sexual infantil). Todas son situaciones que el chico si o si queda internado, porque intervenimos en esa situación, nos noticiamos de que es lo que pasa. Pero como siempre es un fin de semana, luego se articula con CONAF el defensor. Hasta que eso no quede ordenado, donde va a quedar ese adolescente o vuelve a su lugar de vivienda o va a una residencia. Muchas veces a su lugar no puede volver, porque si ha sido violentado o abusado, nosotros nos encargamos de que eso no pase, porque es ahí donde se produjo el daño. Las altas en salud mental, nadie las puede cuestionar, salud mental dice que se queda y se queda. Porque hay algo de la vulnerabilidad y seguridad de ese adolescente que no están garantizadas. Otras situaciones pueden ser por fallecimiento,

nosotros trabajamos con la familia. Otra situación puede ser que hay una situación de vulnerabilidad, pero de maltrato. A veces puede ser que hay una situación de violencia de género, y esa mama que esta con el adolescente es la que lo sufre, entonces no repercute en el niño, pero si hay una madre que esta violentada, como que la puerta de ingreso es a través del niño, porque tarde o temprano lo va a afectar. La otra puede ser en el caso de un embarazo, es entendido como un abuso, el progenitor de ese embarazo siempre es un mayor. Si es denunciado, o es avisado por el equipo nosotros intervenimos y vemos de que se trata.

D: Bien, en relación a lo mencionado, ¿Todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva? Me podrías describir algunos casos.

E: Si, en este momento en lo que va del año tenemos exactamente 90 situaciones que ingresaron por guardia, esto es histórico porque nunca habíamos tenido tanta demanda en lo que habla de urgencias y de guardia. Antes, teníamos guardia sábado o domingo para que se pueda dimensionar que esto ha ido aumentando, la postpandemia facilito este acrecentamiento. Pero ya veníamos con un aumento. Hoy estamos de guardia pasiva a partir del viernes a las 17 horas hasta el lunes a las 8 am. Y la urgencia subjetiva, nosotros decimos que lo que es el comienzo para el médico, esa urgencia, esa situación de crisis que viene el adolescente, con un consumo de sustancia. ¡Ah! ese es otro motivo. Sobre ingesta de pastillas combinado con alcohol. Para lo que el medico es el final de algo, porque viene con el síntoma ya instalado como es la ingesta de medicación, para nosotros es el inicio, el punto de partida para empezar a pensar de que se trata eso.

Entonces se interviene sobre esa situación y si es necesario medicar se médica. Y después, se empieza a trabajar con ese adolescente, ya sea por internación o por consultorio externo, se empieza a trabajar con el contexto, con estos padres, o con esa residencia donde está alojado ese adolescente, se le da inicio al tratamiento.

Puedo pensar en una chica ²⁵ de 14 años que es derivada de Concepción del Uruguay con situaciones de reiterados intentos de suicidio de huida y de fuga, muy medicada con psicofármacos antipsicóticos, antidepresivo, y ansiolíticos. Llega así, porque en la residencia donde ella estaba se agotan los equipos, cuando se agota eso por lo general es trasladada a estas residencias que muchas veces lo que hace es restablecer y reinstalar cuestiones más sintomáticas. Entonces, lo que nosotros tratamos de hacer es armar equipos, con esta chica, que es trasladada desde el interior, con todos estos componentes, tiene una historia de abuso, de maltrato, una madre fallecida, fue pasando de familiar en familiar, abandonada. Y eso estalla, hay un psiquismo, porque no nos olvidemos que la adolescencia es la resignificación de todo lo que pasa en la infancia. Pensemos que la adolescencia reinscribe lo que paso en la infancia, digamos ¿cómo arma el adolescente sus construcciones? ¿Cómo las elabora? Toma el material de la infancia, y si está atravesada por diferentes vulnerabilidades, el abandono, el abuso, maltrato, la indiferencia que el niño siendo niño lo soporto pasivamente porque no tiene las herramientas, los

²⁵ Referencia caso M

elementos como para poder plantarse de otra manera frente a eso porque es un niño y hay una construcción subjetiva. ¿La adolescencia que hace? actúa todo esto que lo vivió pasivamente, empieza a actuar toda esa violencia, todo ese maltrato, todo ese abandono, entonces hay un psiquismo que está desplegado.

De por si la adolescencia está atravesada por duelos. Tres duelos fundamentales, perdida del cuerpo, de los padres, y la perdida de eso que fui. Eso trae aparejado ambivalencias, el amor y el odio, las búsquedas de referente, de identidades, eso lo compone toda la adolescencia. Pero si a esto le agregamos esa historia de abandonos, la ausencia de referentes y de asociaciones filiales que lo sostengan entonces tenes un psiquismo que esta así, estallado. Entonces no tenemos otra alternativa que cuando esta así medicar. Entonces, la paciente llega con una medicación para poder contener eso, queda en el hospital hasta que eso se acote químicamente y ahí se intenta crear o intentar armar un vínculo, se empieza a trabajar, primero en el hospital hasta que mientras tanto COFNAF y la residencia empieza a buscar un lugar para esta chica, en Paraná existe para las adolescentes (Rayuela, Mujercitas, y no mas). Entonces mientras se buscaba este lugar, según las características de los casos, los más complejos, desbordados es Rayuela. Las que están más contenidas van a Mujercitas, y si no se busca en el interior otras residencias, pero esta chica ya había pasado por otras residencias siempre con las mismas características. Se le encuentra un lugar en Rayuela, se la acota acá, y el equipo que interviene en esa situación es el equipo que continua en tratamiento una vez que queda externada, que no es de alta, sino que el tratamiento empieza a ser ambulatorio.

Siempre el equipo que intervino sobre la situación de urgencia es el que la continua, porque nosotros lo que tratamos de evitar es la sobre intervención, esto del manoseo y la transferencia que se logra con el tiempo, pero si es muy importante que nosotros hagamos ese primer contacto. Si nosotros no vamos a intervenir, no vamos hacer un tratamiento, por ejemplo, llega este adolescente con 14 y 6 meses, no se va a quedar acá por una cuestión de franja etaria, pero tiene que venir porque San Martin no lo reside, lo que hacemos es contener esa crisis, contener ese momento, se la/o hace venir un par de encuentros, pero se gestiona el tratamiento en Casa del Joven que se va a llamar ahora Casa de las Juventudes. Pero nosotros no abrimos un tratamiento, lo que hacemos es contener.

El paciente llega, por lo general se busca un equipo conformado por acompañantes terapéuticos por cuidadores psiquiatra y psicólogos entonces todo ese grupo o todo ese equipo. Nosotros tratamos de externar lo antes posible porque el dispositivo de internación funciona, pero pasado ese tiempo se transforma en algo iatrogénico. Entonces nosotros tenemos que entender que este es el tiempo que tiene que estar internado o ya está. Y muchas veces se delatan ese tiempo y eso repercute en ese adolescente porque la sala se desgasta, el chico se desgasta, y ya no da para más.

Muchas veces nos encontramos entrampados con COPNAF con todas las dificultades que hay no se le puede encontrar ese lugar, porque a veces ese chico no esta lo suficientemente contenido como para hacerle ingresar en esa residencia, entonces ahí hacemos un juego de tire y afloje hasta que se logra la externacion. Entonces si toda marcha súper bien se estabiliza el cuadro o la urgencia subjetiva, teóricamente debería pasar a una residencia o volver a su lugar de origen que después continua de

manera ambulatoria o ya va con el turno con el equipo que va a tomar la situación en Casa del Joven porque tiene 14 años y medio y acá no se va a quedar, sino que se lo contiene. Porque ya lo sacamos de la internación y no se puede quedar, por ejemplo estoy pensando en otro caso, que no conseguimos todavía el turno para Casa del Joven, entonces, yo la sigo atendiendo pero digamos la recibo, vamos viendo, trabajamos con el acompañante terapéutico con la residencia, el psiquiatra pero no se abre mucho la historia ni se da lugar a que pueda llorar sus pérdidas o generar alguna angustia porque la angustia nosotros la necesitamos para sacarlo de esa cosa tan primaria como es la violencia, el enojo, la agresión, la hetero o la autoagresión, es un signo saludable. Entonces a nosotros la angustia nos permite saber que vamos por ahí, pero si la angustio o busco la angustia, la desarmo y después se la mando así al profesional. Entonces yo uso diferentes caminos y voy tomando determinadas cosas que va trayendo esta nena o este adolescente a la sesión, pero yo decido no abrir porque no va a ser mi paciente, porque ella va a cumplir en breve 15 años. Y ahí sí, derivo.

D: ¿Después de los 15 años ya no se le da tratamiento?

Yo sí, he tenido pacientes que llagaron en estas condiciones estallados, un paciente que tenía 13 años entonces ahí yo si decido abrir, decido hablar que era la historia ¿qué paso? ¿qué sucedió? En la media que el adolescente lo permita. Y a su vez, de manera simultánea, esto ya no es a nivel guardia, yo decido, armar un equipo con residencia, acompañante terapéutico, cuidador y psiquiatra, armo un grupo de WhatsApp. Porque muchas veces esa chica viene acá dos veces por semana y en la vida pasan cosas. Por ejemplo ¿Qué hacemos con Ariana? ¿Le puedo regalar un celular?, yo ahí cinco de la tarde un día jueves ponele, ¿Qué hacemos? ¿Se lo damos o no? Yo decido, usar el teléfono porque Ariana no accede al acuerdo entonces podemos usar el aparato como para empezar con los acuerdos. Bueno listo “tal cosa”, “quiero esto” porque si no es “dame dame dame” y se transforman en tiranos, y esto de pobrecita de donde viene, pobrecita nunca. Es un sujeto, que puede estar en perdida, en carencia, pero la dimensión es encontrarle ese recurso y ese potencial para activarle las herramientas, darle lugar. Es decir, te doy, pero a cambio quiero esto y de a poco ir introduciéndolo esta situación.

Otra urgencia subjetiva puede ser la ideación de muerte, entonces también se deja internada y en este caso ponele que no es de una residencia, sino que vive con sus padres. Antes era más común en varones ahora más alternado. Las lesiones autolíticas, a marcar un padecimiento psíquico que viene gestándose y armándose desde hace mucho tiempo, el corte en el cuerpo, es básicamente lo que no se puede cortar en la realidad se corta en el cuerpo, porque ese dolor psíquico no se puede controlar, en cambio el dolor se puede controlar, el corte se produce porque este dolor yo lo controlo. Traslado esa atención a ese corte, y me olvido un rato de todo esto que me está atormentando. Es un corte como para que se sienta. Hay como una impulsividad que pueden agarrar vidrios, alivia, porque lo que no se corta en lo real eso pulsa, es la sobreimposición de pensamiento, eso no se controla. Y es enloquecedor de la desesperación, ese acto, esa impulsividad, esta como desarmado, entonces empieza a cortarse, angustia, llanto.

Entonces, alguien ve esta situación y lo traen a la guardia, en algunos casos se medica con el Haloperidol, y el Lorazepan que es para bajar esa crisis porque esta desborda, y otros casos no. Se da Setralina o se da otro tipo de ansiolítico para empezar a bajar esa impulsividad.

Porque si suponete, se llama un sábado a la mañana, valoramos esa situación, el adolescente o la adolescente queda internado si o si, no se abre mucho (como te dije, si tiene 13 años ese paciente va a ser nuestro, va a quedar en el servicio y si tiene cerca de 15 se va a ir a Casa de Joven y después se trabajan con los padres o responsable que vive con el adolescente, y la verdad que siempre tiene coherencia no hay nada descabellado). Ese chico es el fusible, el chivo expiatorio. O muchas veces el estallido de un abuso, lamentablemente hay un patrón, estos estallidos vienen producto de un abuso en la infancia.

Ahora estoy pensando en otro chico casi de 15 años, con consumo de sustancia, y un padre que le trató de explicar que, hoy la pregunta que versa alrededor de los consumos, lo que consume no es irrelevante, sino que está en un segundo plano, sino ¿porque consume? esa es la pregunta. Ya no se pregunta específicamente que y cuanto, se pregunta por qué. Entonces el padre dice sí, hay una causa, pero se los voy a decir aparte, y ahí dice lo único que paso que cuando él estaba en el jardín fue abusado. Ósea, estamos hablando de la sexualidad, de su cuerpo, estamos hablando que es un varón, con todo lo que esto representa, el mandato, con todos los prejuicios que hay sobre el cuerpo.

Luego, cuando hay situaciones de consumo, por lo general interviene servicio social y se anoticia de esta situación, esta gente es de una localidad, por ejemplo de San Benito, la profesional, trabajadora social se comunica con su área y ahí hubo una denuncia, empieza a buscar por sistema, no fue una situación de ASI de otro niño o de un niño más grande, fue de un adulto sobre el cuerpo de ese niño (porque a veces ha pasado que el presunto abusador tiene 14, 15 años, pero por lo general son adultos, gente perversa, psicópata tiene un rasgo). Y el Papa del chico nada, eso sí, no le da un centavo. Encima hay una cosa, porque nunca se termina de resolver esa situación, sino que se reactualiza todo el tiempo porque el chico no es tonto tiene 14 años sabía perfectamente que el padre fue a hablar de su intimidad, de sus genitales, de su cuerpo, esto también es abusivo porque él tiene 14 años y hay que ver si él quería hablar de ese tema. Porque ese señor decide hablar de la intimidad de su hijo, eso hace que el pibe lo precipite a actuar, a poner en acción todo ese malestar. En el caso de este chico con consumo de marihuana y cocaína. Y el padre, deliberadamente dice que lo va a llevar a un centro de rehabilitación lo cual es una barbaridad, en ese caso lo informamos al órgano de revisión y del COPNAF porque ese chico antes de ir a un centro de rehabilitación hay que agotar la instancia de lo ambulatorio. Por un lado, los centros de rehabilitaciones ni en la provincia de Santa fe ni en Entre Ríos hay centro para menores, es de adultos, a partir de los 18 años. Pero en Concepción del Uruguay él consigue que se inaugure esa franja etaria con este chico, él va a ir a ese lugar con tipos de 18 años en adelante, con situación de consumo y adicción, con psicopatías pesadísimas siendo el de 14 años. Pero el padre quiere que se vaya, pero un celular no le da porque él no se porta bien.

D: En la actualidad, ¿ha podido corroborar la manifestación de nuevos síntomas o fenómenos en la adolescencia. De ser así, ¿cuáles serían, y a que causa considera que se deben?

E: Creo que están adelantados, cada vez aparecen en más chicos. Como te dije, estos estallidos, despliegues, no hay nuevos, si están como más adelantados. Quizás esto lo podíamos ver antes en los 15 o los 16. Hoy estas presentaciones las estamos viendo a los 12 a los 13 cada vez más chicos, y de

manera más masiva, más violenta, como mucho más primaria, más descarnada, despojada de lo simbólico. Como esta cosa de lo real ahí, destrozando todo, entonces eso es lo que te impacta. La ausencia del adulto, la ausencia de los referentes filiales eso está cojo, viene como con esta carencia de la ausencia de una cuestión con la Ley y algo que esta carente ahí, entonces la Ley, la construcción esta endeble entonces los consumos, cada vez va bajando esa presentación. La actuación está ahí presente todo el tiempo, porque no tienen otra forma, porque ese malestar es tal insoportable que estalla.

D: ¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes en los casos de urgencia subjetiva? Me puede describir alguna.

E: Como te decía, en esta edad, ideación de muerte, intento de suicidio, consumo, lesiones autolíticas, abuso, maltrato.

D: ¿Qué dificultades se le presentan en el dispositivo?

E: No, nosotros tenemos un trabajo en donde hace mucho tiempo venimos pensando los criterios, y como se empiezan a reiterar, uno empieza a tener como cierto protocolo, cuando empezas a tener situaciones que se reiteran con las mismas características, ya podés hacer un protocolo. Esto de que llega y lo armas con la guardia central, el caso de excitación psicomotriz ¿qué hacemos? Contención mecánica o contención médica, ¿cuál? Haloperidol, Lorazepan, no hay más.

D: ¿Y contención verbal?

E: En estos casos cuando hay un despliegue, irrupción no. Se lo trata de persuadir, te vas a quedar, fíjate que no te sentís bien, date cuenta que te lastimaste, que te pasa. Tratamos de persuadir, consensuar, te vas a quedar acá una noche, déjanos que te cuidemos, fíjate que no te estas pudiendo cuidar. Darle lugar a que pueda expresarse, en el mejor de los casos llorar. Entonces el protocolo es eso, la contención medicamentosa se valora si se da Haloperidol o Clonazepam para bajar esa impulsividad. Y tiene una acción rápida. Pero no es que lo va a seguir usando a lo largo de su vida, es lo que llamamos un SOS, es una medicación de rescate, es sacarlo de ese impulso o de esa acción. Aquel que después a lo largo de su vida consume Haloperidol que no son los adolescentes, estamos hablando de adultos.

Después esa medicación se saca y se pone otra que puede ser una Setralina que es un antidepresivo, ansiolítico, y la legometropasina que también es una anti impulsivo de acción más rápida, más sedativa. Depende el cuadro si sede o no.

Como te digo, nosotros ya tenemos que, ante una situación de abuso, de maltrato, se lo deja internado, se le explica por qué, se informa a COPNAF de manera inmediata y se trabaja de forma conjunta con servicio social que también hace un informe conjunto con servicio social y salud mental.

Y después, en el caso de ASI interviene un defensor y también esta protocolizado donde la guardia llama al médico forense, la muestra, para revisar toda la parte clínica, se los llama a los ginecólogos, se le hace todo lo que es la profilaxis, por el tema de las enfermedades de transmisión sexual. Todos esos son protocolos que ya están estandarizados, todos saben que eso lo tienen que hacer. Salud mental acompaña desde informes a COPNAF, a dialogar con adolescentes, trabajar con la familia, si es posible que pueda volver a su lugar de origen o no, por lo general cuando llegan acá ya pasaron por el juzgado hicieron la denuncia y del juzgado lo mandan al San Roque.

[Se interrumpe la entrevista porque necesitaban utilizar el consultorio externo en el que estábamos y nos trasladamos a otra habitación]

D: Bueno, continuamos ¿Las particularidades que presenta la urgencia en adolescente obliga a nuevas modalidades de intervención? ¿O son las nuevas normativas (en relación a la Ley 26.657 de Salud Mental) que regulan las practicas las que definen dichas modalidades?

No, insisto, creo que lo que impacta es la recurrencia, cada vez más corto el tiempo entre una situación y la otra, antes tenía una situación cada tanto ahora no, cada vez más frecuente, mas agreste, cada vez más temprano, más pronto, esa presentación. Esto es lo que podría ser lo distinto. Después, interviene todo lo demás que puede ser los prejuicios, las represiones y todo lo que hace a la adolescencia, pero ayudado con un contexto y una infancia desolada, de ausencias, precariedades, maltrato que responde a esto. No hay situación que vos digas ¿y esto qué onda? siempre encaja, el adolescente es claro, siempre hay una situación de fondo, siempre hay un detonador familiar contextual, siempre hay algo que detono y el chico o la chica terminan siendo el fusil o el chivo expiatorio de eso que está pasando.

D: ¿Cuáles son las condiciones por las cuales se llega a internar a un adolescente ¿y cuando las condiciones están dadas para para intervenir ambulatoriamente/ domiciliaria? ¿Cómo se trabaja la inclusión del adolescente luego de haber sido internado?

E: Si el chico continua su tratamiento de manera ambulatoria en el caso de ir a una residencia se arma equipo con acompañante terapéutico, con el equipo que interviene dentro de la residencia, se trata de buscar actividades, sigue el tratamiento ambulatorio acá. Se sigue trabajando en relación a como lo ven al adolescente dentro de la residencia y comienza un tratamiento acá. Sea que este en la residencia o que vuelva a su lugar de origen, siempre. Y si el adolescente llega desde el interior, se articula con el lugar de origen un tratamiento. Nosotros tratamos de asegurarnos de que ese tratamiento se va a sostener. La manera de aseguramos que se sostenga el tratamiento es informando a COPNAF.

D: ¿Cómo arreglan el tratamiento?

E: Depende del profesional, yo lo hago dos veces por semana en las situaciones más extremas y en otra ocasión se cita a los padres, al equipo o al acompañante terapéutico. Porque entre todos armamos un equipo y tenemos que tener un discurso común, si todos decimos que puede usar celular, todos tenemos que saber porque el chico va a usar el celular.

Estoy pensando en otro chico, que insiste en que quiere un tatuaje, también fue externado, entro en una residencia, todo es no. Porque eso no es prioridad. En este caso pensando en José, el equipo de COPNAF trabaja con la familia, los at trabajan con el adolescente y el adolescente está viniendo tres veces por semana, pero ahora por una cuestión que ya no es riesgo inminente y porque las cuestiones lógicas de la resistencia al tratamiento José empieza como a banalizar algunas cuestiones, empieza con estas cuestiones del amiguero, yo decido empezar a bajar el número de sesiones de tres van a ser dos y en breve una vez por semana. Porque hay que generar otra demanda, para que el chico aparezca con sus necesidades, recursos, dificultades.

Yo siempre digo que en la adolescencia nosotros nunca vamos a ver los resultados acá, porque es una etapa que se están redificando, reconstruyendo, es un tiempo de construcción psíquica de reelaboración

psíquica y de resignificación, este chico de 14 no es el que va a ser. Nosotros no vemos esos resultados que nos encantaría ver, no sabemos si estamos escribiendo en el agua, en la arena o en la tierra.

Sirve mucho la cuestión transferencial, que es fundamental para el sostenimiento de cualquier tratamiento y transferencia no es ni más ni menos como diría Lacan es amor. Donde el chico ve que lo quieres y te quiere, podemos hacer algo con eso, el abrazo, que paso, que sucedió. Los acuerdos son fundamentales “habíamos quedado esto”. Muchas veces el juego de la espera les cuesta mucho cuando piden algo y se les dice “vamos a esperar” porque los frustra. Como cualquier adolescente nada más que no tienen ese tope, porque no tienen ese esquema, sus referentes filiales quien los completa, muchas veces este chico viene en falta.

D: ¿Ustedes alguna manera vienen a sustituir algo de eso?

E: Si, algo de eso, si, no soy tu mama no soy tu abuela, soy tu psicóloga, pero no por eso te quiero menos, para mí sos importante a mí no me da lo mismo que estés como no lo estés y eso es la base. Como una paciente que decía “yo me voy a escapar, y me van a violar” ahí apela a la transferencia y le decís si vos haces eso yo me voy a poner muy mal. Siempre el trabajo, por lo menos el mío es posición de sujeto responsable. ¿Por qué hiciste esto?, se enojan, se resisten, pero en algún momento aflojan “y bueno, me porté mal porque hice esto...” y ¿entonces? Entonces a partir de ahí empieza otra cosa que tiene que ver con el vínculo, el lazo, la empatía, tiene que ver con la transferencia, con las decisiones que cada uno va tomando, “Yo voy tomando la decisión de ponerme en una función como más materna contrarrestar la figura de esa madre, estoy pensando en un caso de otra chica, una madre expulsiva, abandonica, golpearadora y violenta que contrasta con una madre inevitablemente desde el psiquismo, una madre ideal, y todo el tiempo están pensando en esa madre ideal no se conectan con esa madre, que no es la madre sino la progenitora pero es muy difícil separar esa madre porque hay un mandato cultural “mama cuida” “mama quiere” y no siempre es así, son psicópatas que los ponen a actuar, que no los quieren, y el chico quiere esa madre o a ese padre.

Lo que no se cuestiona se repite, si no se pudieron cuestionar algo, también hay una decisión.

Lo que nosotros tratamos de hacer cuando llegan a nosotros es que algo de esta repetición se corte. También hay muchos papas que han tenido una historia de estas precariedades y pueden hacer algo distinto. Y hay otros que siguen repitiendo y lo que no se cuestiona se repite. Y posibilidad de hacer otra cosa hay... no existen determinismos en la vida de nadie, condicionantes hay.

Tengo veinte años de clínica con niños adolescentes y con adultos y hay testigos que, ante la decisión y el deseo de hacer otra cosa para su vida, se logra.

D: ¿Puede describir cambios a partir de la nueva Ley de Salud Mental?

E: Yo ya arranqué acá, ya estando la Ley de Salud Mental y el cambio es la desmanicomialización, es decir el desmantelamiento de lo que es los hospitales monovalentes que el único que está quedando es el de RISAM que es un dinosaurio que tiene que desaparecer por completo, no lo comparto para nada. Creo que hay pacientes que tienen padecimiento en salud mental tiene que estar dentro de un hospital polivalente. Tal vez si, habrá que armar las condiciones, porque si un chico llega con excitación psicomotriz y cama de por medio tenes un bebe, claro eso si es muy complicado.

Pero si hay un lugar y hay un equipo dentro del hospital separados, eso sería otra cosa.

Acá cuando llega un caso de excitación psicomotriz no lo podés llevar al sexto piso porque tiene la posibilidad de que el pibe se tire por el hueco del ascensor. Eso es todo el tiempo lo que circula nunca paso, pero es verdad que puede pasar porque lo dice. Y después, en las habitaciones donde hay vidrios, eso sí es más peligroso.

Hay que crear dentro del hospital lo que nosotros venimos hablando hace mucho tiempo, que son los box que es de salud mental, que vengan también enfermeros que estén preparados e informados, todos los enfermeros están formados en salud mental pero que quieran ser parte de este equipo, porque hay enfermeros que es un placer, y a otros no, y es respetable, y no le tiene paciencia y los estresa, no saben qué hacer. Estoy pensando en una médica que se asusta, se pone mal, porque llegan los chicos abusados, le pasan muchas cosas, la pasa bastante mal con esa situación no todos están para eso y tampoco todos quieren hacer eso, y está bien, y es válido. Pero si, creo que hay que preparar el hospital para el paciente que tenga algún padecimiento en salud mental. Después como todo lo que es la Ley, como toda ley hecha la ley hecha la trampa, algún agujero de vacío legal. Antes, vos tenías una orden de un juez y podrías listo, hacer la cúratela y declararlo insano. Hoy no, eso no existe más.

Antes había mucho abuso con eso a cualquiera declaraban insano. Pero hoy en día es una situación difícil, no se encuentra el intermedio.

Hay casos conocidos, el caso de Lucio que es de público conocimiento. Por ejemplo, después de la Ley de Salud Mental nosotros decidimos que ese chico queda internado y queda internado y nadie puede ir por encima de ese equipo que considera que tiene que quedar internado, entenderlo a ese niño que no es tu hijo, es un sujeto de derecho y por lo tanto vos como adulto padre responsable tenes la obligación para con ese nene... “es mi hijo y yo hago lo que quiero” no, si vos no le estas dando casa comida, educación y buen trato. Bueno, el caso Lucio ahí se vio la ausencia del Estado, porque ese chico cuando le arreglaron la mano, ¿no vieron que ese chico tenía hematomas viejos? ¿Qué paso con ese pediatra, con ese jardín? Cosa que, en mi experiencia, y de lo que he visto oca, ven un abuso, un maltrato y me dicen “vos sabes no coincide el discurso de la madre con ese hematoma” las veces que el médico pediatra detecta el maltrato, entonces nos llaman y ahí intervenimos.

ENTREVISTADA II

Fecha y hora: martes 21 de diciembre de 2021 – 09:00 horas

Tiempo aproximado de la entrevista: 59 minutos

Lugar: Hospital Materno Infantil San Roque

Delfina: Esta entrevista la realizo en el marco de una investigación que estoy llevando a cabo para realizar el TIF de la Licenciatura en psicología y se pregunta en relación a las intervenciones en urgencias subjetivas con adolescentes que asisten al equipo de guardia del servicio de Salud Mental Infantil San Roque. ¿Cuál es su profesión y función en el Dispositivo de Guardia?

Entrevistada: Soy psicóloga, me recibí en UADER y después hice la residencia de Salud Mental en el Hospital Escuela. Entonces a partir de la residencia empecé a hacer una rotación acá en el Hospital, y ahora soy adscripta al Servicio. Hago guardias una vez al mes con un psiquiatra.

D: ¿Hace cuánto trabajas en este Dispositivo?

E: En total mucho tiempo, cinco años. Yo empecé haciendo la práctica de psicología acá después empecé la residencia y volví, la residencia tiene esto de rotaciones, haces rotaciones por distintos lugares y en el tercer año vine acá, estuve todo tercer año, cuarto y cuando terminé la residencia en el cuarto ya me quedé como adscrita. Hace mucho tiempo que vengo a este lugar, pero trabajando como, pero trabajando como psicóloga 3 años y medio.

D: ¿Cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda que llegan al dispositivo de guardia?

E: Por lo general cuando es urgencia en el adolescente, que es lo que más moviliza a la parte de la guardia, son las excitaciones psicomotrices. A veces los médicos la llaman así y después te encontrar con que es una crisis de angustia. Ósea, la excitación psicomotriz tiene características específicas, uno entiende que la persona no es consciente de lo que está haciendo, por eso uno toma medidas específicas o especiales, las dos cosas. Según la Ley de Salud mental, que son restrictivo, pero tiene que ver con cuidar de ese riesgo que una persona tiene para sí o para otro. Esta la medicación, contención mecánica, todas practicas muy restrictivas de la libertad de esta persona pero que se toman en relación a su cuidado, protección y de su cuadro. Entonces, lo que más urgente al Hospital, muchas veces son estos cuadros de excitación psicomotriz, son cuadros donde la palabra no tiene ningún efecto, muchas veces hasta puede exacerbar el cuadro. En la situación de guardia, uno actúa en base al recorrido que se tiene. Pero muchas veces hay poco tiempo para pararse a pensar, ese tiempo lo tiene que instalar de alguna forma. Entonces, en la urgencia hay que actuar para calmar el cuadro, para después si, acompañar de otra manera.

Por eso te digo, no todos los cuadros que vienen y que nos llaman, porque acá el dispositivo llega a la guardia central y ahí llaman a salud mental en algunas oportunidades, no en todas. Por lo general, son cuadros más graves de excitación o a veces son crisis de angustia que los médicos consideran que si puede venir un equipo de salud mental a tener una entrevista e intentar contener. Y después, citar por consultorio externo o articular un turno en algún otro lugar, esa situación se podría resolver y entonces convocan de igual manera.

Entonces, te diría que las situaciones que más llegan y más urgentan son las excitaciones psicomotrices. Sobre todo, porque que haya una situación psicomotriz en un niño o púber es una situación impactante para el personal de salud, para enfermería, médicos, por ejemplo. También hacia la infancia y la adolescencia siempre hubo una mirada muy proteccionista, tienen que saber que esas medidas restrictivas que parecen agresivas para el niño, esto de sujetarlo o darle una medicación que lo va a dejar dormido posiblemente, son en función de ese cuidado. Entonces muchas veces los médicos o enfermeros que no están formados en salud mental específicamente, se quedan cortos en este momento, porque están acostumbrado a tratar con niños con patologías físicas. Entonces ahí se sabe que se lo está cuidando, se le hace unos puntos y al nene le va a doler, pero se sabe que es para que se le cure la rodilla. Por lo general la urgencia, si bien nosotros tenemos una especificidad en salud mental también cualquier agente en salud puede intentar contener ese momento. Por eso me parece que tendría que haber un poco más de formación más integrada para que esa llegada de un niño o adolescente pueda ser contenida desde un lugar de no ser agresivo, pero sí que se sepa que hacer. Por ejemplo, si un paciente llega con una crisis de angustia, excitado, y encima tiene que esperar a que llegue la guardia de salud mental. Imagínate, el cuadro empieza la escalada como se llama y ahí es lo que llega como crisis de angustia que podía contenerse de otra manera. Escala a una excitación psicomotriz y ahí no tenes otra chance que hacer medidas más restrictivas. Entonces muchas veces, como la formación más integral es lo que se necesita y a donde apunta la Ley. Y como es un hospital general hay muchas cosas que están como en construcción, gestación. También es entendible, a mí me ha pasado de llegar y encontrarme con una situación así, y uno dice ¿dónde están los médicos?, están con una paciente que tuvo un accidente de tránsito. Pareciera más prioritario atender al accidente de tránsito que a la excitación psicomotriz. Es como todo un trabajo entender que la excitación psicomotriz también es un cuadro de urgencia y el modo que uno tiene de intervenir en ese momento también hace que el adolescente o el niño vaya armando una historia en relación a los lugares de salud.

D: ¿Todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva? Me podrías describir algunos casos.

E: Por lo general cuando es gente de Paraná, sí. Te hago esta diferenciación porque a veces cuando es gente del interior, que podrían ser abordadas en su ciudad de origen, porque a veces tiene hospital general y no hay guardia de salud mental. A veces situaciones que no son urgentes y que no se sabe cómo abordarlas y demás, llegan acá y son situaciones que no revisten como la urgencia de hacer venir a las personas, de viajar horas y horas hasta acá. Muchas veces vienen en auto particular. Por ejemplo, te cuento esta situación, que paso hace dos o tres meses, no me acuerdo la ciudad, en principio fue así, el nene que tenía trece años, había hecho como un desmayo a la noche en la casa, no se sabía si se cayó o porque paso. Y sus padres lo llevan a la guardia de esa ciudad, y ahí le dicen que lo traigan acá, le hacen una placa, una cuestión más médica y neurológica y no se entiende muy bien para que lo traen. Él ya había empezado sesiones con una psicóloga en su ciudad (aclara que eran dos) e iba a tener una sesión con psiquiatría pronto. Entonces, algo en relación a la salud mental ya se estaba pudiendo observar. Llegaron acá, ellos solos (el nene con los padres) sin una nota, aunque sea. Cuando sucede

así es poco lo que se puede reconstruir porque uno no le puede hacer una entrevista de admisión porque sabe que esa situación no va a quedar en el hospital. Tomar los puntos más centrales, como si tendríamos ciertas preguntas en la cabeza que se intentan poder responder, armar un esquema de que se trata esa situación. Entonces, lo que pensamos ahí, por la edad del nene, por algunas características, por ejemplo: el nene no tenía amigos, la presentación de él era más bien aniñada, su mama estaba todo el tiempo arriba de él, cuando se le preguntaba respondía la mama, había tenido algunos episodios de crisis, en la calle, la plaza, se había perdido en esa ciudad que es chiquita. Tenía episodios raros, extraños.

Se había descartado todo lo neurológico. Entonces ahí se hace un diagnostico presuntivo de la situación. La edad que el nene tiene, lo que uno puede llegar a ver en este momento de la configuración familiar. Lo que pensamos ahí, ya no una pre psicosis, sino como el momento de desencadenamiento de esa psicosis. Esos momentos que ellos llaman desmayos, pero no sabemos muy bien de que se trataban como esta cuestión de extraviarse, cuestiones más alucinatorias por momentos, que la mama explicaba con otras palabras como que se quedaba colgado. Signos que nosotros como psicólogos analistas vamos armando nuestro encuadre. Entonces en función de eso, y no porque un niño se fue desencadenando va a tener que quedar internado y como ya tenía un equipo de salud en su ciudad. Tenía una entrevista con su psicóloga y con la psiquiatra. Lo que hicimos en ese momento es hacer una evaluación bien completa por guardia y enviársela.

D: ¿Cuándo llegó al equipo de guardia estaba estable?

E: Si, uno podría decir que estaba estable. Era un nene que venía muy cansado por el viaje. Cuando le pedimos a los padres que salgan, nos contó algunas cosas como que no tenía amigos, que no le gustaba estar en su casa. Como con un empobrecimiento más yoico, de su relación con el mundo. Habla de una cuestión psíquica que se está desmoronando o ya se había desmoronado. Eso podríamos decir en sí misma no es una urgencia subjetiva, esto de que el equipo del interior no logre entender de qué se trata, y recurren a la guardia de salud mental de acá.

D: ¿Pudieron seguir el caso?

E: Nosotros ahí hicimos una derivación, y en la semana nos llamó la mama consultándonos unas cosas sobre la medicación.

D: En la actualidad, ¿ha podido corroborar la manifestación de nuevos síntomas o fenómenos en la adolescencia. De ser así, ¿cuáles serían, y a que causa considera que se deben?

E: tal vez algunas presentaciones más tempranas. La pubertad se tempraniza, todo se da en edad más tempranas. Hay más presencia de cuadros de desborde pulsional, tal vez en otro momento llegaban cuadros más neuróticos con otro tipo de problemática, otro tipo de síntomas más ligado al conflicto al aparato psíquico ya construido. Esto siempre paso, pero tal vez, en la pandemia hay muchos equipos o instituciones que se han desarmado, también la época en la que vivimos hace esto, como cuadros de angustia automática y no la angustia neurótica, esto de la angustia ligada a una representación. Como esa angustia no ligada que deja caer al vacío, genera como ese desborde y uno podría pensar que la excitación psicomotriz esta esa angustia que no encuentra ligadura., como afecto desligado.

Nose, si podría acercarme a un porque está sucediendo eso para no ligarlo todo a la pandemia, yo creo

que muchas cosas las ha exacerbado. Como, por ejemplo, este nene del interior tenía un amiguito en la escuela, y como estuvo dos años sin ir. Y si, empezó a meterse para adentro, lo que no puede descargarse afuera termina haciéndolo adentro, haciendo ligaduras como locas aparece esta cuestión de perderse, de desmayo y uno podía decir también, que se desligo de lo corporal como para hacer ese desmayo. Tal vez esto de que manifestaciones se dan más temprano y en otro momento se daban en la pubertad. Ahora, se dan más tempranamente esas manifestaciones, como desborde y esto de la angustia más desligada, pero no sé si nuevos síntomas.

D: ¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes en los casos de urgencia subjetiva? Me puede describir alguna.

E: Te cuento una situación de esta semana, viste que acá hay guardias pasivas los fines de semana, en la semana cuando ingresa se intenta ver si alguien puede venir del equipo de salud mental. El lunes, llamaron por una paciente²⁶ que ya se atiende acá, tiene catorce años, llegó con una excitación psicomotriz está parando en una residencia. Fue parte de un altercado en la calle, por lo general minoridad acompaña también, son prácticas a pensar también, como la actuación de la policía, de qué manera es, que herramientas tiene, como las usa. Entonces nos llamaron, y ya le habían hecho una medicación, por lo general las guardias médicas saben que medicación se puede hacer como de urgencia Haloperidol y Lorazepan como para empezar a apaciguar el cuadro. La situación cuando llegamos se había apaciguado por la ingesta de medicación. Y lo que hicimos en ese momento fue hablar con los cuidadores del COPNAF que habían estado con ella en ese momento, contaron que había sucedido y era una chica que venía como en escalada en todos esos días anteriores ya había tenido varias llegadas postguardia o la psicóloga tratante sabía que venía con cuadros más bien agresivos de hetero y autoagresión. Una historia de vida muy cruda, de reiteradas situaciones de maltrato y de abusos sexuales sufridos en la infancia, desde los cinco años hasta que se pudo establecer en la residencia. Entonces, más allá de que la situación se había calmado se decidió que se quede internada, esa internación en ese momento se la podía pensar también que, al ser una paciente de acá, se hace la internación como para poder reorganizar todo el tratamiento, es evidente que había riesgo para sí y para tercero. Y por más que en ese momento estaba dormida, se sabe que puede volver a la residencia y si algo de ese momento le paso, no lo pudo trabajar probablemente vuelva a suceder. Y ahí uno tiene que pensar de qué manera, en el sentido de la Ley, de los derechos de ellas. Poder pensar que en la internación ella pueda separarse de ese lugar, hacer como un corte y que ella pueda dormir acá y que al otro día pueda hablar con su psicóloga y poder trabajar sobre eso que sucedió. Sino es como mandarla al punto que hizo que todo estalle. Al otro día se levantó y pudo trabajar con su psicóloga en una entrevista y a los dos o cuatro se le dio el alta. Y se trabaja en conjunto con la residencia, después se siguió trabajando en lo ambulatorio. Por lo general cuando es una situación de excitación psicomotriz se intenta hacer primero la medicación.

D: ¿Qué dificultades se le presentan en el dispositivo?

E: yo creo que una de las principales es histórica y creo que ahora hubo una evolución en eso. Eso de

²⁶ Referencia caso J

poder formarse con los médicos de acá como tener el pase de encuentro con los médicos de guardia o con la gente que trabaja acá. Como que los médicos también puedan discriminar y pensar de que se trata eso que llega a la guardia. De todas maneras, es su paciente también, no es porque llega a los gritos o llorando pasa a ser salud mental. Creo que hay un cambio importante en eso, pero todavía falta. También, todos intentamos recortar nuestra práctica. Yo me ocupo de esto, y también hay que entender que trabajar con el cuerpo orgánico, físico con sangre, la gente que viene con la rodilla abierta, o fracturas o traumatismos, debe ser un impacto tan grande para ellos que evidentemente tienden a despersonalizarse, esa escisión necesaria y saludable para ellos. De poder disociar ese cuerpo de la persona, en ese momento de la intervención debe ser necesario. Ahora, yo creo que es como toda una tarea el de poder acompañar, nose si es nuestra tarea, de poder pensar en conjunto la situación, así como pensamos que el medico tiene que poder trabajar con niños, adolescentes que están en una crisis subjetiva. Nosotros también podemos trabajar con ellos con un chico quebrado. A veces lo edilicio es dificultoso, elementos que hay en los consultorios de guardia, cosas de vidrio, los ganchitos para colgar el suero. A veces en una excitación psicomotriz esas cosas son muy peligrosas.

D: ¿Las particularidades que presenta la urgencia en adolescente obliga a nuevas modalidades de intervención? ¿O son las nuevas normativas (Ley 26.657 Ley de Salud Mental) que regulan las practicas las que definen dichas modalidades?

E: Lo que necesitamos es como equipos agentes de salud, tratar de trabajar en conjunto. En función de eso intentar flexibilizar. Es decir, todos tenemos una disciplina que la tenemos que conocer muy bien y a partir de eso trabajar con otros y poder dialogar con otros. Eso hace que a veces me encuentre haciendo cosas que tal vez en otro momento hubiera dicho esto lo hace el psiquiatra. En ese momento el trabajo en equipo lleva a que algunas cuestiones se vayan diversificando. Lo principal es eso, entender que uno no puede rigidizarse en la práctica, que, si bien uno tiene su formación, sus modos de intervenir. Además de esto, acá somos agente de salud. Si bien al principio, te saca un poco de eje esto de tener grupos de WhatsApp, hacer reuniones. Después a largo plazo, se vuelve como una herramienta propiciadora de que el tratamiento también funciona.

D: ¿Cuáles son las condiciones por las cuales se llega a internar a un adolescente ¿y cuando las condiciones están dadas para para intervenir ambulatoriamente/ domiciliaria?

E: Bueno, las internaciones tienen que ver cuando hay un riesgo para sí o para tercero. Pero también pensas si hay una red de contención afuera del Hospital, no siempre es la respuesta, muchas veces si hay red de contención se le puede dar el alta y verlo al otro día a las 8 de la mañana. Trabajas con la familia, con la residencia. A veces se hace una internación para poder armar esa red de apoyo, que haya un tratamiento que pueda iniciarse en lo ambulatorio, al otro día, es necesario hacer ese corte en el tiempo para darle lugar a eso que esta desarmado.

Y en lo ambulatorio, si hay una familia que puede entender el riesgo en el que se encuentra el niño. Y si el cuadro esta compensado medianamente.

D: ¿Cómo se trabaja con el entorno familiar del adolescente o red de apoyo?

Ya la contesto en la anterior.

D: ¿Cómo se trabaja la inclusión del adolescente luego de haber sido internado?

E: Es muy excepcional que haya internación larga, y si no son unos días y se intenta dar el alta. Acá se intenta abordar la situación. Pocos casos son los que se quedan varias semanas, el objetivo es ese que se arme el afuera por ejemplo hay veces que COPNAF no consigue promotores, acompañantes. Pero si no se continua por ambulatorio

D: ¿Puede describir cambios a partir de la nueva Ley de Salud Mental?

Yo no estuve acá antes de la Ley, de todas maneras, fijate que sigamos diciendo la nueva Ley.

En la residencia se trabajaba mucho esto del riesgo, ¿Qué es el riesgo para sí o para tercero? Pero después la Ley es muy clara, eso sí es una falencia muy grande, pero de todo el sistema de salud en general. Hay gente que no sabe lo que es la Ley de protección de los derechos del niño. Hay una cuestión política, en cuanto a que se espera de un agente de salud pública. Es sorprendente que le sigamos diciendo nueva Ley cuando pasaron más de diez años. Pero no estuve antes de la Ley acá, sí sé que en un momento no hubo guardias de salud mental, que sigan siendo pasivas también es una falencia. Tal vez con la cantidad de situaciones deberían ser activas. Cuestiones más institucionales.

ENTREVISTA III

Fecha y hora: viernes 17 de diciembre de 2021 – 10:30 horas

Tiempo aproximado de la entrevista: 50 minutos

Lugar: Hospital Materno Infantil San Roque

Delfina: Esta entrevista la realizo en el marco de una investigación que estoy llevando a cabo para realizar el TIF de la Licenciatura en psicología y se pregunta en relación a las intervenciones en urgencias subjetivas con adolescentes que asisten al equipo de guardia del servicio de Salud Mental Infantil San Roque. ¿Cuál es su profesión y función en el Dispositivo de Guardia?

Entrevistada: En la guardia de salud mental hace muchos años. En realidad, cuando llega un paciente por la guardia central, y los médicos evalúan que es una situación que excede a la cuestión médica de ellos. Lo que hacen es convocar a la guardia de salud mental para que desde acá se pueda realizar el abordaje de la situación. El ingreso siempre es por la guardia general y está el equipo de pediatras de guardia, despejan la situación que pueden llegar a través de los padres del paciente o por minoridad y a raíz de ahí, se empieza a convocar a diferentes áreas, a nosotros y a servicio social también.

D: ¿Hace cuánto trabajas en este Dispositivo?

E: En el dispositivo de guardia estoy hace muchos años, desde sus comienzos.

D: ¿Cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda que llegan al dispositivo de guardia?

E: Generalmente vienen con crisis de excitación psicomotriz, los pibes por ahí explotan en el sentido donde hay algo de la palabra que falla con esa intensidad de la sensación a lo corporal. Cuando hacen estas crisis que empiezan como a autoagredirse o agredir a otros, es donde hay algo ahí en la capacidad psíquica que falla en el sentido de poder contener ese impulso, eso que sale como pura descarga. Tenía una paciente²⁷ que vivió situaciones, ingreso muchas veces por la guardia. Tuvo situaciones en su vida de mucha violencia, es decir, su vida estuvo atravesado por situaciones de violencia, abusos. Y cuando empieza a llegar la pubertad ella empieza a tener episodios como de agresión. Como que había una agresión interna y la empieza a sacar para afuera. Donde nosotros veíamos que no había ninguna palabra que pueda trazar esta cosa de destrucción, la cosa era destruir al otro, pero en ese destruir se destruía a ella. Lo que había fallado era el primer vínculo con el otro. No había un otro, como esa figura que le permita ir ligando el afuera con el adentro. El trabajo con ella fue que pueda ir integrando, incluso lo mismo interno de ella, ayudarla a interpretar lo que le iba pasando a ella. Lo que venía del mundo externo para que ella pueda empezar a ordenar su psiquismo (lo que la invadía en ese momento, toda su primera infancia sería) y luego un momento donde ella empezó a hacer estas explosiones de agresividad que ni ella sabía lo que tenía es algo que invadía el cuerpo.

Primero, trabajamos en esto, tratar de permanecer más allá de su agresión. Teníamos que demostrar a ella que su agresión nos marcaba a nosotros, pero no nos destruía. Porque en eso de destruir al otro también se destruía ella. Fue un trabajo muy intenso, era yo, la psiquiatra y un grupo de acompañantes

²⁷ Referencia caso L

terapéuticos. El tratamiento duro dos años, fue muy intenso, ella vino de un hospital donde no la podían contener, se estabilizó y logro tener un pensamiento mucho más reflexivo, poder historizar, ayudar a armar su vida que pueda reflexionar e implicarse en eso. Eso que ella hacía de intentar destruir al orto, a cualquier otro también lo destruía a ella. Por ejemplo, si ella nos dañaba a nosotros, eso a mí me lastimaba, pero también la marcaba a ella, todo el tiempo en el movimiento de enlazar lo que ella iba haciendo, tomar ese grito desesperado y transformarlo en palabra. Ella llegó con doce años y se fue con catorce, dos cumpleaños festejamos acá el de trece internada y el de catorce en el consultorio.

D: ¿Cuántas veces por semana venía al consultorio?

E: Dos veces por semana seguro. Ella tenía acompañantes terapéuticos dos o tres veces por semana. Nosotros teníamos reuniones semanales con el equipo extenso con los acompañantes terapéuticos, la gente del COPNAF una vez a la semana, hacíamos supervisiones grupales, también al principio hacíamos supervisiones con la psiquiatra en la crisis más aguda.

[nosotros con la infancia y con la adolescencia no trabajamos con diagnósticos cerrado, si voy hacer un diagnóstico de funcionamiento de cómo está funcionando su psiquismo en ese momento]. A ella lo que le pasaba era que sus defensas no la podían defender de ese impulso tan masivo. Su yo no podía frenar eso. Entonces eso arrasaba con todo. Ella tuvo su primer menarca estando internada en el hospital, y a su vez, había tenido un episodios de abusos por parte de un familiar y cuando ella logra develar todo esto, empieza a desorganizarse. La ayudamos a construir el mundo, las relaciones, a reconocer las sensaciones, sensación de angustia, de dolor, de miedo. Había que ayudar a reconocer las palabras. Había fallas estructurales más bien primarias.

D: ¿Todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva? Me podrías describir algunos casos.

E: Lo que pasa es que la guardia es la guardia, deberían responder a la urgencia subjetiva pero muchas veces no responden.

Me parece que eso es algo a construir con el equipo de la guardia, que son los pediatras. Hay situaciones que llegan por la guardia y urgentan a ellos. Pero que son situaciones que quizás pueden pasar a quedar internados para una interconsulta el lunes. Porque es un abordaje que requiere de un abordaje en salud mental. Pero no encuadran las características de una urgencia subjetiva a la cual el equipo tiene que presentarse ya.

Esto que yo te digo, entro esta piba en un estado casi alienada ahí si tiene que hacerse presente el equipo de salud mental. Porque es una urgencia. Pero después hay otras situaciones en la cual la guardia puede discriminar que si requiere un abordaje en salud mental. Hay casos que quedan internados y nosotros el lunes los tomamos por interconsulta. El otro día ingreso un paciente con muchos mareos y dolores de cabeza, es un estado más de ansiedad y ellos llaman a la guardia, ingreso por la guardia general (un día entre semana y solo hay guardias de salud mental los fines de semana). Entonces cuando entran por la guardia, que muchas veces pasa, se arma un dispositivo rápidamente para que concurra. En esta situación, se lo llama al jefe de servicio, para armar el equipo, el pibe había ingresado varias veces por la guardia, el jefe le dice que eso no es una urgencia. Se le dio un turno para el lunes en consultorio

externo. Ingresa a través de la guardia, pero de otro modo.

D: En la actualidad, ¿ha podido corroborar la manifestación de nuevos síntomas o fenómenos en la adolescencia. De ser así, ¿cuáles serían, y a que causa considera que se deben?

E: A mí me impacta mucho esta cosa de la pulsión de muerte sin amarre, de lo que aparece desnudo, sin ligadura. Eso de querer destruir o se autoflagelan. Lo que hay es una ruptura del lazo social, hace un tiempo. Con la pandemia más, cae la familia, los sostenes familiares y el pibe cae. Además, la contención que, hacia la institución en las escuelas, los talleres barriales. Si todo eso se perdió con la pandemia, caen los pibes. Si se sigue generando esta exclusión social cada vez va haber más de estos casos.

D: ¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes en los casos de urgencia subjetiva? Me puede describir alguna.

E: A mí lo que me sorprende más en estos tiempos son estos casos de los pibes estallados. Esa pulsión es todas hacia afuera de destrucción, estos casos se autoflagelan. Lo que prima es la pulsión de muerte, este mecanismo de desligadura. Nuestro trabajo es que pueda ligar algo de todo eso. Siempre es trabajar el adentro con el afuera.

A mí me paso en una crisis de la chica está, que me golpeo muy fuerte y después rompió un vidrio. A mí me pasaba que me daba miedo volver a verla. En realidad, era el miedo que sentía ella que lo terminaba proyectando en todo el afuera. Tenía que trabajar con lo que me provocaba a mí para devolvérselo a ella. También poder conectar a ella con su miedo que atrás de esa furia, ese odio había angustia. Uno tiene que tomar eso y poder devolvérselo con palabras, gestos. En estos casos la medicación acompaña porque hay algo que no puede parar, las defensas no actúan como tiene que actuar frenando esto que viene, de alguna manera se necesita de la medicación para que baje un poco y poner en palabras esto que le pasa. Hay que hacerle como un borde una contención y eso requiere medicación.

D: ¿Qué dificultades se le presentan en el dispositivo?

E: Lo que pasa ahora a fin de año más que nada, se da un desgaste y llegan muchas situaciones de este tipo. Llega un momento que están todos más tensionados.

D: ¿Las particularidades que presenta la urgencia en adolescente obliga a nuevas modalidades de intervención? ¿O son las nuevas normativas (Ley 26.657 de Salud Mental) que regulan las practicas las que definen dichas modalidades?

E: Las particularidades es esta que te digo, este tipo de presentación de desborde. La intervención no se termina con nosotros en el hospital, tiene que ser una intervención ampliada. El tratamiento de ayudar a construir un mundo posible de habitar, se lo estamos dando entre todos. Tenemos que entender que es entre varios que no vamos a ayudar a un pibe solamente con lo que hacemos en el consultorio. Ahora con los casos que se están presentando y los que llegan el trabajo es este, reconstruir el lazo con el otro.

D: ¿Cuáles son las condiciones por las cuales se llega a internar a un adolescente ¿y cuando las condiciones están dadas para para intervenir ambulatoriamente/ domiciliaria?

E: Cundo hay riesgo de si o para terceros eso es una. Donde consideramos que el pibe está en riesgo en su casa, que la casa es un lugar de riesgo para él, como situaciones de abuso, entonces ahí se pide una internación hasta cuando se despeje y se valore la situación y ahí se define si vuelve a la casa o tiene

que ir a la residencia o a la casa de un familiar.

La paciente que te mencione, estuvo un mes internada en el lugar de donde venía y cuando sintieron que no podían contenerla la derivaron acá. Y estuvo cinco meses internada en el Hospital de acá.

Empezamos a trabajar un alta progresiva para que pueda ir a la residencia de a poco, el primer día fuimos a la residencia, almorzamos ahí (fuimos con la psiquiatra) y así lo hicimos ambulatoriamente hasta que un día quedo ahí en la residencia. Un tiempo que justo nos agarró la pandemia íbamos a la residencia a trabajar con ella porque los hospitales no daban abasto de casos de covid. Y luego, ella empezó a venir acá de nuevo.

D: ¿Cómo se trabaja con el entorno familiar del adolescente o red de apoyo?

E: Mira, con la paciente, asesor familiar no había. Ella sentía que la habían abandonado, ella vivía con su abuela, tenía muchas dificultades esta mujer con su salud mental. En realidad, nosotros le decíamos que ella estaba acá en una residencia porque su abuela no la había cuidado como ella le hubiese gustado que la cuiden. Es diferente a decir que no la pudo cuidar, que la abandono.

D: ¿Cómo se trabaja la inclusión del adolescente luego de haber sido internado?

E: ya la contesto en la pregunta anterior.

D: ¿Puede describir cambios a partir de la nueva Ley de Salud Mental?

E: A mí lo que me pasa es que yo me siento más amparada a la hora de decir, este paciente se queda porque nosotros consideramos que esta paciente requiere una internación por salud mental. A veces te dicen, bueno, pero no hay cama. El movimiento de expulsión que trae la paciente, la institución quiere expulsar a la paciente. El movimiento que hacemos es opuesto porque nosotros queremos meter la subjetividad. Y el dispositivo medico lo que quiere es expulsar esa subjetividad. Cuando se calma lo orgánico lo subjetivo molesta.

La Ley de Salud Mental nos ampara, nos sentimos respaldadas y uno se afirma ahí. Ahora esto ya está más nivelado de alguna manera, además si de salud mental nos llaman nosotros también tenemos que dar el alta de esa paciente, no solo el alta del médico, en ese sentido me siento amparada.

También cuando ingreso un paciente me acuerdo que mi compañera decía, no hay cama en el hospital, no es mi problema, este paciente requiere internación de salud mental. Y se quedó internado, hay que hacerle un lugar. Uno lo puede hacer porque también se siente amparado.

ENTREVISTA IV

Fecha y hora: martes 28 de diciembre de 2021 – 11:00 horas

Tiempo aproximado de la entrevista: 50 minutos

Lugar: Hospital Materno Infantil San Roque

Delfina: Esta entrevista la realizo en el marco de una investigación que estoy llevando a cabo para realizar el TIF de la Licenciatura en psicología y se pregunta en relación a las intervenciones en urgencias subjetivas con adolescentes que asisten al equipo de guardia del servicio de Salud Mental Infantil San Roque. ¿Cuál es su profesión y función en el Dispositivo de Guardia?

Entrevistada: Soy psicóloga, magister en salud mental y mi función como psicóloga parte del equipo interdisciplinario. La función es integrante miembro del equipo de guardia (psicología y psiquiatría)

D: ¿Hace cuánto trabajas en este Dispositivo?

E: Desde que el equipo se inicia, en el año 2013 la primer guardia interdisciplinar de salud mental que hicimos fue con una compañera, que no me acuerdo bien que sucedió pero fue como la prueba piloto. El primer día que estábamos cruzándonos los dedos para que no nos llamen porque no teníamos idea de cómo era. Desde ahí hasta la fecha yo participo desde el lugar. Cuando se ha ido incorporando gente nueva vamos rotando. En el 2015 empiezan formalmente las guardias interdisciplinarias de psicología y psiquiatría. La guardia son todos los fines de semana, son pasivas. Desde los viernes a las 17:00 de la tarde hasta las 8:00 de la mañana del lunes.

D: ¿Cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda que llegan al dispositivo de guardia?

Por lo general tiene que ver con lo que llaman cuadros de excitación psicomotriz. Pero hay que ver que hay detrás de eso, en general tiene que ver con situaciones de consumo problemático de sustancias, con cuestiones de la conflictiva adolescente con cuadros más de desborde. En general los motivos de ingreso tiene que ver con cuadros de excitación psicomotriz, conductas de pasajes al acto, con adolescentes que se han cortado, que se han escapado, que los han encontrado. En general tiene que ver con eso, con crisis de excitación psicomotriz que se deben alguna situación.

Las crisis subjetivas que se presentan en la guardia pueden tener que ver con un monton de situaciones, en la mayoría de los casos son cuadros de excitación psicomotriz. Eso trae aparejado cuestiones en relación al abuso, cuestiones en relación al acting, consumo de sustancia, conflictivos familiares que hacen esos estallidos, emergencias que alguien interviene y empieza como a poder hacer el diagnóstico diferencial de que es eso.

En general aparecen así, con cuadros de crisis o con chicos que son traídos porque han sido encontrados en situación de riesgo.

D: ¿Todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva? Me podrías describir alguno caso.

E: No todas, porque hay veces quien está en urgencia no es el chico sino quien lo trae o es el medico que se urgenta con la urgencia. Una de las últimas veces que habíamos venido a la guardia había un nenito que tenía cinco años, que la madre lo trae a la guardia, ya era paciente de acá de una de las

colegas. La madre por su cuenta había hecho una serie de diagnóstico en relación al trastorno del espectro autista. Toda una mirada que nosotros no acordamos en este servicio. Un niño con dificultades, con algunas fallas en la estructuración pero que uno podría ver claramente, que lo que había era una cuestión conflictiva en relación a la madre y un cuadro psicopatológico de la madre importante. Que tenía que ver con cómo la madre leía e interpretaba las conductas de su hijo más que con las conductas de su hijo en sí mismas. Ideas delirantes, el niño está hablando de una cosa y la madre de otra e interpreta según la historia de esa madre. Entonces esa madre lo lleva a ese niño a un cumpleaños esa tarde y el niño a su mirada se porta mal y entra en crisis y se desborda, entonces viene a la guardia desesperada a que su hijito sea atendido. Cuando nos convocan a nosotros nos encontramos con que el nene está súper tranquilo, que nos saludaba alegremente que, hacia contacto, que nos miraba a los ojos, que charlaba. Pero veíamos una madre que estaba ella desorbitada, exaltada, angustiada, estaba mal ella. Y los médicos nos convocan porque esa madre en ese estado no podían decirle vayase que su hijo está bien.

Igual no son lo mas de los casos, en la mayoría de las situaciones si quien viene a la guardia o quien nos convoca está en una situación de urgencia.

D: En la actualidad, ¿ha podido corroborar la manifestación de nuevos síntomas o fenómenos en la adolescencia. De ser así, ¿cuáles serían, y a que causa considera que se deben?

E: No lo veo como nuevo síntoma, lo que si aparece son muchas cuestiones que denuncian fallas narcisistas, fallas en la cuestión de narcisismo primario eso es lo que aparece y se ve mucho. En las problemáticas en relación al consumo, en relación a la recurrencia de los pasos al acto.

En lo que acontece, en relación a la adolescencia nos encontramos en relación a los inicios más tempranos y lo que aparece es el momento de reactualización, el segundo despertar sexual. Entonces, la cuestión del narcisismo más primario uno podría ver ahí las fallas en la constitución inicial.

Que lo denuncian los adolescentes con estas problemáticas en relación al consumo, entre otras cosas, también lo podemos pensar en la falta de borde, todo esto que tiene que ver con la falla, la carencia de la mirada del otro. Que pueda de alguna manera colaborar en la constitución del sí mismo.

Fallas en el narcisismo primario me refiero a los primeros tiempos de la constitución. De esa primera franjita de cuestiones vinculares.

D: ¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes en los casos de urgencia subjetiva? Me puede describir alguna.

E: La intervención más frecuente es primero poder ver, intervenir para resolver la situación de urgencia en cuanto que esto aparece como puro estallido y como puro cuerpo, de la excitación psicomotriz. Poder ponerle palabras, tratar de hilvanar, de entender, ordenar, de armar de alguna manera el rompe cabezas. Historizar y en función de eso ver como intervenir. Si hay un organismo de protección que ya están interviniendo, si hay una situación de vulnerabilidad. Poder pensar, pesquisar ahí sí está interviniendo COPNAF o no. Si COPNAF está interviniendo ponerse en contacto para ver cómo articular una estrategia de intervención ahí. Si no está interviniendo hacer un informe para dar intervención a COPNAF cuando uno considere que hay una situación de riesgo, de vulneración de derechos, poder ver cuál es el referente familiar. En general son situaciones que uno lo que hace es intervenir en la urgencia

para ordenar y después requieren de un abordaje terapéutico posterior. En muy pocos casos ya lo tienen, hay un equipo que los está viendo, sea del hospital o algún equipo de afuera. De lo que yo tenga presente, los ultimo que he intervenido eran pacientes de acá. Míos o de otros colegas y entonces uno articula ahí, sino lo que uno hace es hacer un seguimiento de esa situación hasta tanto se pueda asegurar una derivación o hacerse cargo uno de la continuidad de tratamiento de ese niño o adolescente, pasa a ser paciente de uno. Las ultimas situaciones en las que he intervenido ha sido en general de maternidad. Una madre con problemáticas de consumo dificultades en la lactancia en relación al vínculo que como no trabajamos con adultos lo que hacemos en esos casos es poder hacer la derivación en centro de salud, hospital escuela, San Martin. Hubo un caso de una mujer que tenía un cuadro de esquizofrenia de base, embarazada y lo que se preveía como riesgoso. Era, por un lado, la situación de riesgo real y actual que esa mujer tenía porque no tenía ningún referente que se haga cargo de su cuidado, una madre con problemas psiquiátricos igual que ella, una pareja que no era muy estable. Esta mujer se escapaba, deambulaba de noche en estas altas horas, estaba en una situación de vulnerabilidad ella y su bebe por nacer, y no había muy buen pronóstico para pensar después. Lo que se hizo fue un trabajo de articulación, de rastrillaje, el hospital escuela que también la estaba tratando a ella. La estrategia fue coordinar como contener a esta mujer, porque no se podía internar acá, ella estaba compensada estaba bien no había criterio de internación. Toda la complejidad de ese cuadro se termina resolviendo en la internación de ella, el último tiempo del embarazo para poder articular y armar la red ahí de cómo una vez que ella salga de acá poder alojar a ella y a su bebe.

Intervenir básicamente es poder ofrecer un espacio de tratamiento, en caso de que no lo estuviese, en caso de que no se considerase oportuna le derivación al centro de salud de quien lo requiera, articulaciones con los equipos que ya están interviniendo (COPNAF, JUSTICIA, Centro de Salud, profesionales tratantes) en caso de que uno considere que tienen que intervenir esos organismos, que no lo están haciendo, nosotros tenemos que dar intervención a través de un informe. Básicamente es esto, después es artesanal, ver con que te encontras, que aparece, convocar al padre, la madre, referentes. La intervención en la urgencia asegura que esa situación está contenida, y resguardada y que va a tener tratamiento que necesite.

D: ¿Qué dificultades se le presentan en el dispositivo?

E: No, en general funcionamos bastante bien, lo único que se presenta, la dificultad no es del dispositivo sino de cuestiones que lo exceden (del hospital, de la gestión). Si se producen situaciones de urgencia en los horarios del resto de los días de la semana, fuera del horario de atención en el servicio, (lunes, martes, miércoles, jueves después de las 14:00 horas) cuando hay alguna situación de urgencia ahí nos cubrimos nosotros.

Lo que se ha estado haciendo hasta ahora, pero muchos no estamos de acuerdo, se hace lo que se llaman las guardias ad hoc, que son guardias donde el jefe de servicio pone en el grupo, hay tal situación, entonces el que pueda viene, se arma un equipo sobre la marcha de urgencia.

Lo que tiene eso, por lo cual no acuerdo es que primero que se paga menos de lo que se paga una guardia pasiva normal. Y segundo, de alguna manera hace que no se valore el trabajo de salud mental. Porque

sabemos todos, que los médicos en los otros servicios tienen guardias pasivas todos los días de la semana. Hay situaciones de excitación psicomotriz de problemas más complejos, que el niño o adolescente no va a acceder sumisamente a la internación por salud mental. En la gran mayoría de los casos eso se logra en trabajo de salud mental, ya sea a través de la palabra, intervención medicamentosa para poder bajar un poco la excitación y poder intervenir. Muchos casos ingresan, quedan internados y al otro día, se los atiende por interconsulta. Pero que excede el dispositivo, yo entiendo que las situaciones entre nosotros la podemos resolver muy bien. Esa sería como la pata floja que tiene el dispositivo.

D: ¿Las particularidades que presenta la urgencia en adolescente obliga a nuevas modalidades de intervención? ¿O son las nuevas normativas (Ley 26.657 de Salud Mental) que regulan las practicas las que definen dichas modalidades?

E: Es una mezcla de todo, nosotros acá entendemos que todas las normativas vigentes o las leyes hay que ser funcionales a intentar responder problemas reales si nos intentamos adaptar a las normativos estamos haciendo un forzamiento de algo que estamos perdiendo de vista, en ese traspasamiento de una cosa a la otra lo que se pierde en el medio es la subjetividad de ese paciente, esa persona.

Nosotros tenemos que tener el conocimiento de con que leyes contamos. Pero no es que nos ajustamos a eso y lo tenemos como molde. Para nosotros es esta situación en particular, como intervenimos y cual sería lo que se necesite e en este caso. Si ante lo que la Ley nos ofrece no cubre esto vemos que posibilidad tenemos de apelar a eso.

En general las cuestiones de las leyes, no nos resuelven determinadas cuestiones, funciona más protocolar. Si nos amparan en algunas decisiones. Por ejemplo: si nosotros vemos un chico que está en una situación de riesgo. Una paciente que la trae la madre a consulta, y además la madre muy particular querellante y demás, veo que mi paciente entra tambaleándose con la boca seca, pupilas dilatadas. Y la madre previa a eso me dice que para llamar la atención había ingerido ella determinada cantidad de comprimido antidepressivo. Pero como ella era enfermera la había hecho vomitar le había metido una cuchara en la boca y había vomitado. Que está bien que no me tenía que preocupar por nada. A mí eso me hizo mucho ruido, entonces convoco al psiquiatra y con el psiquiatra decidimos hacer una internación por salud mental en contra de la voluntad de la madre y en contra de la voluntad de esta nena entre comillas. Porque cuando yo la acompaño a la guardia le digo a mí no me cierra esto, yo no te veo bien te tenemos que dejar acá porque te vamos a cuidar y yo necesito entender que fue lo que paso. A mí me decía que sí, y a la madre le decía que no se quería quedar. Yo entendía que a mí me estaba diciendo si, ayuda. Me tengo que quedar. Y a la madre le decía que no porque era lo que ella quería escuchar. Nosotros ahí tenemos que informar al órgano de revisión, estamos obligados cuando hay internación por salud mental. Informamos que en contra de la voluntad de esta madre y argumentamos el criterio de salud mental por lo cual nosotros creemos necesario que la internen. De hecho, se hace una internación por salud mental, y al día siguiente ella frente a mí y a COPNAF dice que en realidad no fue un intento de suicidio, sino que la madre la insta a suicidarse, la madre misma le provee los comprimidos, se queda paradita al lado de ella esperando que se los tome todo y una vez que se los toma todos la deja sola y se

va. Y al rato vuelve y hace la pantomima de querer hacerla vomitar. Uno ahí lo que piensa, porque esta mujer conocía la Ley de Salud Mental y nos decía no, no se hagan cargo porque yo me hago cargo, la torcía en función de su conveniencia.

D: ¿Cuáles son las condiciones por las cuales se llega a internar a un adolescente ¿y cuando las condiciones están dadas para para intervenir ambulatoriamente/ domiciliaria?

E: Nosotros evaluamos una internación por salud mental cuando vemos que hay algún riesgo para sí o para tercero, llámese que el niño o el adolescente se pueda lastimar así mismo o a otros. Cuando sospechamos alguna situación de abuso o maltrato no le podemos decir vuelve a tu casa y seguimos el lunes por consultorio externo. Cuando tenemos que preservarlo. Si son situaciones como las otras, con el chico de cantidad de diagnósticos errados y la madre muy descompensada ella. No hay criterio de internación, lo que hicimos fue comunicarnos con la psicóloga que lo atendía, había una red armada, con dificultades, trabajar con la mama o con algún otro referente. Ahí si podemos hacer un seguimiento por consultorio externo.

D: ¿Cómo se trabaja con el entorno familiar del adolescente o red de apoyo?

E: Ya fue contestado.

D: ¿Cómo se trabaja la inclusión del adolescente luego de haber sido internado?

E: No ocurre, si se lo piensa como una lógica manicomial, no sería eso del adulto internado mucho tiempo y después hay re que penar en la reinserción social. Acá lo que se plantea es las internaciones por salud mental como una pausa para abarajar y dar de nuevo, es como si vos dijeras bueno, tenemos este partido de carta, esta todo desordenado, algo que no marcha, hay algo en el juego que fallo, vamos a juntar las cartas y vamos a tirar de vuelta.

Abarajar y dar de nuevo. Uno lo podría aplicar a la intervención de la guardia, como será el juego de acá en adelante, como una instancia que marcó un antes y un después, una pausa. También marca un antes y un después en la historia de ese niño, ese adolescente. Acá no es no pasó nada, acá hay algo que pasa, urgente, grave. Podes no haber querido suicidar, pero hubiese sido lo que hubieses logrado por más que no sea tu deseo. Esa instancia ordenadora. Por eso se intenta que las internaciones por salud mental sean lo más breve posible. Algunas veces nos hemos sido obligados a recurrir al órgano de revisión porque muchas veces las internaciones se vuelven iatrogénicas. Por ejemplo, niños que están institucionalizados en los que se ve que hay cuestiones de la organización institucional que no son favorecedoras a la salud mental. Y que, si no se resuelve eso, nosotros no podemos dar una externación, hay internaciones que se prologan más de lo necesario porque no están dadas las condiciones para el egreso. Si, por ejemplo, nosotros teníamos una paciente, esta chiquita que te decía del supuesto intento de suicidio, muy frágil, muy vulnerable, uno podría ver esto denunciado a las fallas más primarias de la constitución del narcisismo de ellas. Y el vínculo fallido de esta madre tan loca, necesitaba en función de toda esta reactualización, de todas sus vivencias infantiles de la falta de amparo, cuidado y demás. Unas de las indicaciones terapéuticas era la necesidad de acompañamiento terapéutico las 24 horas. Tiene 14 años, pero psíquicamente, emocionalmente en este momento ella esta vulnerable como un bebe de cinco meses. Entonces no la podemos dejar sola, porque cualquier estímulo interno que ella tenga,

de una angustia, sueño, hambre o cualquier estímulo externo que ella no pueda filtrar, necesita de alguien que lo pueda mediatizar por ella, porque esa es la función de filtro materno. Entonces un acompañante terapéutico está ahí para ayudar a ella a poder ordenar eso. Sino lo que tenemos son los pases al acto de los intentos de suicidio como los que ha tenido en reiteradas oportunidades. Para cumplir con el deseo materno de morir. Nosotros no podíamos dar el alta de salud mental hasta tanto asegurarnos de que había un acompañante terapéutico para cubrir un turno de 8 horas cada uno para esa paciente.

D: ¿Ahora sigue en tratamiento?

E: No, porque ya cumplió quince años. Más de un mes le llevo a COPNAF garantizar que ella tenga acompañante terapéutico con turnos de 8 horas cada una. Durante todo ese tiempo y más ella estuvo internada acá. Una vez que eso se pudo asegurar eso se dio su externación. Son raros los casos en los que uno logra dar altas, porque hay mucha decepción, mucho abandono por la vulnerabilidad. Este fue uno de los lindos casos, pese a lo trágico donde yo la vi desde sus doce años hasta sus quince años. Fui a su cumpleaños de quince. Hasta asegurarme de hacer una derivación a Casa del Joven.

D: ¿Puede describir cambios a partir de la nueva Ley de Salud Mental?

E: Lo que pasa es que si uno lo piensa en relación al equipo de guardia interdisciplinaria justamente la Ley de Salud Mental es lo que habilita que nosotros podamos empezar a hacer guardias interdisciplinarias de Salud Mental. Porque antes las guardias eran pura y exclusivamente de psiquiatría. Y nuestra practica en la intervención de urgencias en las guardias interdisciplinarias, empiezan se inicia posterior a la Ley.

ENTREVISTA V

Fecha y hora: martes 28 diciembre de 2021 – 10:00 horas

Tiempo aproximado de la entrevista: 60 minutos

Lugar: Hospital Materno Infantil San Roque

Delfina: Esta entrevista la realizo en el marco de una investigación que estoy llevando a cabo para realizar el TIF de la Licenciatura en psicología y se pregunta en relación a las intervenciones en urgencias subjetivas con adolescentes que asisten al equipo de guardia del servicio de Salud Mental Infantil San Roque. ¿Cuál es su profesión y función en el Dispositivo de Guardia?

Entrevistada: soy Psicóloga, estoy en el servicio de Salud Mental desde el 2013. Actualmente estoy en el dispositivo, no es como un dispositivo en si especifico. Sino que hago atención en consultorio externo y en las demandas internas del Hospital, las interconsultas. Además, estoy en el dispositivo de guardia los fines de semana viernes, sábado y domingo. Con un psiquiatra y recibimos la demanda de ese dispositivo, son interdisciplinarias. Las guardias pasivas las hacemos desde el año 2015.

D: ¿Hace cuánto trabajas en este Dispositivo?

E: Ya está contestada en la anterior.

D: ¿Cuáles son las urgencias subjetivas de mayor demanda que llegan al dispositivo de guardia?

E: Una de las cuestiones donde se empieza a producir la necesidad de una guardia fue a partir de la práctica profesional. Nosotros empezamos a ver, siempre llamaban al servicio desde la dirección o desde distintos servicios o desde la guardia central del hospital por situaciones de excitación psicomotriz, situaciones de consumo, de preadolescentes con un desborde importante a nivel subjetivo desorganización importante. Ese trabajo no estaba organizado, encuadrado, siempre venia el profesional que podía resolver la situación, pero sin estar formalizado el trabajo.

A partir de determinadas situaciones que se fueron presentando acá en el Hospital, uno de esos fue un caso paradigmático de un niño de ocho años que fue un caso que tuvo mucho tiempo una compañera. Había problema de consumo, de vulnerabilidad, mucha exposición y vulnerabilización de derecho de ese nene. El nene cae por la guardia, caía siempre por la policía, cuando son situaciones que los encuentran en la calle o hay cuestiones de violencia. Y ese paciente fue como una situación tan grave que a partir de ahí se empezó a pensar y a pedir, porque había guardias acá pero solamente de psiquiatras.

Pensando en la lógica de Salud Mental lo apropiado era pensar equipos interdisciplinarios y poder abordar la situación de ese modo. No solamente a través de la medicación sino de un trabajo integral con el paciente.

D: ¿Si llega una urgencia un día entre semana también se llama al equipo de guardia?

E: Si, por lo general nosotros ensayamos distintas propuestas, tenemos un modo de guardias que se van armando con el equipo de guardia muchas veces, como no son guardias pasivas, es decir, a uno le pagan para estar a disposición y disponible en el momento que llamen. Cuando se presenta durante la semana una situación de urgencia, nosotros no estamos a disposición queda a voluntad, y al criterio de cada profesional que pueda ocuparse de esa situación. Entones, ahí se convoca al equipo de guardia. Si no

hay ningún profesional que pueda ocupar de resolver esa situación se abre al equipo general. Entonces se pone el WhatsApp del equipo general tal situación quien se puede acercar, armar un equipo y venir. Últimamente eso no está funcionando, porque la demanda es muchísima, se trabaja un montón como somos el Hospital de nivel número cinco en la provincia, el Hospital de referencia. Todas las situaciones de todo el Hospital vienen acá, del interior, de los centros de salud. Entonces frente a esa situación se pide que entre por guardia y que lo dejen internado si lo evalúan de ese modo. O se ve en que momento podemos acercarnos a trabajar la situación. Al no estar programadas, organizadas ni nada se hacen muy difícil.

D: ¿Todas las demandas de atención sobre los adolescentes al equipo de Salud Mental responden a las características que encuadran una urgencia subjetiva? Me podrías describir algunos casos.

E: Si, responden a las urgencias subjetivas porque de hecho por eso ingresan por guardia. Porque al ingresar por guardia muchas veces tienen que tener estas características de desborde, de excitación psicomotriz, de situaciones de mucho riesgo. Una de ellas fue la de este nene, ingreso con ocho años y ahora tiene catorce que vino con la policía esposado, es paciente de una compañera donde hicieron un trabajo impresionante, donde lo habían sacado del lugar donde él circulaba, de una familia donde la mamá no ocupaba su función, él andaba deambulando en la calle, su mamá lo exponía a la venta de drogas. Donde funcionaba como “mulita” esos que van y venden. Se había hecho un trabajo muy grande de esta compañera. Donde se había logrado sacar algo, estaba viviendo en una residencia en Viale y bueno, con esto de la revinculación el COPNAF lo volvió a vincular con esa mamá. Por supuesto luego con catorce años a la guardia, se escapa de la casa. Ese día llegó, estaba muy sacado enojado, luego esposado quería pegarle a los policías, un desborde. Lo primero que hago, en esos momentos es introducir la palabra y reinstituir un poco el derecho del niño pedir a los policías que le saque las esposas y que se retiren. Porque una de las cuestiones en la urgencia es que estén lo menos expectantes posibles, menos público posible.

Empecé a hablar con él, que se tranquilice, la idea de que él llegue acá es para que lo podamos ayudar, escuchar que era lo que le estaba pasando y toda la situación. Él no se quería quedar, lo dejamos internado, por el hecho de no lo queríamos dejarlo en la calle. Hasta que el equipo tratante pueda valorar la situación, el alta de él, a donde iba, con quien iba a estar. Después otra chica, era una situación de clase alta, ella era adoptada, su mamá abogada. Ingreso por guardia, una historia muy dura, había sido abusada por su mamá y la prostituía, ella era del interior. Termina tomándola en adopción, y como muy desahogada y horrorizada por esta situación. La nena tenía mucha desorganización, tenía acompañante terapéutico permanentemente, no podía estar sola, por ahí salía corriendo, empezaba a los gritos, a romper todo. Termina cayendo de un cuarto piso y terminó acá en el hospital, a su vez esa mamá tenía como una estructura psíquica muy particular. Luego, continuo el tratamiento por medio privado.

D: En la actualidad, ¿ha podido corroborar la manifestación de nuevos síntomas o fenómenos en la adolescencia. De ser así, ¿cuáles serían, y a qué causa considera que se deben?

E: Si, por ahí charlando con C. P que es un psiquiatra que hace veinticinco años que está acá en el servicio y siempre hizo guardia. Y justamente le preguntaba esto, eso para mí es un fenómeno que se

está produciendo ahora. Que antes no era habitual, de hecho, no llegaban adolescentes, era muy poco el número en casuística de la demanda en adolescencia. Creo que ha habido un gran incremento sobre todo en la franja etaria de preadolescente y adolescente de once, doce años a catorce, quince que atendemos nosotros. Principalmente creo que tiene que ver un poco, desde mi perspectiva, con las cuestiones fenomenológicas que se producen a nivel social desde lo institucional, yo creo que los adolescentes caen en el sistema de salud porque hay un gran agujero. En todas las instituciones donde se va produciendo como muchos corrimientos de situaciones que talvez se podrían haber abarajado en otras instancias o en otros momentos. Es como que hay tanto déficit institucional desde la familia hasta las instituciones educativas, de salud o las de protección de derechos como es COPNAF. Toda esa red que debería haber funcionado antes no funciona. Y eso hace que el adolescente termine acá totalmente vulnerable, frágil. No hay red, no hay contención, no hay alojamiento de ese adolescente, quedan no sujetos a una sociedad. En el medio un montón de cosas, un adolescente que está desamparado, desolado, teniendo que atravesar un montón de situaciones donde eclosiona en las crisis, en los desbordes. Ni siquiera la palabra, en ese punto hace mella, con una presentación de mucha angustia, de mucha desorganización atravesada por situaciones de consumo muchas veces. Me parece que eso es la causa de las demandas que hay en las guardias. Muchas situaciones están institucionalizadas, de Rayuela, Cigarra que pertenecen a COPNAF, que son adolescentes muy problemáticos. Muy complejas las situaciones.

Después a las guardias llegan situaciones de abuso, de maltrato, situaciones de excitación psicomotriz. Si nosotros queremos pensar que es lo urgente, porque para hablar de urgencia hay que saber a qué te referís con la urgencia, que es lo urgente para nosotros. Entonces, un adolescente que está en riesgo, que tiene una excitación psicomotriz donde se pone en riesgo a sí mismo y otros ya sea por auto o hetero agresiones. Eso es lo que nosotros llamamos como urgencia situaciones de riesgo, de abusos, situaciones de desborde de mucha angustia. También uno trabaja con la familia del paciente sino también con el equipo médico, es una demanda que nosotros atendemos y asistimos. Por ejemplo, se me viene el caso de un accidente que se ahogó un niño en la pileta, los médicos llamaron porque la familia estaba desbordada y nos llamaron a nosotros para que podamos acompañar a la familia y al equipo médico porque estaban todos movilizados, angustiados, no sabían cómo manejar la situación en cuanto a la familia y como contener todo eso. Se produce como un desborde, y ahí nos convocan a nosotros ya sea del equipo médico de la familia del paciente.

D: ¿Cuáles son las intervenciones más frecuentes en los casos de urgencia subjetiva? Me puede describir alguna.

E: Principalmente, hay como reglas generales, tratar de introducir la palabra, dialogar con el paciente. Todo eso se hace previo, y obviamente si eso no funciona, sí, ahí se hace lo que es la contención, la medicación y todo lo demás. Creo que la función del psicólogo en las guardias, por lo menos yo, funciona desde un lugar más transferencial, no todas las situaciones son iguales, no hay una teoría de libro. Se ve el contexto, vez la situación, las condiciones en las que está el paciente, con quien viene acompañado, ves cómo está el equipo de médicos, llegas al momento del hecho y ahí como que evalúas y te va saliendo. Primero es a través de la palabra, siempre lo que se hace es ordenar la situación y

después, tengo esto, tranquilízate, vamos a charlar, porque llegaste acá, como te sentiste, que paso.

D: ¿Qué dificultades se le presentan en el dispositivo?

E: Creo que la mayor dificultad es cuando los otros organismos no colaboran, no son criteriosos como COPNAF, o por ahí en la sala. Antes el dispositivo de salud mental no funcionaba como ahora era más consultorio externo, mas apartado, las practicas han ido cambiando mucho y al principio hay cierta resistencia. En una sala de no soportar que haya un paciente internado diez días por salud mental. Que no es lo ideal que por ahí hay situaciones que lo ameritan porque otros organismos (COPNAF, Justicia) no garantizan ciertos cuidados o ciertas condiciones para que el niño pueda ser externado.

Esas son por ahí las mayores frustraciones que uno tiene en las guardias y en el trabajo cotidiano.

D: ¿Las particularidades que presenta la urgencia en adolescente obliga a nuevas modalidades de intervención? ¿O son las nuevas normativas (Ley 26.657) que regulan las practicas las que definen dichas modalidades?

E: Con la Ley de Salud Metal ha habido muchas transformaciones, pero yo creo que las practicas va llevando a las nuevas modalidades de intervención. No es a priori, no se nos ocurrió la guardia pasiva, la practica nos fue llevando a eso, la práctica, las situaciones. Primero va sucediendo y después se va normalizando.

D: ¿Cuáles son las condiciones por las cuales se llega a internar a un adolescente ¿y cuando las condiciones están dadas para para intervenir ambulatoriamente/ domiciliaria? ¿Cómo se trabaja con el entorno familiar del adolescente o red de apoyo?

E: Una vez que sede el cuadro y la situación, automáticamente se informa a COPNAF. Toma intervención, si hay situación de riesgo del adolescente quede internado acá. Mientras tanto se ordene un poco la situación o salga de riesgo el niño. Y quienes van a ser los adultos referentes responsables de que el niño o el adolescente siga un espacio terapéutico o tomar ciertas conductas o pautas para proteger ese niño. Primero se informa al COPNAF y al defensor. Cuando no hay familia, no hay adulto no hay referente, el Estado tiene que tomar parte y hacerse responsable.

D: ¿Cómo se trabaja la inclusión del adolescente luego de haber sido internado?

Ya la contesto.

D: ¿Puede describir cambios a partir de la nueva Ley de Salud Mental?

E: Si, uno de los cambios principales es el modo de aprehensión del diagnóstico. El tema de la medicalización de la infancia. Trabajar con las infancias. Me parece que antes el servicio funcionaba como una cuestión de apoyo de maestra escolar, pasaba mucho por las cuestiones conductuales y de aprendizaje. Después de la Ley de Salud Mental como que ha habido cambios de paradigma en las lógicas de intervención. Incluso acá dentro del servicio mismo, antes mayormente los profesionales eran de otras disciplinas mas cognitivas. Se empezó a instaurar más el psicoanálisis, desde el psicoanálisis trabajamos la mayoría acá.