

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

***Efectos terapéuticos que producen las intervenciones
de los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de
las Juventudes, ante urgencias subjetivas en
adolescentes.***

Autora: Vanesa Alejandra Ibarrola

Dirección: Uriel Forzano – Ana Jimena Díaz

Paraná, 8 de mayo de 2024

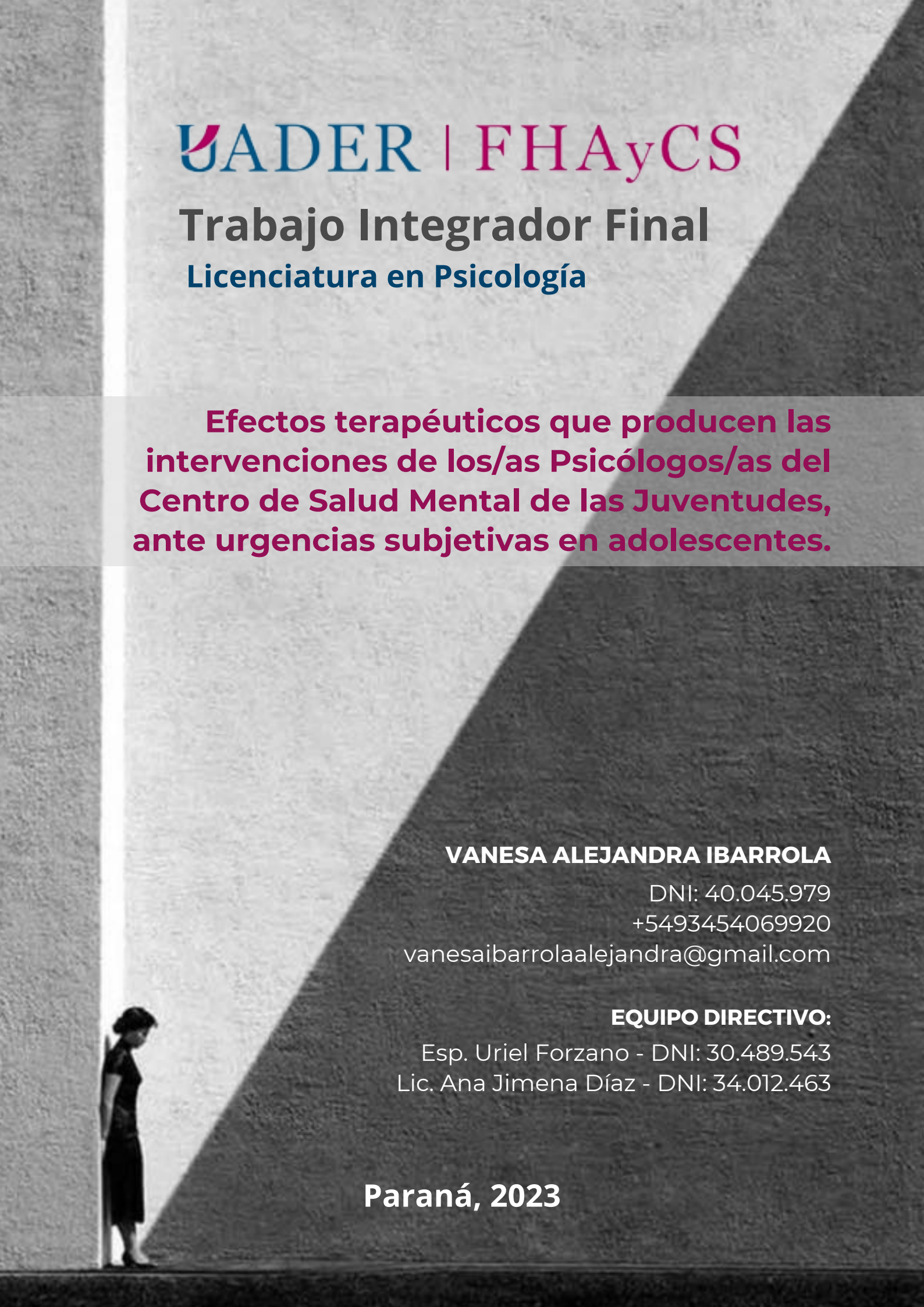


Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-Compartirigual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



UADER | FHAYCS

Trabajo Integrador Final

Licenciatura en Psicología

Efectos terapéuticos que producen las intervenciones de los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, ante urgencias subjetivas en adolescentes.

VANESA ALEJANDRA IBARROLA

DNI: 40.045.979

+5493454069920

vanesaibarrolaalejandra@gmail.com

EQUIPO DIRECTIVO:

Esp. Uriel Forzano - DNI: 30.489.543

Lic. Ana Jimena Díaz - DNI: 34.012.463

Paraná, 2023

TRABAJO INTEGRADOR FINAL:

Efectos terapéuticos que producen las intervenciones de los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, ante urgencias subjetivas en adolescentes. Puntualizaciones desde la perspectiva teórica psicoanalítica.

MODALIDAD:

Investigación con trabajo de campo

TÍTULO A OBTENER:

Licenciada en Psicología

Plan de Estudio Res. N° 2614/15

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por darme la posibilidad de estudiar y brindarme su apoyo incondicional.

A Juan Manuel, por su amor y compañía.

A mis Directores, por su generosidad para acompañarme y orientarme en esta travesía.

Al Centro de Salud Mental de las Juventudes, por abrirme las puertas y a sus profesionales por su predisposición y su tiempo.

A mi querida UADER, por formarme como la profesional que comienzo a ser.

CONTENIDO

RESUMEN	5
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	6
1.1. Presentación y justificación de la investigación	6
1.2. Contexto en el que se enmarca la propuesta que dio origen al trabajo	9
1.3. Interrogante central	9
1.4. Objetivos de la investigación	9
1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivos específicos	10
1.5. Supuestos de investigación	10
CAPÍTULO II: ESTADO DE DEBATE	11
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	14
3.1. Tipo de diseño	14
3.2. Unidad de estudio	14
3.4. Unidad de análisis	15
3.5. Tipo de muestra	15
3.6. Técnicas de recolección y análisis de la información	16
3.6.1. Técnica de recolección de la información	16
3.6.2. Técnica de análisis de la información	16
CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO	17
4.1.1. Entre la pubertad y la adolescencia	17
4.1.2. Entre la adolescencia y la juventud	21
4.2. Las urgencias subjetivas en tiempos de constitución	22
4.3. Acerca de las intervenciones en la clínica psicoanalítica. Una práctica sin estándares, pero no sin principios	25
4.4. De qué hablamos cuando hablamos de efectos terapéuticos en psicoanálisis	28
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS	30
5.1. Contextualización de la investigación	30
5.2. URGENCIAS SUBJETIVAS EN LA ADOLESCENCIA	32
5.2.1. Adolescencias	32
5.2.2. Urgencias subjetivas en las adolescencias	35
5.2.3. Acerca de la dimensión temporal en la consulta de urgencia	38
5.2.4. Presentaciones clínicas más frecuentes de la urgencia subjetiva en la adolescencia	40
5.2.5. Urgencias “sociales”: una mirada psicoanalítica a los desafíos contemporáneos	42
5.3. INTERVENCIONES POSIBLES	45
5.3.1. La intervención en la urgencia	45
A. El tiempo	46
B. La escucha	47
C. La apuesta	52
5.3.2. El papel de los referentes adultos en la prevención y afrontamiento de las urgencias subjetivas en la adolescencia	55
5.3.3. Desafíos ante las urgencias subjetivas en la adolescencia	57
A. Desafíos clínicos	57

B. Desafíos institucionales	60
5.4. EFECTOS TERAPÉUTICOS	65
5.4.1. Lo terapéutico de las intervenciones	65
5.4.2. Lo terapéutico de los espacios grupales	70
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	73
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
7.1. Bibliografía temática	77
7.2. Bibliografía metodológica	81
CAPÍTULO VIII: ANEXOS	82
8.1. Modelo de consentimiento informado	82
8.2. Entrevistas	83
Entrevista N° 1	83
Entrevista N° 2	96
Entrevista N° 3	103
Entrevista N° 4	111
Entrevista N° 5	120
Entrevista N° 6	133

RESUMEN

La siguiente investigación consiste en un estudio cualitativo de tipo descriptivo, orientada a describir los efectos terapéuticos que producen las intervenciones de los/as Psicólogos/as del “Centro de Salud Mental de las Juventudes”, de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, que se despliegan ante urgencias subjetivas en adolescentes. Por su parte, los objetivos específicos que guiaron la investigación consistieron en identificar las intervenciones que dan lugar a esos efectos terapéuticos; conocer cuáles son las urgencias subjetivas más frecuentes en la población adolescente que acude a dicha institución; e identificar los obstáculos y desafíos que afrontan los/as Psicólogos/as intervinientes, a nivel clínico e institucional, al momento de abordar tales presentaciones clínicas.

El método de recolección de la información consistió en entrevistas semi-dirigidas, las cuales fueron realizadas a seis Psicólogos/as que llevan a cabo su ejercicio profesional en el marco del “Centro de Salud Mental de las Juventudes”. Mientras que, el método escogido para el análisis de la información fue el de Frases Significativas (Díaz y Badano, 2009).

Entre los efectos terapéuticos que el estudio arrojó podemos mencionar el alivio del padecimiento; el alojamiento de ese malestar que había quebrantado la homeostasis con que la vida de ese sujeto en constitución se desenvolvía hasta ese momento; un primer reordenamiento del caos subjetivo en el que se encuentra un adolescente atravesado por la urgencia; algún grado de implicación de ese sujeto en aquellos síntomas que lo atormentan (subjetivación de la urgencia) y la producción de nuevas herramientas que le permitan responder de otra manera a la urgencia, en caso de que nuevamente se hiciera presente (por ejemplo, el establecimiento del Centro de Salud Mental de las Juventudes como un espacio de referencia).

Asimismo, se pudieron identificar las intervenciones de los/as Psicólogos/as que dan lugar a dichos efectos terapéuticos, siendo las más características: crear un espacio-tiempo en donde sea posible escuchar y alojar la urgencia; darle al padecimiento de los adolescentes que consultan la importancia que tiene que tener y acompañarlos en el descubrimiento de la causa que está de fondo; asegurar la asimetría generacional necesaria que los adolescentes necesitan para soportar ese exceso que los invade; referenciar y derivar a otros efectores, dispositivos u hospitales que cuenten con los recursos necesarios para contener aquellas presentaciones que así lo requieren.

Por último, se lograron identificar los obstáculos y desafíos clínicos e institucionales que deben afrontar los/as profesionales entrevistados/as al momento de intervenir y conocer, a grandes rasgos, cuáles son las urgencias subjetivas que se presentan con mayor frecuencia entre los adolescentes y jóvenes que arriban a la institución.

PALABRAS CLAVES: Adolescencias; Urgencias subjetivas; Intervenciones; Efectos terapéuticos.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación y justificación de la investigación

Partimos de considerar a la adolescencia como un tiempo de resignificación, transición, mutación, crisis, metamorfosis, toma de posición y tiempo lógico en el que comienzan a tener lugar numerosos duelos en el marco de un complejo trabajo subjetivo singular (sintomático), donde la verdadera problemática que emerge para el sujeto es que no hay un saber predeterminado para resolver las cuestiones que lo aquejan, a partir de ese real que irrumpe: la pubertad.

Estas cuestiones se complejizan si consideramos que, en los tiempos que corren, el contexto socio-histórico-político y económico da lugar a nuevas formas de sufrimiento, malestar y angustia de algunos adolescentes que, invadidos por algún tipo de urgencia subjetiva, acuden voluntariamente o son llevados, acompañados y/o derivados a consultas en el ámbito público de la Salud Mental.

Tanto las urgencias subjetivas como la pubertad, si las pensamos desde la perspectiva teórica psicoanalítica, pueden ser consideradas como un momento de irrupción y de encuentro con algo del orden de lo real, produciendo una particular conmoción en aquel sujeto que se encuentra transitando un momento crucial en su constitución subjetiva.

Lacan, refiriéndose a la urgencia, decía que la misma es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte. Dolto, por su parte, sostiene “[...] no es divertida la adolescencia, ni para aquel que pasa por ella, ni para aquellos que se hacen cargo y aman al adolescente.” (1985, p. 128).

Podemos sostener que ambas manifestaciones producen un quiebre en la homeostasis con que transcurría la vida para el sujeto, produciendo que todos los aspectos de su acontecer cotidiano se vean trastocados, haciendo mella en todas sus relaciones y donde elaborar una respuesta por la vía de lo simbólico puede resultar, cuando menos, difícil.

Ya en 1930, Sigmund Freud en “El malestar en la cultura” planteaba que “la vida como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles” (Freud, 1992, p. 75); y, enfatizaba en que, gran parte de “la culpa de nuestra miseria la tiene lo que se llama nuestra cultura [...] es indudable que todo aquello con lo cual intentamos protegernos de la amenaza que acecha desde las fuentes del sufrimiento permanece, justamente, a esa misma cultura” (pp. 85-86).

Este término fue acuñado por Freud para dar cuenta de las renunciaciones pulsionales que debemos hacer como sujetos de una cultura y, si bien, el malestar de la época en que Freud escribió su obra, es muy distinto al de los tiempos actuales; desde este planteo, se puede pensar que los grandes cambios que se producen en la cultura y en una época particular, afectan e inciden directamente en las subjetividades y conllevan nuevas formas de padecimiento subjetivo.

Ante la aparición de nuevas formas de malestar que la época nos impone, las urgencias subjetivas aparecen con más frecuencia en la escena de la Salud Mental, como una presentación

clínica que da cuenta de los excesos que invaden los cuerpos de los sujetos; en este escenario, los adolescentes no son la excepción.

Ahora bien, pensar las urgencias dentro de una consulta con un adolescente implica conceptualizar a las mismas dentro de un entramado con características particulares, que se diferencian en su totalidad a las que pueden presentarse en otro grupo etario. En efecto, en este punto cabe recordar que el desamparo de un adolescente no es equiparable al de un adulto.

En el caso del presente trabajo de investigación, reflexionar sobre los adolescentes, implica representarnos un sujeto en vías de constitución, que se encuentra transitando un momento de “*extrema fragilidad*” (Dolto, 1992). Aquí es donde podemos ubicar gran parte de los desafíos al momento de intervenir ante una crisis, con un sujeto que intrínsecamente se encuentra transitando un tiempo lógico de particular importancia para su constitución subjetiva y donde uno como adulto debería ser capaz de generar las condiciones mínimas de amparo y protección para que, al decir de Zelmanovich (2003), una posible subjetivación tenga lugar.

La autora del escrito “Contra el desamparo” (Zelmanovich, 2003), nos advierte que tanto las modalidades discursivas desafiantes, como aquellas silenciosas o las salidas anticipadas, pueden ser pensadas como un llamado, una apelación al adulto para que no aumente el desamparo.

Lacan, por su parte, en el texto conocido como “Informe de Roma”, con el cual inaugura oficialmente su enseñanza, con su famoso “Retorno a Freud”, nos advierte que lo que se espera de los analistas es que estemos a la altura de nuestra época: “Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época” (1953, p. 309).

En el caso de la presente investigación, si partimos de considerar la urgencia como un imperativo de época y una presentación clínica cada vez más frecuente, de esto último deviene la necesidad de pensar y repensar la oferta de dispositivos disponibles, que se constituyen en espacios de alojamiento, contención y escucha de la singularidad del sufrimiento humano, ante situaciones de extremo desamparo; como así también, en las intervenciones de los profesionales que preparan el terreno para que ciertos efectos terapéuticos -que permitan la subjetivación de la urgencia-, tengan lugar ante lo incalculable de la práctica clínica.

Ahora bien, teniendo en cuenta que hay tantas urgencias subjetivas como sujetos adolescentes que, invadidos por ellas, acuden a una consulta en Salud Mental, y entendiendo a la intervención como un trabajo artesanal que debe ser pensada en el caso por caso, cada vez, y acorde a los recursos disponibles en una determinada situación institucional-clínica-contextual, aparecieron algunos interrogantes referidos a: ¿Cómo intervenir en una institución estatal ante situaciones complejas que requieren una respuesta “rápida”? ¿Qué hace un profesional de la Salud Mental que ejerce su práctica profesional en el ámbito público cuando se presenta un adolescente desbordado y/o inhibido? ¿Qué dispositivos y/o abordajes permiten alojar una urgencia en Salud Mental con adolescentes? ¿En qué consisten las intervenciones de los/as Psicólogos/as ante urgencias subjetivas en adolescentes? ¿Cuáles son los mayores obstáculos y desafíos que emergen en las instituciones

cuando se presentan situaciones de tales características? ¿Qué efectos terapéuticos se pueden esperar de sus intervenciones?

Pensar en estas aristas, que hacen a la intervención ante urgencias subjetivas de adolescentes y en los posibles efectos terapéuticos que, los diversos abordajes que emprendan los/as profesionales intervinientes, pueden producir en los sujetos que consultan, nos convocó a tomar como punto de partida cuáles son las concepciones de sujeto(s) adolescentes(s) y urgencias subjetivas en Salud Mental; como así también, la posición ética de quienes recepcionan estas presentaciones del malestar.

Para acceder a ello, resultó significativo entrar en contacto con las diferentes concepciones que tienen al respecto los/las Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, que intervienen ante situaciones de urgencias subjetivas; recuperar sus palabras, sus perspectivas y sus experiencias, nos permitió conocer como alojarlas, contenerlas y escucharlas, para arribar a una resolución de esa urgencia y comenzar a tramar las redes necesarias para sostener nuevamente a ese adolescente que se acerca colapsado por la situación que está padeciendo.

Dicho esto, el presente trabajo de investigación, procuró recabar información acerca de los efectos terapéuticos que producen las intervenciones desplegadas por los/las Psicólogos/as ante presentaciones de crisis, angustia, inhibición, sufrimiento y malestar de los adolescentes.

La temática que nos convoca resulta de especial interés en tanto el incremento de las demandas de urgencia en Salud Mental atraviesa a la población adolescente e interpela a las instituciones y los profesionales encargados de alojarla, dando cuenta de la necesidad de repensar nuestras prácticas, generar dispositivos preparados para recepcionarlas, haciendo de los mismos la puerta de entrada a una red de contención y no una “puerta giratoria” que intensifique la reincidencia de estos sujetos atravesados por un malestar insoportable.

Por su parte, el presente TIF puede constituirse en una contribución acerca de la problemática, debido a que mucho se ha investigado en torno a las urgencias subjetivas en Salud Mental, pero es poco el material que circula cuando estas situaciones complejas involucran la especificidad de sujetos adolescentes, que se encuentran transitando un momento crucial en su constitución subjetiva.

En función de esto último, la relevancia social y académica de esta investigación, reside en que la misma podría constituir una referencia institucional-regional para el ámbito de nuestra disciplina y el campo académico, en tanto permitirá sentar las bases de la problemática; como así también, un insumo para los/as Psicólogos/as que llevan a cabo sus prácticas profesionales en el Centro de Salud Mental de las Juventudes, con el propósito de continuar reflexionando en torno a esta temática que apremia cada vez con mayor frecuencia e intensidad.

1.2. Contexto en el que se enmarca la propuesta que dio origen al trabajo

Lo que motivó el presente trabajo de investigación sobre los efectos terapéuticos que producen las intervenciones de los/as Psicólogos/as encargados/as de recepcionar las situaciones que toman la forma de urgencias subjetivas, en una institución pública de Salud Mental, dirigida a jóvenes de entre 14 y 24 años de edad, como lo es el Centro de Salud Mental de las Juventudes, surgió a partir del trayecto académico de quien llevó adelante la investigación y el profundo interés por la temática que nos convoca.

Más precisamente, la investigación emerge a partir de los interrogantes que se fueron suscitando en el tránsito por diversos espacios curriculares, los cuales posibilitaron entrar en contacto con la teoría y la práctica de los/as profesionales en Psicología, que llevan a cabo su ejercicio profesional con adolescentes, en efectores públicos de salud. Esto último, comenzó a instaurar la curiosidad y el interés por conocer qué intervenciones son posibles en el marco de estas instituciones y qué efectos pueden tener en la vida de los sujetos que transitan por ellos; en donde considerar la especificidad del trabajo con adolescentes no es una cuestión menor. A su vez, conocer estos aspectos está revestido de una relevancia contundente, al considerar una posible futura inserción en el ámbito público de la salud.

1.3. Interrogante central

La pregunta-problema que orientó el desarrollo de la investigación que nos convoca es la siguiente: *¿Cuáles son los efectos terapéuticos que producen las intervenciones que despliegan los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, ante situaciones de urgencias subjetivas en los adolescentes que acuden a dicha institución?*

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Describir los efectos terapéuticos que producen las intervenciones que despliegan los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, ante urgencias subjetivas en la población adolescente que acude a dicha institución.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones de los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, que dan lugar a esos efectos terapéuticos, frente a urgencias subjetivas en adolescentes.
- Identificar en el relato de los/as Psicólogos/as entrevistados/as los obstáculos y desafíos que afrontan, a nivel clínico e institucional, al momento de abordar tales presentaciones clínicas.
- Conocer cuáles son las urgencias subjetivas más frecuentes en la población adolescente que acude al Centro de Salud Mental de las Juventudes.

1.5. Supuestos de investigación

- Las intervenciones que despliegan los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, ante las presentaciones de urgencias subjetivas de los adolescentes, pueden producir efectos terapéuticos que se relacionan con movimientos subjetivos y/o algún tipo de alivio del padecimiento, respecto de la demanda inicial que lleva a la consulta.
- No existen intervenciones estandarizadas, sino que existen diversas formas de intervenir por parte de los/as Psicólogos/as que llevan a cabo su ejercicio profesional en el Centro de Salud Mental de las Juventudes, al momento de presentarse una situación de urgencia subjetiva por parte de los adolescentes que acuden a dicha institución.
- Las modalidades de intervención ante urgencias subjetivas de adolescentes dependen de múltiples factores, que van desde las características del dispositivo que recepciona esa demanda, pasando por la singularidad del sujeto que consulta y la forma en que se presenta esa urgencia que porta, hasta las concepciones y el posicionamiento ético del profesional que aloja ese malestar.

CAPÍTULO II: ESTADO DE DEBATE

Las urgencias subjetivas se constituyen en una temática ampliamente investigada, tanto a nivel internacional, como nacional y regional. Muchos autores que han indagado y teorizado al respecto, se han constituido en referentes de la temática que nos convoca y una lectura obligada para todo investigador interesado en conocer y/o profundizar al respecto a las urgencias subjetivas. Cabe destacar que los antecedentes a los que hemos podido acceder y/o recuperar para la presente investigación, se enmarcan desde la perspectiva teórica psicoanalítica.

Inés Sotelo, Guillermo Belaga y Ricardo Seldes, son algunos de los investigadores argentinos que han realizado importantes aportes desde el psicoanálisis lacaniano.

Diferente, es lo que acontece con las urgencias subjetivas circunscritas a la población adolescente y la temática referida a los efectos terapéuticos, respecto a lo cual no existen muchas investigaciones disponibles, como así tampoco una amplia bibliografía al respecto.

Dicho esto, con el propósito de dar cuenta de cuál es el debate actual que gira en torno a la temática que se investigó, a continuación, se presentan algunos de los trabajos de investigación que resultaron pertinentes y relevantes como antecedentes a la investigación que nos convoca.

Tanto la precisión y rigurosidad conceptual -planteada desde la perspectiva teórica psicoanalítica-, como la metodología utilizada y los resultados alcanzados, hicieron de estas investigaciones un insumo sumamente valioso.

En primera instancia, podemos hacer mención de tres trabajos de investigación, llevados a cabo para obtener el título de grado de Licenciado/a en Psicología, de la carrera Licenciatura en Psicología, de nuestra Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, de la Universidad Autónoma de Entre Ríos; estas investigaciones fueron llevadas a cabo por: Allende Román Marcos Jesús -***“Prácticas e Intervenciones en la Urgencia Subjetiva el lugar del Psicólogo/a en la Guardia Interdisciplinaria”***-; Nessier Luciana -***“Efectos terapéuticos que se producen, tras el paso por una Guardia Interdisciplinaria en Salud Mental, ante una urgencia subjetiva”***- y Rodríguez Allende Sofía -***“Intervenciones de los profesionales frente a situaciones de Urgencia Subjetiva”***-, fechadas en febrero de 2020, junio de 2020 y noviembre de 2021, respectivamente. Las dos tesis y el trabajo integrador final, de tipo cualitativo, elaboradas desde un marco conceptual psicoanalítico, tienen en común con nuestro T.I.F. el hecho de abordar las intervenciones que se desprenden ante urgencias subjetivas, en el marco de instituciones públicas hospitalarias. Aunque en los mencionados estudios se trabaja desde la perspectiva de los profesionales de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental, del Hospital Escuela de Salud Mental, de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos.

Por otro lado, en un trabajo de investigación, publicado en el año 2015, por Gutiérrez Pablo Nicolás, titulado ***“La urgencia del despertar puberal”***, en el marco del proyecto promocional de investigación de la Facultad de Psicología de la UNLP, denominado ***“Adolescencia: El problema del***

diagnóstico diferencial en las presentaciones enloquecidas”, el autor intenta dar cuenta de las urgencias subjetivas como la forma habitual en que se presentan clínicamente los sufrimientos subjetivos de los jóvenes en la actualidad. Dicho estudio se constituye en un antecedente valioso para nuestra investigación en tanto el objetivo mencionado anteriormente, se aborda teniendo como referencia la práctica del psicoanálisis y las intervenciones que se despliegan en una institución asistencial pública en salud mental, en concordancia con nuestro T.I.F.

Además, el estudio plantea un paralelismo entre la pubertad y la urgencia subjetiva, presentándolas como algo que irrumpe en la trama de sentido en la que el sujeto se sostenía hasta entonces; un aporte que nosotros recuperamos en la presente investigación. Al mismo tiempo, el trabajo plantea que las intervenciones que se despliegan ante estas presentaciones clínicas deben estar orientadas a localizar al sujeto, que articule un S2 al S1 de la urgencia, haciéndola advenir a la palabra. Lo cual se relaciona profundamente con la importancia de la subjetivación de la urgencia, como un efecto terapéutico en sí mismo; y da cuenta, en gran parte, del aporte de los/as Psicólogos/as en aquellos espacios que reciben estas urgencias subjetivas.

Es la intervención de un analista lo que posibilita que la urgencia se constituya en subjetiva una vez localizado el sujeto, una vez articulada la urgencia a un significante que represente al sujeto para otro significante produciendo un efecto de alivio. (Gutiérrez, 2015, p. 1248).

Otro trabajo, titulado ***“Urgencias en salud mental en púberes y adolescentes”***, que data del año 2019 y fue llevado a cabo por un grupo de investigadores, conformado por Barrionuevo, Carolina, Tustanoski, Graciela, Mazzia, Valeria y Moavro, Lucía, en el marco de una investigación dirigida por la Dra. Inés Sotelo: *“La Urgencia en Salud Mental en un Hospital Público en la Ciudad de Buenos Aires”*, partió del objetivo de 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. En dicha investigación, cuya muestra estuvo conformada por consultantes de entre 10 y 19 años de edad, se analizó la relación entre angustia y pubertad, desde una perspectiva psicoanalítica. La investigación obtuvo como resultado que el motivo de consulta que tiene mayor prevalencia entre los adolescentes es la *angustia*; sin embargo, los modos de tratarla son diferentes y varían desde las autolesiones y el consumo de drogas, hasta los pasajes al acto violentos o autodestructivos. La importancia de este antecedente reside en que uno de los objetivos específicos planteados en la presente investigación fue el de conocer cuáles son las urgencias subjetivas que se presentan con mayor frecuencia entre la población adolescente y una de las modalidades de presentación mencionada con mayor frecuencia entre los/as profesionales entrevistados/as fue, precisamente, la angustia.

Como antecedentes a la temática de efectos terapéuticos, además del mencionado trabajo de investigación realizado en el marco de nuestra casa de estudio por la Licenciada Luciana Nessier (2020), podemos mencionar el artículo titulado ***“Los efectos terapéuticos en psicoanálisis: recorridos y conclusiones preliminares”***, de Rubistein Adriana. El trabajo, que data del año 2011,

presenta algunos recorridos conceptuales y conclusiones preliminares extraídas de la lectura de 30 casos de Freud, Lacan y de otros autores contemporáneos de orientación lacaniana, vislumbrando los alcances del término terapéutico, su especificidad en psicoanálisis, las modalidades que toman los efectos terapéuticos en los casos estudiados y su lógica de producción.

Y, por último, el estudio titulado: “*Consideraciones sobre los ‘efectos terapéuticos’ en S. Freud y J. Lacan*”, llevado a cabo por Iuale, Luján y Bachmann, Ruth en el año 2009. Partiendo de un trabajo de tipo bibliográfico que consiste en la lectura sistemática de textos de Freud y Lacan, el objetivo que orientó esta investigación fue describir y delimitar el modo en que dichos autores plantean la cuestión de lo terapéutico en psicoanálisis. Las investigadoras arriban a que

Los efectos del psicoanálisis son terapéuticos, en tanto conllevan el alivio del padecimiento como consecuencia de un trabajo que depende del inter-juego entre la singularidad del caso y la posición del analista” (Iuale y Bachmann, 2009, p. 106).

Dicho estudio se constituye en un aporte valioso para nuestra investigación, en tanto realizan un rastreo exhaustivo de la problemática en las obras de Freud y Lacan, que les permite dar cuenta que los efectos terapéuticos en psicoanálisis son posibles, pero no como fines preestablecidos o anticipados al modo de objetivos a ser alcanzados, sino en tanto consecuencia de la puesta en juego del dispositivo analítico.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de diseño

El tipo de diseño que se utilizó para llevar a cabo el presente trabajo de investigación fue desde un encuadre metodológico de corte cualitativo, en tanto “[...] cada componente del diseño puede necesitar ser reconsiderado o modificado en respuesta a nuevos desarrollos o a cambios en algunos de los otros componentes” (Maxwell, 1996, p. 4). Al mismo tiempo, la investigación estuvo orientada desde el marco epistemológico de la teoría psicoanalítica.

Dado que “el término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas” (Taylor y Bogdan, 1990, p. 5), se está en condiciones de afirmar que la decisión de llevar a cabo esta investigación desde un enfoque cualitativo y en el marco de la perspectiva teórica del psicoanálisis, está determinada tanto por el posicionamiento teórico, político y epistemológico, como así también por los intereses y propósitos al momento de llevar a cabo la investigación.

En efecto, al tratarse de aprehender aspectos significativos en torno a los efectos terapéuticos que producen las intervenciones de los/las profesionales Psicólogos/as ante situaciones de urgencias subjetivas en adolescentes, como así también los obstáculos y desafíos que encuentran en su práctica clínica e institucional en el Centro de Salud Mental de las Juventudes, se impone un abordaje de la información de este tipo.

Al mismo tiempo, se fundamenta dicha elección orientada por una estrategia cualitativa y el psicoanálisis como paradigma de investigación, por el hecho de que permitirán habilitar un reconocimiento del otro como sujeto, en su singularidad.

Por su parte, se considera coherente abordar esta investigación desde un diseño descriptivo, ya que se pretende realizar un análisis detallado y especificar elementos determinados. En referencia a esto último, Carlos Sabino (1992) plantea sobre las investigaciones descriptivas que

Su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos [...] utilizan criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática comparable con la de otras fuentes (p. 47).

3.2. Unidad de estudio

Cuando se habla de la unidad de estudio se hace referencia a la “[...] delimitación del campo donde se realizará la recolección de información, el ámbito físico” (Guber, 2004, p. 99). En este caso

se trata del Centro de Salud Mental de las Juventudes, institución dependiente del Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia (CoPNAF) y la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos, ciudad de Paraná.

La elección de este espacio se debe a que se trata de una institución estatal de atención en salud mental, orientada a jóvenes de entre 14 y 24 años de edad, lo cual coincide con la especificidad que es de interés para llevar a cabo la investigación; como así también, debido a que, en el marco de dicha institución, se realizan diferentes propuestas de atención psicológica.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron los/as Psicólogos/as que llevan a cabo su ejercicio profesional en el Centro de Salud Mental de las Juventudes.

El criterio adoptado para la selección de esta unidad de análisis consiste en que se trate de profesionales graduados de Psicólogos/as o Licenciados/as en Psicología, con una experiencia mínima de dos años trabajando con adolescentes, preferentemente interviniendo ante casos de urgencias subjetivas.

En este sentido, los/as Psicólogos/as entrevistados/as fueron seis. Al momento de determinar la cantidad de personas a entrevistar, se ha tenido en cuenta el principio de saturación teórica, según el cual, el llamado “punto de saturación teórica” se alcanza cuando la información recogida resulta suficiente para dar respuesta a los objetivos de la investigación (Glaser y Strauss, 1967). Esto significa que, en determinado punto del trabajo de campo, la recogida de nuevos datos, a través de las entrevistas, dejó de aportar nueva información, o esta no era significativa, teniendo en cuenta la información registrada con anterioridad (Guest et al., 2006). Por lo tanto, se justifica una muestra de seis entrevistas como suficiente para alcanzar la saturación de información.

3.5. Tipo de muestra

El tipo de muestra es intencional, no probabilístico; en tanto se seleccionará de forma directa e intencionalmente a los representantes de la muestra. La misma “[...] se espera que sea un modelo del universo [...] que posea analogías estructurales con dicho universo” (Samaja, 1992, p. 4).

Este tipo de muestreo se utiliza en aquellos casos en que el investigador considera que algunos sujetos son más adecuados para la investigación que otros, seleccionando una muestra representativa que pueda arrojar resultados más precisos.

3.6. Técnicas de recolección y análisis de la información

3.6.1. Técnica de recolección de la información

Teniendo en cuenta el abordaje cualitativo de la presente investigación, la recolección de información se llevó a cabo a partir de entrevistas individuales semi-dirigidas.

Las mismas se caracterizan por estar dirigidas por pautas o guías, orientándose principalmente por puntos de interés que se irán explorando en el curso de las entrevistas, lo cual permitirá la posibilidad de formular preguntas no previstas con anterioridad, pero pertinentes al tema de investigación que nos convoca.

En contraste con la entrevista estructurada, las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Para Sabino (1992) este tipo de entrevistas no estructuradas

[...] poseen la ventaja de permitir el diálogo más profundo y rico, de presentar los hechos en toda su complejidad, captando no solo las respuestas a los temas elegidos, sino también las actitudes, valores y formas de pensar de los entrevistados, a veces inaccesibles por otras vías (p. 119).

3.6.2. Técnica de análisis de la información

La técnica utilizada para analizar la información fue el análisis de “Frases significativas”. Este método de análisis, propuesto por Díaz y Badano (2009), consiste en relevar las frases o palabras que resuenan en el investigador o que los entrevistados repiten inconscientemente y que se puede llegar a analizar a partir de la teoría conocida.

Dicha técnica permitió el pasaje de lo empírico a lo teórico, a partir de constituir los dichos de los entrevistados en temas de análisis, que se correlacionan con los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO

La perspectiva teórica desde la cual nos posicionamos será la teoría psicoanalítica, partiendo principalmente de los aportes de Freud y Lacan, pero recuperando, al mismo tiempo, autores contemporáneos que se orientan a partir de sus postulados.

4.1.1. Entre la pubertad y la adolescencia

Françoise Dolto (1992), una médica pediatra y psicoanalista francesa, habla de una fase de mutación, para referirse al pasaje por el que transita el adolescente, del cual nada puede decir, y afirma que “el estado de adolescencia se prolonga según las proyecciones que los jóvenes reciben de los adultos y según lo que la sociedad les impone como límites de exploración” (Dolto, 1992, p. 12).

Por su parte, Sergio Rascovan, en su texto *“Los jóvenes y el futuro”*, hace una apreciación en relación a que “no hay una única manera de ser adolescente como tampoco una única forma de transitar los caminos hacia la adultez” (Rascovan, 2000, p. 23); en este sentido, afirma que “no hay una adolescencia, sino adolescentes, con todos los aspectos comunes que se pueden encontrar, pero también con todas sus particularidades” (Rascovan, 2000, p. 24).

En efecto, cada sociedad, cada cultura, en un determinado momento histórico, construye un modo de ser adolescente y un modo de transitar ese tiempo “turbulento” de la experiencia vital. En este sentido, resulta oportuno traer a colación el aporte que nos brinda Sandra Souto Kustrín, en una publicación titulada *“Juventud, teoría e historia: la formación de un sujeto social y de un objeto de análisis”*, cuando afirma que, en la adolescencia, como en todo grupo de edad, “su desarrollo, forma, contenido y duración son construcciones sociales y, por lo tanto, históricas, porque dependen del orden económico, social, cultural y político de cada sociedad.” (Souto Kustrín, 2007, p. 181)

Lo sociocultural, en este sentido, influye determinando las manifestaciones específicas de la adolescencia, pero existe un basamento psico-biológico que le da características universales. En efecto, siempre ha habido púberes, pero no siempre existió la adolescencia -discurso sociológico- tal y como la conocemos en la actualidad.

La Psicoanalista Argentina Susana Brignoni, por su parte, señala que “el concepto de adolescencia no está presente como actualmente lo conocemos en todas las sociedades y culturas [...] es un concepto que no existe fuera del discurso social y del contexto de la época” (Brignoni, 2012, p. 24).

Desde la perspectiva psicoanalítica hablamos de “pubertad” -lo cual implica cambios en el cuerpo y el acceso a la capacidad reproductora- y de una consecuente necesidad de invención. Invención que surge, continuando con el planteo de Susana Brignoni (2012), a partir del trabajo

subjetivo que debe realizar el púber para responder a una serie de duelos: por el cuerpo infantil, por la infancia en sí misma y sus identificaciones y por el vínculo con los padres.

Brignoni (2012), habla de “invención” cuando trabaja el concepto de adolescencias, en tanto la verdadera problemática que surge para el sujeto, es que no hay un saber predeterminado para resolver las cuestiones que lo aquejan a partir de este real que irrumpe: la pubertad.

Según Freud, en la pubertad se produce una metamorfosis, teniendo en cuenta su controvertido escrito acerca de “*Tres ensayos de teoría sexual*” (1905). El título en alemán que Freud le da a las “*Metamorfosis de la pubertad*” contiene la palabra *Umgestaltung* (en alemán, *gestaltung*: forma) e incluye la idea de forma y morfos, nueva forma de organización sobre la vida sexual infantil; que repercute tanto en lo psíquico -a partir de un aumento de la tensión que vira cada vez más hacia el displacer-, como en lo somático -a través de una serie de cambios a nivel del cuerpo (caracteres sexuales secundarios) que fisuran irreversiblemente la imagen del cuerpo infantil-.

En este sentido, para abordar los cambios que tienen lugar en la pubertad, necesariamente debemos remitirnos a aquello que acontece en la infancia, ya que mucho de lo que se termina de configurar en la pubertad son resignificaciones y una puesta a prueba de este primer tiempo. Primer tiempo de una sexualidad que Freud sostiene que se configura en dos tiempos, separados por un periodo de latencia.

En la obra mencionada, Freud ubica a la pubertad como un momento que sucede al periodo de latencia y mencionará que, a partir de esta, se introducen cambios en el sujeto con respecto a la vida sexual infantil, configurando así una nueva y definitiva meta sexual. Cuando hablamos de sexualidad infantil, nos referimos a aquella etapa caracterizada por la presencia de pulsiones parciales, zonas erógenas y el autoerotismo; mientras que, con la aparición de una nueva meta sexual, se dará inicio al segundo tiempo, donde la zona genital ocupará un lugar preponderante en relación a las zonas erógenas.

Asimismo, al abordar la cuestión de la adolescencia, Freud utiliza el término alemán *Jugendlich* para hablar de todo lo referente a la juventud, como aquello comprendido entre la infancia y la adultez. Aliani y Bertín (2010), sostienen que dicho término:

[...] expresa en su amplitud una armoniosa convivencia entre los cambios biológicos, fundamentalmente aquellos referidos a la actitud adquirida por el organismo para su reproducción, y los acontecimientos sociales que comprometen a los jóvenes; el más destacado: la elección de un objeto amoroso no incestuoso (Aliani y Bertín, 2010, p. 2).

La instancia ordenadora y reguladora de todo este pasaje es el drama edípico, el cual inscribe el primer esbozo del fantasma que se rectificará retroactivamente durante la pubertad.

Martínez Zea y Zambrano Chiang (2013) haciendo referencia a la importancia del drama edípico en la construcción del fantasma en la pubertad, retoman las palabras del psicoanalista Patricio Álvarez (2003) en su artículo “*Fantasma y sexuación en la pubertad*” para explicar esto a partir de los postulados lacanianos:

El objeto a como tal está en el campo del autoerotismo, de lo preedípico. Es el amarramiento fálico del objeto a lo que introduce al sujeto a la circulación edípica, es decir, la significación fálica: sólo si el objeto a se articula con la significación fálica estamos en el campo de lo edípico. Lacan explica esta articulación en el Seminario 11: las vías de lo que hay que hacer como hombre o como mujer pertenecen enteramente al drama, a la trama, que se sitúa en el campo del Otro- el Edipo es propiamente eso. [...] Lo que debe hacer como hombre o como mujer, el ser humano lo tiene que aprender del Otro [...] hay un campo último, el de la realización sexual, cuyos caminos, a fin de cuentas, el inocente desconoce. La pulsión, la pulsión parcial [es] lo que allí lo orienta.

El fantasma, entonces, es la relación con un objeto asexualizado bajo la forma de la significación fálica, y de esto dan cuenta las teorías sexuales infantiles, que denotan cómo se articula ese objeto a con la significación fálica. Lacan construye un matema para dar cuenta de esta articulación:

$$\frac{a}{-a}$$

La perspectiva del fantasma, entonces, permite pensar qué es lo viejo de la pubertad, es decir, qué de la infancia se reactualiza en la pubertad. Para eso debemos intentar explicar aquello que Eric Laurent llama verificación del fantasma: el amarramiento del objeto a con la significación fálica que se produjo en la infancia, se verifica en la segunda oleada pulsional de la pubertad al ponerse en función por el encuentro con el Otro sexo. (Álvarez, 2003, p. 40; En: Martínez Zea & Zambrano Chiang, 2013, pp. 6-7).

Lacan (1974) también hace un abordaje de la juventud, en su prefacio, para presentar una obra que representa las tempestades propias que se viven durante esta etapa, la cual lleva por título: “El despertar de la primavera”, del dramaturgo Frank Wedekind.

En dicho prefacio, Lacan se vale del significante “despertar” para hablar sobre los procesos que acontecen en la adolescencia.

Es precisamente un despertar a dos situaciones que se manifestaran en esta etapa, despertar en primer lugar a la segunda oleada pulsional propia de la pubertad y despertar en un segundo momento a lo real, es decir, a lo imposible de la relación sexual. (Martínez Zea & Zambrano Chiang, 2013, p. 7).

Dicho esto, la adolescencia nos remite al modo particular en que cada sujeto se inventa para hacerle frente a la falta de respuesta que hay en el Otro en torno a lo imposible de la relación sexual.

Alexandre Stevens (1999) en su artículo “*La adolescencia, síntoma de la pubertad*”, nos aporta en la comprensión de esta solución sintomática de la adolescencia, como el arreglo que cada

sujeto debe encontrar ante la irrupción del real de la pubertad o, dicho de otro modo, como respuesta a la no-relación sexual que devela la pubertad.

Explicita esta idea haciendo alusión a dos hechos que acontecen en este momento. Por un lado, en el cuerpo del niño se producen transformaciones, que desmorona el cuerpo infantil que habitaba hasta ese entonces y se enfrenta a la tarea de tener que reconstruirlo, repercutiendo todo esto en su psiquismo. Y, al mismo tiempo, en este momento el Otro deja de ser soporte de garantía, sus palabras ya no le alcanzan “el sujeto instalará en esa ausencia de saber sobre la relación sexual en la pubertad las diferentes manifestaciones sintomáticas que hay en la adolescencia.” (Martínez Zea & Zambrano Chiang, 2013, p. 7)

La pubertad inaugura un tiempo de búsqueda e investigación, afirma Brignoni (2010), y los púberes tienen que hacer un trabajo subjetivo muy importante para poder encontrar respuestas a eso que los invade del cuerpo y, para lo cual, los elementos con los que contaban para organizar sus vidas en la infancia, ya no le alcanzan; como tampoco les sirven las respuestas que uno como adulto les puede llegar a ofrecer.

Dolto (1985) dice al respecto:

Las palabras de antes no les sirven de nada; [...] porque son palabras de niños. Todo cambia, y hasta el sentido de los sentimientos ya no es el mismo. Hay un pudor que parece especial en el adolescente, pero no es pudor, es que todo está erotizado. Él no sabe hablar sin que todo se ponga de golpe en un mismo plano. (Dolto, 1985, p. 131).

En otras palabras, podemos decir que en la pubertad se inaugura un proceso en donde el sujeto se encuentra con que no le alcanzan los semblantes e identificaciones, que construyó en la infancia, para responder al empuje de un nuevo despertar sexual. Por lo tanto, el trabajo psíquico en la pubertad consiste en la posibilidad singular de tramitar este nuevo real que empuja.

En este sentido, Brignoni afirma que hablar de invención es lo que nos lleva a pluralizar las adolescencias. Esta psicoanalista afirma que prefiere hablar de adolescencias en plural, ya que “[...] si bien la pubertad es un hecho generalizable, las adolescencias son las respuestas particulares [sintomáticas], uno por uno, que cada sujeto inventa frente a ese indecible de la pubertad” (Brignoni, 2012, p. 40).

La pubertad, en este sentido, se presenta como encuentro con lo real, mientras que la adolescencia emerge como una posible salida. Al exceso de la pubertad, el joven deberá encontrar en un Otro aquello que habilite su respuesta singular por la vía de la adolescencia.

Zelmanovich (2003), por su parte, nos propone que pensemos a los adolescentes como “*personajes de un drama subjetivo*”, para pararnos de un modo diferente frente a ellos y no caer bajo la sombra de ciertas categorías que, al nombrarlos, sugieren que se trata de sujetos cuyo destino ya está jugado, es decir, “son” aquello que los nombra. Mientras que la palabra *drama* da cuenta de vicisitudes por las que está atravesando un sujeto que está en vías de constitución.

Leer allí un personaje es aceptar que hay un sujeto que está constituyéndose, que está “ensayando” cómo procurarse un lugar desde donde pararse para afrontar el mundo de los adultos; personaje que, no debe hacernos olvidar que siempre tiene un creador, que es la sociedad de los adultos.

4.1.2. Entre la adolescencia y la juventud

La adultización temprana, la juvenilización o adolescentización de los adultos, la maternidad y paternidad adolescente, los jóvenes no juveniles y el reemplazo de la categoría de moratoria social por la de moratoria vital (Margulis y Urresti, 1996), “dan cuenta de una complejidad que no se deja atrapar por precisiones o atributos posibles de definir según rangos etarios.” (Kantor, 2008, p. 18)

Ahora bien, algo importante que merece la pena ser resaltado es que hablar de adolescentes o jóvenes, implica reconocer que estos términos

[...] no designan sujetos, procesos y realidades equivalentes o intercambiables. Ellos/as no son lo mismo en la vida cotidiana en la cual dirimen su presente y su futuro, aunque cada vez con mayor frecuencia aparezcan igualados o confundidos en el discurso y en los textos que analizan su condición y sus avatares. (Kantor, 2008, p. 18).

No podemos anular, desestimar o reprimir el significante ‘adolescencia’ de nuestro discurso y de nuestras prácticas, en tanto nos permite pensar en determinados sujetos, que se encuentran atravesando procesos sumamente importantes para la constitución subjetiva.

Y si los modos de nombrar tienen efectos sobre las prácticas (Diker, 2003), nombrando de manera casi excluyente joven a lo que es posible y necesario identificar –aún hoy– como adolescente, se vería sensiblemente afectada una posición adulta sustentada en el reconocimiento del trabajo psíquico que conlleva y define la adolescencia y de la significación que adquieren en ella las referencias identificatorias. (Kantor, 2008, p. 22).

Los/as adolescentes, en esencia, necesitan límites, aunque sea para romperlos, y espacios de confrontación para construir su identidad, lo cual solo puede ser sostenido por una posición adulta que ofrece acompañamiento mientras soporta esa confrontación.

Desde una perspectiva social, podemos introducir el concepto de moratoria psicosocial, para pensar este tiempo de exploración, de ensayo y construcción de la subjetividad.

Este concepto, planteado por Erik Erikson (1968) en su libro *“Identidad, Juventud y Crisis”*, nos remite a “un tiempo que el adolescente necesita para ‘hacer las paces’ con su cuerpo, para terminar de conformarse y sentirse conforme con él” (Rascovan, 2000, p. 30).

La moratoria psicosocial representa un tiempo de transición y de espera concedido por el mundo de los adultos a los adolescentes, garantizándoles precisamente ese estado adolescente.

En este sentido, algo que diferencia a los adolescentes de los jóvenes es que los primeros acceden a una “moratoria”, entendida como un excedente temporal, un plus de tiempo, que es otorgado por los adultos, “[...] un tiempo libre socialmente legitimado, un estadio de la vida en que se postergan las demandas, un estado de gracia durante el cual la sociedad no exige.” (Margulis y Urresti, 1996, p. 4).

Sin embargo, continúa siendo un concepto que debemos problematizar y sobre el cual nos vemos convocados a reflexionar, porque como afirman Margulis y Urresti (1996), en el contexto socioeconómico que vivimos, esta noción puede ser entendida como

“[...] un privilegio para [...] aquellos que pertenecen a sectores sociales relativamente acomodados, que pueden dedicar un período de tiempo al estudio -cada vez más prolongado- postergando exigencias vinculadas con un ingreso pleno a la madurez social: formar un hogar, trabajar, tener hijos.” (p. 2).

“Juventud”, por su parte, tal como sostienen los autores antes mencionados, es un significativo complejo. Continuando con la ya mencionada “pluralidad”, afirman que:

Hay distintas maneras de ser joven en el marco de la intensa heterogeneidad que se observa en el plano económico, social y cultural. No existe una única juventud [...] las juventudes son múltiples. Variando en relación a características de clase, el lugar donde viven y la generación a que pertenecen y, además, la diversidad, el pluralismo, el estallido cultural de los últimos años se manifiestan privilegiadamente entre los jóvenes que ofrecen un panorama sumamente variado y móvil que abarca sus comportamientos, referencias identitarias, lenguajes y formas de sociabilidad. (Margulis y Urresti, 1996, p. 1)

En este sentido, estamos en condiciones de afirmar que la categoría juventudes tiene más que ver con ciertas características propias de esta población y muy poco con la edad. Es aquel lapso que media, al decir de Margulis y Urresti (1996), entre la madurez física y la madurez social,

“[...] esta etapa transcurría entre el final de los cambios corporales que acaecen en la adolescencia y la plena integración a la vida social que ocurre cuando la persona forma un hogar, se casa, trabaja, tiene hijos.” (Margulis y Urresti, 1996, p. 2)

Lapso que, sin dudas, varía entre los diferentes sectores sociales.

4.2. Las urgencias subjetivas en tiempos de constitución

Definida la pubertad, como momento de encuentro con un real que exigirá del sujeto un nuevo arreglo con el goce que irrumpe; pasamos a la noción de urgencia subjetiva, como ruptura de la trama de sentido en la que el sujeto se sostenía hasta ese momento.

“Urgencia” deriva del latín *urgentia*, “que significa necesidad de ejecución rápida; celeridad.” (Derito, 2015, p. 1221). Delgado (2005) sostiene que el término “urgencia”, tiene su

origen en el código médico y “refiere tanto a un dispositivo asistencial -la urgencia- como un modo de lo que vamos a llamar ‘la llegada de los pacientes’, un modo en que llegan ciertos pacientes a la consulta” (Delgado, 2005, p. 76). Parafraseando al autor mencionado, la urgencia pone en relación dos elementos: el padecimiento sin velo, por un lado; y la dimensión del tiempo y de la prisa, por el otro. Y agrega que esta noción se presenta descriptivamente como desborde, verborragia, desesperación o mutismo inmovible; al mismo tiempo, puede tener el carácter de una impulsión con todos los riesgos que implica, tanto para sí mismo como para otros.

Desde el Psicoanálisis, la urgencia es pensada siempre como subjetiva, en tanto “opera a partir de poder situar un sujeto” (Rojas, 2005, p. 134; En: Sotelo, 2005); o, para ser más precisos, “urgencias subjetivas”, poniendo énfasis en el plural, ya que habrá tantas urgencias como sujetos urgidos por ellas.

La clínica de la urgencia, al decir de Sette (2005), no es la clínica de la urgencia médica, sino una manera de ofrecer el psicoanálisis en el marco de las instituciones.

Parte del presupuesto de que, aún en momentos críticos en la vida de una persona, donde el sujeto se ve desbordado en su cuerpo y en su pensamiento, la dimensión del sujeto tal como la concibe el psicoanálisis no puede ser olvidada. Por ende, las urgencias solo pueden concebirse en tanto subjetivas. (Sette, 2005, p. 227; En: Sotelo, 2005).

La urgencia, pensada desde la perspectiva psicoanalítica, nos remite a un momento de irrupción y encuentro con lo inesperado que conmociona al sujeto.

Lo que emerge es algo insoportable, una energía que desborda el aparato al decir de S. Freud, un goce irrefrenable para J. Lacan. Un momento en que el actuar (Agieren) aparece en lugar de la palabra. (Nisenbaum, pp. 214-215; En: Sotelo, 2005).

Si bien Freud alude al término urgencia para referirse al modo de presentación de los pacientes en algunos historiales, cabe destacar que “jamás ‘la urgencia’ tuvo un estatuto conceptual en la obra freudiana ni fue elevado a la categoría de problemática clínica específica” (Delgado, 2005, p. 76).

Sin embargo, es posible sostener que tanto Freud como Lacan fueron pioneros en aportar los elementos a partir de los cuales se piensan las urgencias subjetivas en psicoanálisis, fundamentalmente en torno a sus conceptualizaciones de lo traumático y la angustia.

De hecho, con respecto a esto último, Gorostiza (2007) nos transmite que fue Jacques-Lacan quien, a lo largo de su enseñanza, ha señalado la relación intrínseca que existe entre el psicoanálisis y la urgencia, poniendo en evidencia que esta última es consustancial a la práctica misma del psicoanálisis y señalándonos algunos pasajes donde el Psicoanalista Francés da cuenta de esta relación:

Desde su temprano “Informe de Roma”, en 1953, al señalar: “Nada creado que no aparezca en la urgencia, nada en la urgencia que no engendre su rebasamiento en la palabra.” (Lacan, 1988, p. 231).

Pasando por su breve escrito de 1966 titulado “Del sujeto por fin cuestionado” donde afirma: “Por lo menos ahora podemos contentarnos con que mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalista para responder a ciertas urgencias subjetivas.” (Lacan, 1998, p. 226).

Hasta llegar a la conclusión de su “Prefacio a la edición inglesa del Seminario 11” donde menciona, como al pasar: “[...] como siempre, mientras escribía esto, los casos de urgencia me estorbaban.” (Lacan, 1988, p. 62).

Así vemos como “una y otra vez, Lacan reitera el lazo indisoluble que existe entre la urgencia subjetiva y el psicoanálisis” (Gorostiza, p. 17; en: Sotelo, 2007), precisamente porque, al decir de Gorostiza, la práctica analítica de orientación lacaniana

Se funda en aquello que al *hablanteser* se le hace presente como lo imposible de simbolizar, aquello que sobrepasa lo que su palabra puede nombrar, es decir, se funda en aquello que Lacan llamó: el traumatismo *-troumatisme-* del agujero de lo real, es decir, el traumatismo del ‘no hay relación (proporción) sexual’, inherente a todo ser hablante. (Gorostiza, p. 17; en: Sotelo, 2007).

Delgado (2005) define a las urgencias subjetivas como un conjunto heterogéneo de presentaciones clínicas que reúne, a grandes rasgos, dos elementos “[...] el padecimiento sin velo, sin trama y [...] la cuestión del tiempo, la dimensión del tiempo y de la prisa” (p. 79). En efecto, si nos remitimos al significado etimológico de la palabra urgencia, nos encontramos con que deviene del latín *urgere* (urgir), que significa “apretar”, “apurar”, “dar prisa”.

Al respecto de la presentación sintomática que caracteriza a una urgencia subjetiva, Inés Sotelo sostiene que, en general, las mismas se presentan como:

[...] dolor, sufrimiento insoportable, señal de lo que no anda. Habitualmente se presenta como una ruptura aguda; Freud lo llamaba quiebre de la homeostasis con la que la vida transcurría; algo ha roto el equilibrio en que se sostenía la vida [...] (Sotelo, 2004, p. 98).

Esta ruptura es la que conduce al sujeto desde la inhibición a la impulsividad, desde el mutismo absoluto a los actos desesperados, con un importante monto de angustia y que lo puede llevar a poner en riesgo su vida o la de terceros.

Las urgencias subjetivas, en este sentido, rompen el equilibrio con el que un sujeto sostenía las relaciones con los otros, con el trabajo o la escuela, con los lazos amorosos y familiares, como así también con los pensamientos, con su capacidad para resolver situaciones y hasta con el propio cuerpo. “Una urgencia pone en crisis toda la relación del sujeto con el adentro y con el afuera”, y agrega, ese desborde que “sacude y desacomoda al sujeto y a su relación con los otros, también produce un pasaje de la intimidad de su sufrimiento privado a algo que se hace público” (Sotelo, 2007, p. 27).

Silvia Sassaroli (2005) propone entender a la urgencia subjetiva y a sus manifestaciones como “[...] la respuesta que el sujeto se ha dado frente a lo que ya no pudo soportar, porque cuando

no hay lugar para que alguna pregunta se esboce la respuesta se anticipa. Recién allí es registrada y sancionada como urgencia [...]” (Sotelo, 2005, p. 185).

Ahora bien, Sotelo (2007) también sostiene que “la clínica de la urgencia, tiene su particularidad en la clínica con niños y adolescentes” (p. 169). En la consulta adolescente es frecuente que este sea traído por sus padres y/o derivado de otras instituciones, donde el punto de urgencia no siempre coincide con el del adolescente.

Si, por lo dicho anteriormente, entendemos a la urgencia como la demanda de una respuesta inmediata, podemos ubicar que existen tantas urgencias como factores desencadenantes de la consulta: la familia, la escuela, el consultante, entre otros. Ahora bien, el punto de urgencia subjetiva que se ofrece en la consulta, no obedece a un tiempo cronológico ligado a una demanda de respuesta inmediata; sino, más bien, en palabras de Inés Sotelo (2009), se encuentra ligada a un tiempo lógico que se presenta como una “ruptura aguda, quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía, quiebre de los lazos con los otros [...], grito sin articulación significativa” (p. 26).

En este punto, cabe destacar que la verdadera urgencia subjetiva, más allá de lo que pueda enunciar el adulto que lo trae, es propia de cada adolescente que ingresa a la consulta. Diferenciar estas dos vertientes de la urgencia, permitirá ofrecer un tratamiento psicoanalítico posible, que se diferenciará de otras corrientes por su método de abordaje. La urgencia subjetiva que se atenderá será el quiebre homeostático que el adolescente en cuestión pueda identificar como tal; quiebre que muchas veces se manifiesta como agresividad, consumos problemáticos o conductas autolesivas.

4.3. Acerca de las intervenciones en la clínica psicoanalítica. Una práctica sin estándares, pero no sin principios

Etimológicamente, la palabra intervenir proviene del latín *intervenire* (*inter*: entre; *venire*: venir), y significa “venir a ponerse entre dos o más cosas”.

En el ámbito de la salud mental no existe una única manera de intervenir. Los modos de intervención no son universales, sino que, por el contrario, están sujetos a las condiciones particulares de la institución donde se lleva a cabo la práctica clínica, como así también a lo incalculable de la subjetividad en cada caso.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, siguiendo los postulados de Jacques Alain Miller (2015) se puede ubicar que la vertiente técnica, el famoso ¿Qué hacer? ¿Cómo intervenir?, está íntimamente enlazada a una ética: la ética del psicoanálisis.

En la experiencia psicoanalítica no hay estándares ni patrones, ni mucho menos una mecanización o ritualización de la técnica, pero sí hay ciertos principios que orientan la práctica y condiciones que la hacen posible. Y, con relación a esto, es imprescindible no perder de vista lo que sostiene Miller en relación a que “no hay ningún punto técnico en el análisis que no se vincule con la

cuestión ética” (Miller, 2015, p. 13). Desde un posicionamiento psicoanalítico, las cuestiones técnicas son siempre cuestiones éticas, porque nos dirigimos al sujeto y la categoría de sujeto solo puede ser ubicada en la dimensión ética.

Sotelo (2004), por su parte, afirma que “no hay clínica sin ética” (p. 99). Esta ética en psicoanálisis aparece en tanto, no se responde en función de un saber *a priori*, que vale para todos por igual; por el contrario, el analista pone en juego una “ignorancia” que le permite intervenir en cada caso como un nuevo caso, totalmente inédito y distinto a los anteriores, en donde la mejor posición que puede tener es la de la *docta ignorancia*.

La intervención del analista, dirá Sotelo (2015), “[...] en consonancia con la lógica del discurso del sujeto, apunta a alojar su sufrimiento, más allá de la urgencia por resolver” (p. 162). Lo más importante, por lo tanto, será apostar por intervenciones que permitan alojar el desamparo del sujeto, velar aquello que ha quedado atrozmente develado.

Asimismo, con respecto de las intervenciones en la clínica de la urgencia con púberes, Inés Sotelo (2007) retoma lo que dice Alejandra Paloto al respecto de que

la resolución de la urgencia no depende tanto de lo que se hace, como de lo que va aconteciendo, en el intento de construir un saber sobre las coordenadas que precipitaron la consulta. A diferencia del saber de la ciencia, conocido de antemano, este saber se construye (p. 170).

Leonardo Gorostiza (2007), por su parte, en el prólogo al libro de Inés Sotelo, titulado “Clínica de la Urgencia”, sostiene que la intervención en las urgencias subjetivas es una práctica que potencia la exigencia de escuchar el detalle, el relieve singular en el discurso de quien consulta; y, en la medida en que no se plantea responder desde un protocolo preestablecido, fuerza al practicante a ejercitarse en la disciplina de “olvidar lo que sabe” de antemano. Se trata de una práctica que necesariamente debe ser inventiva; hay que inventar cada vez porque se nos “queman los papeles”, sostiene Gorostiza.

Por su parte, debido a que, en nuestro país, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2010, otorga el marco general de las intervenciones en los efectores de Salud Mental, y más allá de que este trabajo de investigación se haya orientado a indagar acerca de las intervenciones que despliegan los/as Psicólogos/as, nos parece importante hacer mención a que este marco normativo nos invita al trabajo interdisciplinario en el campo de Salud Mental. Esto significa que se promueve que los abordajes sean ejecutados desde un enfoque integral, que tenga en cuenta la participación de diferentes disciplinas, desde una perspectiva colaborativa. En este sentido, la ley nos da una herramienta imprescindible para recibir y alojar las urgencias. En el artículo 8° menciona al respecto de las modalidades de abordaje:

“Debe promoverse que la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología,

psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.” (26.657/2010, Art. 8°)

Según Alicia Stolkiner (1987) la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan en la actualidad, ante la dificultad de “encasillarlos”. “Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadidas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos.” (Elichiry, 1987, p. 315)

Stolkiner (1987) sostiene que la interdisciplina incluye intercambios disciplinarios, esto es, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad que establecen entre las mismas; sin embargo, requiere de ciertos prerequisites para que pueda ser considerada tal: Trabajo en Equipo -formación de actitudes cooperativas en el equipo-; Intencionalidad -que la relación entre las disciplinas sea provocada-; Flexibilidad -búsqueda de modelos, métodos de trabajo-; Cooperación recurrente -continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr cohesión en el equipo- y Reciprocidad -interacción entre las disciplinas-.

Dada la complejidad de las problemáticas, las urgencias en salud mental tienen que ser abordadas interdisciplinariamente. Ahora bien, trabajar interdisciplinariamente no supone superposición de muchos profesionales, sino justamente ubicar la necesidad de tal o cual profesional con quienes intercambiar y nutrirse mutuamente.

Es posible pensar esto último, a partir del desarrollo que realiza Nora Elichiry (1987) en *“El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio”*, cuando afirma que la interdisciplina consiste en un enriquecimiento mutuo que permite una transformación que se logra gracias a algunos elementos como trabajo en equipo -sostenido y constante-, reciprocidad y una “cooperación recurrente”, en tanto una “cooperación ocasional” no es interdisciplina.

La interdisciplina es una práctica “entre” varios. En ese “entre”, en el límite del discurso de una práctica, en el *no-saber*, es que nos dirigimos a la otra disciplina. En el “entre” está la riqueza de la interdisciplina, en el *no-saber* de cada uno. Hay que pensar en cada caso lo necesario, muchas veces más no es lo mejor (revictimización, victimización secundaria).

En el caso de las intervenciones en la adolescencia, especificidad que nos convoca en este trabajo de investigación, Dolto (1985) sostiene que gran parte del trabajo de un psicoanalista en el tratamiento con adolescentes consiste en estar disponible y ser paciente y sostiene al respecto:

La adolescencia no es, en absoluto, la época que necesita de palabras para expresarla. Hay que soportar el hecho de no tener palabras para decir todo lo que pasa y que es una mutación, que se hará más fácilmente si hay una persona que acepta ser testigo de ese desconcierto del lenguaje; en el momento en que se viven tantas cosas que no pueden ser puestas en los vocablos y en el lenguaje que se tuvieron durante todo el tiempo en la infancia. (Dolto, 1985, p. 132)

4.4. De qué hablamos cuando hablamos de efectos terapéuticos en psicoanálisis

Continuando con lo planteado anteriormente, la invención será una práctica inherente a la intervención en urgencia. Precisamente, las intervenciones suelen ser consideradas como un trabajo artesanal, porque se debe volver a inventar cada vez. En función de esto, “los efectos terapéuticos no pueden fijarse como metas anticipadas a cumplir, sino que son el resultado de este trabajo y, en este sentido, los efectos no son estandarizables, así como tampoco lo es la respuesta singular del sujeto” (Iuale y Bachmann, 2009, p. 106).

La noción de terapéutico suele ser puesta en relación con la lógica médica, por su alusión al alivio del malestar causado por alguna afección (física u orgánica). Para la medicina moderna, tal como sostiene Eidelsztein (2008) “lo terapéutico se confunde con lo estrictamente curativo, en el sentido de recuperar la salud perdida” (p. 48). Sin embargo, el psicoanalista mencionado sostiene, si estudiamos su origen, se puede establecer otra dimensión de lo terapéutico, que nos remite al significante “*Terapon*” que, en la antigüedad, designaba al compañero del guerrero, que conducía su carro y le ayudaba a colocarse la armadura; cuyo significado también era esclavo. Parafraseando a Eidelsztein, nos encontramos con que, posteriormente, pasó a significar el que acompañaba y brindaba cuidados a alguien importante; para, finalmente, hacer referencia al que ofrecía cuidados a alguien enfermo. Teniendo en cuenta esto último, Eidelsztein plantea que

“lo terapéutico” era más bien la posición de alguien dispuesto a acompañar, ayudar y brindar cuidados a la persona importante o enferma. [Mientras que] “Terapéuticos” significaba el que amaba rendir servicios, y en sentido médico al sujeto apto para cuidar a personas que padecen. (Eidelsztein, 2008, p. 48).

En este sentido, el trabajo que se realiza en un tratamiento psicoanalítico, en un tratamiento a través de la palabra, es terapéutico en tanto el analista acompaña al sujeto a elaborar aquello que le produce malestar. Elaborar no es suprimir, ni tampoco retornar a un estado anterior. Aquí se ubica parte de la divisoria de aguas con el tratamiento al que refiere el discurso médico. Tal como sostiene Lombardi (2010):

Para Freud, el análisis es una terapia, que no se conforma con las mejorías sintomáticas. Esta dimensión terapéutica del psicoanálisis no implica un retorno a un estado anterior, ni forjar al sujeto a coincidir con los ideales universales de salud, ni adaptación a la realidad. (p. 14)

Ahora bien, cabe destacar que, ni Freud ni Lacan hablan concretamente de efectos terapéuticos, pero sí hacen numerosas referencias a las relaciones que existen entre el psicoanálisis y la terapéutica; sean estas de oposición, disyunción o conjunción.

Iuale y Bachmann (2009), por su parte, a partir de preguntarse cuál es la especificidad que cobra lo terapéutico en psicoanálisis para Freud y Lacan, plantean que esto último adquiere su especificidad distinguiéndose de la terapéutica médica; por lo tanto, los efectos terapéuticos en

psicoanálisis no pueden ser delimitados a partir de ningún ideal de “adaptación” o restablecimiento de un estado anterior, lo cual nos haría caer en un reduccionismo que sólo considera la concepción empírica de la realidad.

Las autoras antes mencionadas, sostienen que los efectos del psicoanálisis son terapéuticos, en tanto conllevan un alivio del padecimiento, como consecuencia de un trabajo que depende del interjuego entre la singularidad del caso y la posición del analista, que, al mismo tiempo, es inseparable de la concepción que se tiene de la cura.

Ahora bien, en psicoanálisis, los efectos terapéuticos no son fines que puedan ser establecidos con anterioridad a cada análisis, ni productos de la sugestión o de algún tipo de traspaso de conocimientos por parte del analista hacia el paciente. Por el contrario, son consecuencia de un trabajo que espera, aloja y acompaña al sujeto en su análisis, creando las condiciones para que *algo* se produzca y desencadene la emergencia del sujeto en su singularidad.

Es la singularidad del caso por caso, la que se encarga de ordenar retroactivamente la cura y es allí donde se puede ubicar lo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica.

Silvia Baudini (2005), por su parte, en un artículo titulado “*La urgencia y el tiempo*” publicado en el libro compilado por Inés Sotelo bajo el nombre “Tiempos de Urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista” sostiene que “[...] si hay un lugar donde se verifica que hay efectos terapéuticos en psicoanálisis es en el tratamiento de la urgencia subjetiva” (Sotelo, 2005, p. 30) en tanto “[...] la sola entrada en el discurso analítico produce un efecto terapéutico” (Sotelo, 2005, p. 30); poniendo como ejemplos de efectos terapéuticos inmediatos de la entrada en el discurso analítico, al apaciguamiento de los estados de pánico, las sedaciones de angustia o la postergación de pasajes al acto.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

Partiendo del relato de seis Licenciados/as en Psicología que llevan a cabo su ejercicio profesional en el “Centro de Salud Mental de las Juventudes”, se realizó el análisis correspondiente, teniendo como referencia los objetivos que orientaron la investigación y los supuestos planteados en uno de los apartados precedentes; como así también, a la luz del marco teórico delimitado.

De este modo, luego de contextualizar la investigación, nos adentraremos en los siguientes aspectos: a) las urgencias subjetivas en los/as adolescentes (haciendo hincapié en la especificidad de esta modalidad del padecimiento en este particular momento de la constitución subjetiva, el lugar de la dimensión temporal, las presentaciones más frecuentes en la adolescencia y las urgencias sociales como un desafío indisoluble de la salud mental); b) las intervenciones posibles (centradas, por un lado, en: el tiempo, la escucha y la apuesta; y, por otro lado, teniendo en cuenta los desafíos ligados a la clínica y a lo institucional); y, por último, c) los efectos terapéuticos (tanto los que se desprenden de las intervenciones mismas, como así también aquellos que se desencadenan con la posterior participación de los/as adolescentes y jóvenes en los espacios grupales que ofrece la institución).

5.1. Contextualización de la investigación

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo durante los años 2022-2023 en el Centro de Salud Mental de las Juventudes, una institución pública de salud mental, que forma parte del Complejo Integral de Salud Comunitaria, ubicado en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos.

Dicho espacio, inaugurado en noviembre de 2021, comprende dos efectores sanitarios del Primer Nivel de Atención: el Centro de Salud Jorge Newbery y, el ya mencionado anteriormente, Centro de Salud Mental de las Juventudes; como así también, el Equipo intersectorial de Niñez y Familias.

El Centro de Salud Mental de las Juventudes depende de la Dirección General de Salud Mental (Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos) y está destinado a la población joven y adolescente de entre 14 y 24 años de edad.

El establecimiento comprende un edificio integrado por diferentes módulos y sectores. Estos espacios tienen el objetivo de jerarquizar, organizar y complejizar las intervenciones en el Primer Nivel de Atención, orientados a la realización de acciones de protección y promoción de la salud, prevención y asistencia.

En este sentido, el Complejo Integral de Salud Comunitaria está planteado desde una perspectiva superadora al abordaje clínico individual para trabajar en términos de Redes Integradas de Salud con base en la Comunidad. Entre las propuestas que ofrece la institución podemos mencionar los espacios terapéuticos individuales y los talleres grupales (como el taller de teatro, de

música, de ajedrez, de muralismo o el taller de dibujo, cerámica y juegos, por mencionar solo algunos), con una orientación muy marcada hacia la prevención, promoción y tratamiento integral de la salud de los jóvenes y adolescentes. También se organizan actividades para propiciar el encuentro entre los jóvenes que transitan por el Centro, donde pueden plantear sus inquietudes y preocupaciones personales, además de compartir sus intereses, propuestas y proyectos en un espacio donde son escuchados.

Cabe destacar que esta institución fusionó dos equipos de profesionales que se desempeñaban en otros efectores de salud mental: por un lado, el equipo que formaba parte de lo que conocíamos como Casa del Joven, al cual se le propuso una mudanza a todo el plantel de profesionales; y, por otro lado, el equipo de niñez y adolescencia que funcionaba en el Centro de Atención Primaria en Salud Mental Mercedes De Giusto, a quienes se les planteó la posibilidad de desarrollar su labor en el Centro.

Actualmente, forman parte de la Dirección una Psicóloga, Emilia Oroño, y un Acompañante Terapéutico, Fabricio Cabrera; adicionalmente, una Comunicadora Social desarrolla con ellos tareas a fin. Por su parte, el equipo que se encarga de recepcionar la demanda está compuesto por profesionales de distintas disciplinas (psicólogos/as, psiquiatras, trabajadoras sociales, acompañantes terapéuticos, terapeuta ocupacional y otros profesionales becados por SEDRONAR), talleristas, personal administrativo y de servicio.

El Centro de Salud Mental de las Juventudes se encuentra abierto de lunes a viernes, de 07:00 a 18:00 hs. Para acercarse a las propuestas que brinda el Centro, ya sea por parte de la población a la que está destinada y/o un tercero interesado en que jóvenes y/o adolescentes asistan, se pueden poner en contacto a través de diversos canales de comunicación. En primera instancia, se pueden pedir turnos con anticipación, asistiendo de forma personal en ciertos días y horarios que la institución habilita para dicho fin. Allí un profesional del equipo interdisciplinario conversa con la persona que se haya acercado a la institución acerca de sus inquietudes y le ofrece el turno más apropiado, teniendo en cuenta la disponibilidad con la que se cuente en dicho momento y las condiciones particulares del caso.

Así mismo, también se atiende la demanda espontánea. Para tal fin, el Centro cuenta con un equipo de recepción de demanda, que es sostenido por un pequeño equipo interdisciplinario (Psiquiatra, Psicólogo/a y Trabajador/a Social); quienes evalúan el caso y el tipo de derivación, en caso de que fuera necesario, para asegurar una atención de calidad. Dichas derivaciones pueden estar referidas a un espacio terapéutico individual y/o una invitación a formar parte de los talleres del Centro de Día Comunitario que ofrece la institución.

5.2. URGENCIAS SUBJETIVAS EN LA ADOLESCENCIA

Uno de los supuestos de los que partimos es que diferentes concepciones y posicionamientos teóricos llevan a distintas intervenciones, las cuales no son sin consecuencias en la vida de estos sujetos que consultan desbordados por un malestar insoportable.

En efecto, las intervenciones que se desprenden ante la consulta de un adolescente, que podríamos enmarcar dentro de las urgencias en salud mental, dependen, en gran medida, de la concepción que se tiene de las mismas, la forma en que pensamos las adolescencias y el posicionamiento clínico, ético y político de quien aloja ese sufrimiento subjetivo.

En este sentido, resulta importante tomar como punto de partida las concepciones acerca de las adolescencias en el marco de esta institución y qué entienden los/as Psicólogos/as por urgencias subjetivas en salud mental. Dichas concepciones, demarcan la lectura que los profesionales hacen de las situaciones que se presentan y darán lugar a múltiples intervenciones.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas permitieron una primera aproximación a las concepciones institucionales que circulan en el Centro de Salud Mental de las Juventudes; particularmente de los/as Psicólogos/as, como así también, la posibilidad de reflexionar en torno a las consecuencias clínicas que podrían producir dichas cosmovisiones y/o posicionamientos.

5.2.1. Adolescencias

Un primer punto a destacar es que el Centro de Salud Mental de las Juventudes retoma en cada una de sus propuestas e intervenciones la pluralidad de subjetividades que acuden a sus espacios. Este registro de lo plural se pudo vislumbrar en el discurso de los entrevistados, al hablar de las diferentes situaciones por las que atraviesan los adolescentes y las diversas dimensiones que se deben tener en cuenta al momento de intervenir, que a su vez dan lugar a diferentes lecturas y abordajes.

Una de las entrevistadas, ante la pregunta referida a su concepción de adolescencias o juventudes, mencionó que, en principio, las piensa en plural, en tanto esto le permite: *“tener en cuenta la pluralidad, la diversidad, con relación al modo en que se transita ese momento de la vida.”* (Entrevista 6, 2023).

Si bien, en líneas generales, los/as profesionales entrevistados/as no ofrecían una definición concreta acerca de las adolescencias, sino que más bien hacían referencia a ciertas características, operaciones y el particular trabajo psíquico que se produce en este momento de la constitución subjetiva; es posible identificar un punto en el cual la mayoría de los/as Psicólogos/as coinciden, y es que no se centran en lo que el adolescente no es o no puede, sino, por el contrario, en todas sus potencialidades y lo fructífero de este momento vital.

Las concepciones que giran en torno a la adolescencia en el marco de la institución se alejan de aquella perspectiva que entiende a la adolescencia del lado de su raíz etimológica “*adolecer*”, cuya acepción va desde estar incompleto o carente de algo, hasta la de padecer alguna aflicción.

Uno de los Psicólogos entrevistados mencionó al respecto: “*No lo pienso tanto del lado de ‘adolecer’, estoy un poco peleado con esa perspectiva que piensa a la adolescencia como un padecimiento.*” (Entrevista 1, 2022).

Otro entrevistado, por su parte, prefirió que no utilizemos la concepción de adolescencia para remitirnos a los sujetos que acuden a la institución, y cuando se indagó el por qué, hizo referencia a esta raíz etimológica mencionada anteriormente.

“[...] no me gusta que se le diga adolescencia, sino más bien juventudes [...] Porque [adolescencias] viene de la raíz que significa que ‘adolece de algo’, como que supuestamente al adolescente le faltaría tener algo [...] al adolescente se lo define como lo que no tiene, en comparación con el adulto.” (Entrevista 2, 2022)

Muy por el contrario, al poner el énfasis en todo aquello de lo que el adolescente ‘adolece’, los profesionales enfatizaban aquellas cuestiones significativas que tiene este tiempo lógico en la trayectoria vital de un sujeto. Continuando con las palabras del Psicólogo referenciado anteriormente y con su concepción de adolescencia, el mismo sostenía que: “*[...] tiene un montón de cosas buenas, aún en situaciones poco favorables.*” (Entrevista 2, 2022)

Otro entrevistado mencionaba al respecto:

“[...] lo pienso como un tiempo donde ocurren cosas maravillosas. Es un tiempo de oportunidad, de toma de decisiones que son muy significativas para la vida de ese sujeto.” (Entrevista 1, 2022). Y, agregaba: “*Yo entiendo que hay mucha potencia creativa y tenemos que servirnos de cierta experiencia clínica, me refiero a autores que pongan en juego la potencialidad; y no solamente esta arista conflictiva que aparece y que, obviamente, también nos hace pensar bastante.*” (Entrevista 1, 2022).

Por su parte, una de las profesionales entrevistadas, fue más allá y mencionó como este tiempo fructífero y oportuno nos interpela a los y las profesionales que estamos en contacto con las adolescencias:

Es un tiempo muy fructífero para poder instaurar, sembrar e inscribir un montón de cosas, respecto a las posiciones subjetivas y a la grupalidad, lo social. [...] lo pienso como un tiempo muy fructífero para que cuando esos acompañamientos puedan ser posibles, que nosotras las profesionales y los profesionales lo pensemos desde ese lugar. [...] Es un tiempo vital y posible de hacer intervenciones oportunas, de crear condiciones y crear oportunidades en conjunto con los y las adolescentes para que un tiempo posterior sea más saludable. (Entrevista 5, 2022)

Ahora bien, poner el énfasis en este último aspecto, que comprende el pasaje por la adolescencia, no implica desconocer las transformaciones y tensiones que se producen; seguramente, más ligado a los cambios propios de la pubertad que mencionamos en nuestro marco teórico.

“[...] se presentan algunas conflictivas, el tránsito por una serie de duelos, algo del orden de lo turbulento [...].” (Entrevista 1, 2022)

“[...] es una etapa de nuestra vida donde suceden muchos cambios [...] que está atravesada por muchos factores y, además, [...] la transformación física o biológica, una vuelta del Complejo de Edipo [...].” (Entrevista 3, 2022)

Indudablemente, somos conscientes de todas las potencialidades que tienen estos sujetos, pero la pubertad los/as enfrenta a un real al que se ven obligados/as a responder de algún modo. Existen por lo menos dos aspectos que van a adquirir preponderancia en este momento de la experiencia vital: los cambios en el cuerpo y el acceso a la capacidad reproductora; ambos tendrán efectos en la subjetividad. Además, estas transformaciones que se producen

“requieren de un tiempo de elaboración por parte del adolescente [...] porque lo que se impone para el sujeto en ese momento es un tiempo de duelo. Debe despedirse del cuerpo infantil, de lo que este cuerpo le devolvía en sensaciones y de la imagen que tenía. Este es un trabajo que los adolescentes realizan con dificultad.” (Brignoni, 2014, p. 35)

Con respecto a esto último, una de las Psicólogas entrevistada remarcaba: *“los cambios biológicos son una cosa, pero que eso esté acompasado psíquicamente... eso es otra cosa.”* (Entrevista 4, 2022)

Hay un aspecto imaginario de la transformación (cambios puberales) que requiere de un tiempo de elaboración por parte del adolescente. Se habla de elaboración porque lo que se impone para el sujeto en ese momento es un tiempo de duelo. Debe despedirse del cuerpo infantil, de lo que este cuerpo le devolverá en sensaciones y de la imagen que tenía. Este es un trabajo que los adolescentes realizan con dificultad.

Brignoni (2014), sostiene que, en realidad, el sujeto no sabe muy bien qué hacer con eso, está incómodo. Tienen que hacer un trabajo de “reapropiación del cuerpo” que no se da al mismo tiempo en todos los sujetos. “[...] es una etapa en que nos encontramos con muchachos que hacen cosas que calificamos de infantiles o, al contrario, chicos que reivindican ser considerados como adultos.” (p. 36). Lo importante, sostiene la Psicoanalista mencionada anteriormente, es saber que no es más verdadera una presentación que la otra; ambas presentaciones conviven en un mismo cuerpo y nos muestran las dos caras de esta fase de transición.

En este sentido, uno de los grandes desafíos que tienen los adolescentes por delante es la necesidad de

[...] tomarse con paciencia ese cuerpo en mutación que le porta pulsiones, deseos que no logra asumir, que no logra realizar y que lo hacen explotar, sea con violencia, sea con impotencia, con relación a lo que querría imaginariamente realizar. (Dolto, 1985, p. 121)

Y, desde nuestra parte, como Psicólogos y Psicólogas, pero sobre todo como adultos, nos cabe la responsabilidad y el desafío de acompañar a esos adolescentes y jóvenes, para que puedan subjetivar lo que ese cuerpo denuncia y habilita.

5.2.2. Urgencias subjetivas en las adolescencias

Basándonos en lo investigado y en la información proporcionada durante las entrevistas, podemos sostener que lo que aparece diariamente y con mayor frecuencia en los servicios de Salud Mental dirigidos a las adolescencias son las urgencias. En el caso de las adolescencias, suele ocurrir que *“es muy extraordinario, en términos de que no es lo que suele suceder en el día a día, que llegue un adolescente, un joven o una joven, pidiendo algún tipo de escucha.”* (Entrevista 5, 2022)

Según lo que nos transmite la experiencia de los/as profesionales entrevistados/as, estos sujetos adolescentes y jóvenes, consultan o son traídos/as a la institución ante una consulta ‘aguda’, es decir, cuando el padecimiento es tan insoportable que deviene bajo la forma de una urgencia subjetiva.

La llegada de las adolescencias suelen estar asociada a cuando algo no está funcionando [...] Generalmente, cuando entramos en contacto con las adolescencias, es cuando están estalladas o cuando las adulteces que acompañan esas adolescencias ya no pueden hacer más o no saben cómo. Ese suele ser el modo y el momento en el que se posibilitan los acompañamientos. (Entrevista 5, 2022).

Lo investigado nos revela que el sintagma urgencias subjetivas, siguiendo los aportes del Psicoanálisis, nos remite a manifestaciones apremiantes e imposibles de soportar que producen una ruptura en cómo se venía desenvolviendo la vida de un sujeto. Ruptura perentoria que, independientemente de la modalidad de presentación, no es sin que se produzca un sufrimiento intolerable para el sujeto o los sujetos que consultan.

Algunos de los entrevistados coinciden en entender a las urgencias subjetivas como aquellas *“situaciones en las cuales el sujeto se queda sin elementos significantes, simbólicos, para responder a determinada cuestión”* (Entrevista 2, 2022), o bien *“algo que verdaderamente angustia mucho, algo contra lo que no tenés herramientas, no hay elementos para responder en ese momento”* (Entrevista 4, 2022), situando algo de lo urgente junto a cierta imposibilidad del sujeto para poner en palabras aquello que lo invade o para “saber hacer” con su malestar. De más está decir que, si “supiera hacer” con aquello real que irrumpe, encontraría otra respuesta que no fuera la del padecimiento.

Otro de los Psicólogos entrevistados mencionaba al respecto:

Por urgencia subjetiva entiendo una presentación que incluye un malestar que no admite una dilación en su tratamiento. Usualmente, tiene que ver con el trauma estructural y algo que

[...] conlleva un malestar casi insoportable o insoportable, o bien con un trauma imprevisto, que no hubo forma de anticipar, algo que ha ocurrido de manera repentina. (Entrevista 1, 2022)

Estableciendo de esta manera un nexo entre un malestar imposible de soportar y la necesidad de acceder a una atención inmediata. Por su parte, una de las Psicólogas, también coincidía con esta celeridad necesaria en la intervención, pero al mismo tiempo establece un punto de contacto entre la aparición de una urgencia subjetiva y algo del orden de la vacilación fantasmática:

[...] entiendo que las urgencias subjetivas tienen que ver con una vacilación fantasmática. Había algo que venía operando, funcionando, permitiéndole a ese sujeto sostenerse en el mundo, pero, en determinado punto, de repente, aparece algo que genera un impacto, un encuentro con algo que se torna un poco ominoso y allí entiendo que se produce una vacilación en el modo de mirar la realidad, hay algo que no trastabilla y eso es lo que genera el estado de crisis subjetiva, de urgencia, de un sufrimiento insoportable... y resulta oportuno poder intervenir en ese momento. (Entrevista 6, 2023)

Si bien no se puede homologar urgencia subjetiva, con vacilación fantasmática; es cierto que el sujeto que consulta ante una situación de tales características, se ha quedado sin herramientas simbólicas para responder a eso que lo invade y conmueve su realidad psíquica. La solución que proveía el fantasma, hasta ese momento, se tambalea; esa respuesta que se construyó para darle respuesta al desamparo, vacila. Y en su lugar aparecen las distintas modalidades de presentación de la urgencia subjetiva, como la forma que encontró ese sujeto para dar respuesta a lo insoportable de su padecer.

Por otro lado, ante la pregunta sobre su concepción de urgencias subjetivas, otra de las profesionales entrevistadas comentó que prefería llamarlas “contingencias”, y sostuvo que en la institución se trabaja todos los días con dichas contingencias. *“Sucedee que tenés una actividad planificada y llega repentinamente una persona desbordada demandando una atención en particular y bueno trabajamos así, con la contingencia.”* (Entrevista 5, 2022)

Belaga (2005) nos remite a lo contingente como lo imposible de programar. Utiliza este significante, en tanto postula que lo que conocemos como urgencias subjetivas está en correspondencia con el lugar que ocupan en la actualidad la ciencia y la globalización económica. Así, ante la caída de los ideales, de los grandes relatos y de las tradiciones que antes, al decir de Gorostiza (2007), acogían al sujeto, la ciencia aparece como un discurso que da un sentido.

El discurso de la ciencia aparece como un nuevo punto de capitón, como el Nombre del Padre, avanzando en la descripción programada de cada uno de nosotros: desde la programación genética, hasta la programación del entorno, pasando por el cálculo cada vez más preciso de los riesgos posibles (Belaga, 2005, p. 12).

Siguiendo esta lógica, Belaga plantea que en tanto el mundo toma la forma de un “programa de computación”, el trauma será aquello que escape a toda programación; “aún más, todo lo que no

es programable deviene trauma” (Belaga, 2005, p. 12) y emerge bajo la modalidad de la urgencia, pues el sujeto se ve urgido a solucionar prontamente lo que irrumpe en su programación.

Al respecto de esto último, algunos de los Psicólogos entrevistados sostenían:

Entiendo por urgencia subjetiva aquella situación que desestabiliza los parámetros simbólicos [...] que tienen las personas para resolver las situaciones de la cotidianeidad; en ese momento, se pierden esos parámetros y se produce esta urgencia. (Entrevista 2, 2022)

Las urgencias subjetivas tienen que ver con momentos de quiebre, de ruptura, cuando la persona ya no está pudiendo con eso que le pasa. Claramente, tiene que ver con un padecimiento psíquico, un padecimiento subjetivo que desborda. Es tal el punto de sufrimiento que no se puede con esas herramientas o esos recursos, que incluso en ocasiones no se registran como tales, pero que más o menos le permitían a la persona sostener una cotidianeidad. (Entrevista 5, 2022)

La figura de la contingencia es la que nos remite al trauma como acontecimiento, “es la irrupción de lo real sobre las representaciones simbólicas que tenía ese sujeto hasta ese momento.” (Belaga, 2004, p. 16). Irrupción, encuentro con lo real que desborda las capacidades simbólicas de respuesta del sujeto.

Hasta entonces, la vida venía transcurriendo sin sobresaltos, y de pronto algo lo fuerza a iniciar una consulta. Podemos sostener que las urgencias subjetivas siempre dan cuenta de algo del orden de una ruptura y, en este sentido, será importante el hecho de localizar qué es lo que rompió la homeostasis con la que el sujeto se venía sosteniendo en la vida hasta ese momento, con sus dolores, problemas y alegrías cotidianos.

Belaga (2004) afirma que

[...] si existe la consulta de urgencia frente al acontecimiento, es porque previamente algo ‘resistía bien’, existía una subjetividad organizada en un imaginario firme que permitía funcionar sin sobresaltos, hacer lazo social, e incluso lograr que se pueda no consultar, o ‘no tener urgencias’. (p. 16)

Ahora bien, ¿cuál es la particularidad de estas presentaciones en la adolescencia? Como mencionábamos anteriormente, en la adolescencia nos encontramos con un sujeto que se encuentra en un proceso de constitución subjetiva. Una de las Psicólogas entrevistadas, señalaba que lo relevante en estos casos es identificar “[...] cómo hacen con lo que les toca y también con un psiquismo en formación” (Entrevista 4, 2022). Y agrega: “[...] la forma de expresión del malestar de un joven o un adolescente, es muy diferente a la de un adulto o de un “grande”. (Entrevista 4, 2022). Y continúa al respecto,

[...] que a alguien de repente le sucedan algunas cuestiones, pero que pueda no sentirlo como un ataque masivo a su psiquismo y que pueda responder con una formación de compromiso, con un síntoma, habla de cierta madurez psíquica, de cierta posibilidad y cierto armazón

psíquico con el que no nos encontramos siempre, sobre todo en las adolescencias. (Entrevista 4, 2022)

“[...] sucede que muchos de ellos tienen ciertos recursos simbólicos y muchos otros no.” (Entrevista 3, 2022)

5.2.3. Acerca de la dimensión temporal en la consulta de urgencia

La dimensión del tiempo es un aspecto que no puede quedar por fuera en el tema que nos convoca. La dimensión temporal es la piedra angular de la urgencia. Korinfeld (2017) sostiene ante aquello que aparece como perentorio, lo temporal se convierte en una dimensión primordial en tanto se produce una intensificación en la vivencia del tiempo que se acorta, percepción de un tiempo que se pone entre paréntesis o, por el contrario, se hace interminable, se extiende aguijoneado por las vivencias de preocupación, intranquilidad, ansiedad o angustia. (p. 9)

Ahora bien, en ocasiones, suele aparecer el prejuicio de que el psicoanálisis encuentra su límite ante los casos de urgencias subjetivas, como si existiera una “incompatibilidad y disyunción entre el psicoanálisis y la urgencia.” (Gorostiza, p. 15; en: Sotelo, 2007)

Ahora bien, esa imagen vetusta que circula en el imaginario colectivo del paciente recostado en el diván, entregándose a la asociación libre y a la rememoración de su historia infantil, mientras el analista escucha atentamente y realiza anotaciones esporádicas, y la creencia popular de que eso convierte al psicoanálisis en una disciplina “incompatible para hacer frente a aquellas situaciones en que [...] la angustia demanda soluciones rápidas y eficaces” (Gorostiza, p. 15; en: Sotelo, 2007), no estaba para nada presente en el discurso de los profesionales entrevistados, quienes en todo momento transmitieron que la urgencia necesita tiempo y desde el psicoanálisis es posible instaurar ese tiempo de pausa.

Con respecto a la supuesta tensión entre el tiempo de la urgencia y el tiempo en psicoanálisis, los entrevistados coinciden en que se trata de una tensión ligada más bien a un prejuicio.

En el marco de nuestra entrevista, el Psicólogo entrevistado sostenía lo siguiente:

Creo que esa tensión [entre el tiempo del Psicoanálisis y el tiempo de la urgencia] está ligada a un prejuicio. La práctica clínica desde el psicoanálisis se anuda a un saber hacer [...] Creo que el psicoanálisis está llamado a poder producir, dentro de lo académico, conocimiento; y, dentro de lo clínico, también ciertas coordenadas para que otros [...] puedan pensar también estos fenómenos que siempre son acuciantes. (Entrevista 1, 2022)

En la misma línea, otro de los entrevistados sostenía: “Yo no abono la idea de que el psicoanálisis es una terapia larga, no es verdaderamente así.” (Entrevista 2, 2022)

Por otro lado, si bien es cierto que la urgencia requiere intervenir ante lo inmediato, esto no implica inmediatez en las intervenciones. Es decir, esto no significa accionar, urgidos por el tiempo, sin detenernos a pensar; sino, por el contrario, instaurar un paréntesis, una pausa, que habilite una palabra, una pregunta o el relanzamiento de la cadena significativa.

[...] la intervención requiere que instauremos un tiempo de pausa. En eso que conmueve y que demanda una intervención ya, en la inmediatez, me parece que la respuesta siempre es instaurar un momento de pausa, poner un 'parate' y barajar de nuevo [...] con la persona que está transitando ese momento de mucho sufrimiento psíquico. (Entrevista 5, 2022)

En este sentido, cuando hablamos de urgencias subjetivas, lo temporal suele aparecer tensionado entre la prisa y la pausa. Silvia Baudini, estableciendo la diferencia entre la emergencia y urgencia subjetiva, sostiene que esta última “no es urgente en el sentido del tiempo cronológico, sino de una erótica del tiempo” (Baudini, p. 28; En: Sotelo, 2005) y explica, retomando los aportes de Graciela Brodsky, que esta erótica del tiempo supone el hecho de que el tiempo afecta al cuerpo, en tanto nos encontramos con un fenómeno clínico de un cuerpo afectado por el tiempo.

Por su parte, en los libros “*La urgencia Generalizada*” (2004) y “*Tiempos de urgencia, estrategias del sujeto, estrategias del analista*” (2005) en numerosas ocasiones se afirma que es necesario que el profesional que recepciona la urgencia introduzca una pausa para determinar cuál es la particularidad de esa urgencia y cuál será la estrategia a seguir en el caso por caso.

Lo que importa en estas consultas es que surja un tiempo diferente al tiempo cronológico; esto es, el tiempo del sujeto, el despliegue del tiempo lógico propio de cada sujeto.

La urgencia se suele anudar a una cuestión disruptiva, sincrónica, que ocurre en un determinado momento; mientras que el psicoanálisis es más pensado en diacronía, como un proceso que... bueno, yo siempre recupero la lectura lacaniana de la temporalidad en forma de tiempos lógicos. La posibilidad de pensar clínicamente eso tiene que ver justamente con el tiempo de ver, comprender y concluir. (Entrevista 1, 2022)

Si bien es cierto que las consultas motivadas por el tiempo apremiante de las urgencias subjetivas, no transcurren en la diacronía de un tratamiento sostenido por el tiempo; tampoco se trata de la pura sincronía. Lo cual nos remite a la modulación del tiempo en el movimiento del sofisma: el instante de ver, el tiempo para comprender y el momento de concluir, al cual hace referencia Lacan (1945), y el profesional retoma en la entrevista mencionada anteriormente.

Instante de ver, imprescindible para localizar algo de la urgencia, momento en el que es crucial que el sujeto pueda decir algo acerca de lo que sucede.

Tiempo de comprender, hacer una pregunta que lo invite a decir algo más. Como Psicólogos/as, el trabajo tiene mucho que ver con permitir la instalación del tiempo de comprender, en que el sujeto pueda decir algo de sí en relación a otros y a nosotros como terapeutas, pero también armando una trama de su propia vida. Quien lo recibe apuesta a que en su relato pueda decir algo que le concierna y, de alguna manera, lo ligue al Otro.

Pero este tiempo no se puede eternizar, en cada entrevista, en la admisión, en el dispositivo de recepción de demanda, hay un momento en que se precipita un final sin la certeza absoluta, sino con cierta certidumbre, sin garantía.

Muchas veces la conclusión debe producirse en unas pocas horas o unas pocas entrevistas. Pero incluso en esa, a veces, única entrevista.

[...] el analista intentará que el sujeto sustituya el sentimiento de ser víctima de los síntomas, de las angustias, del insomnio, de la ansiedad, de las voces, por un apropiarse de ellos, hacerlos suyo, averiguando qué conexión tiene esto consigo mismo, con su historia, con su pasado y su presente, con su interior. (Sotelo, 2005, p. 103).

Ahora bien, hablando de tiempo, en la temática que nos convoca, se plantea además un tiempo específico, particular, que es el tiempo de las adolescencias. Brignoni (2014), sostiene que algo estructural y característico de la adolescencia es la distancia que establecen con respecto a sus actos. “El adolescente está ligado al presente, a un tiempo que es el de la contingencia” (p. 58).

5.2.4. Presentaciones clínicas más frecuentes de la urgencia subjetiva en la adolescencia

Existe una variedad heterogénea de presentaciones clínicas de los sujetos en la urgencia; y las presentaciones clínicas entre los adolescentes que consultan ante una situación de urgencia subjetiva, no son la excepción. Esto se debe a que las formas de responder que cada quien puede adoptar ante un estado de crisis, dependerá en gran medida de los recursos estructurales y simbólicos con los que cuente frente a lo que ya no puede soportar.

Los sujetos que son traídos al Centro de Salud Mental de las Juventudes o concurren solos -en casos excepcionales-, a raíz de un estado de crisis, lo hacen tras haber quedado presos en el mayor de los mutismos o inhibiciones, impulsados a actos desesperados o bajo la sombra de una angustia insoportable. Algunos de los/as Psicólogos/as entrevistados/as sostenían al respecto:

[...] la angustia es un factor clásico de ver en la clínica con adolescentes, siempre aparecen situaciones marcadas por un desborde de angustia, crisis existenciales, depresiones [...].
(Entrevista 3, 2022)

[...] en las adolescencias tempranas, vos te encontrás con compulsiones y actings por doquier. (Entrevista 4, 2022)

Las problemáticas o las situaciones más recurrentes son las crisis de ansiedad, sobre todo esas situaciones que implican un grado de ansiedad muy importante. Crisis de angustia, cuando existe un gran monto de angustia que se traduce en el cuerpo y la persona registra que algo le está pasando porque el cuerpo le habla de esa manera; pero también es muy frecuente que los adolescentes lleguen por consumos problemáticos o intentos autolíticos.
(Entrevista 5, 2022)

Ahora bien, al respecto de esto, cabe destacar que las presentaciones de urgencias subjetivas no siempre vienen del lado de lo intempestivo de una situación que irrumpe sin precedente alguno. Uno de los Psicólogos entrevistados, hizo un importante señalamiento sobre esta cuestión:

[...] la Urgencia Subjetiva muchas veces está en el orden de la repetición. No es que siempre sea disruptivo. Siempre la clínica primero, porque a veces una situación se presenta como urgente, pero uno empieza a trabajar con el adolescente, con los padres, con los referentes y te das cuenta de que esa misma situación ya había aparecido antes. Nos encontramos con que ese sujeto ha demandado lo mismo, del mismo modo, pero en otro contexto; se lo ha demandado, por ejemplo, a otra institución. Y no solo eso, sino que ha usado los mismos significantes. Desde la clínica encontramos que el sujeto se representa con los mismos significantes con los que se representó en otras situaciones. Entonces ahí ya no tiene el carácter disruptivo, sino que aparece la repetición como fenómeno para ordenar la clínica. (Entrevista 1, 2022).

Al mismo tiempo, también existe la posibilidad de toparnos con sujetos que desde siempre han tenido dificultades o problemas, pero se ha logrado sostener en cierto equilibrio hasta que, en determinado momento, un acontecimiento contingente irrumpe en su vida y torna insostenible aquello que de alguna u otra manera venía sosteniendo. Aquí se produce, parafraseando a Sotelo (2007), el quiebre del equilibrio en el devenir de una vida.

Es por ello que, en toda consulta, y esto es independientemente del tiempo que el sujeto pudo haber esperado para ser atendido, resulta importante poder localizar cuál fue el punto de quiebre, de ruptura, de urgencia, que condujo a ese sujeto a ser escuchado: ¿Por qué llegó? ¿Cómo? ¿Por qué hoy? ¿Qué lo trajo? ¿Por qué a esta institución y no a otra?

Si quisiéramos hacer un punteo al respecto de aquellas modalidades de presentación más frecuentes entre los adolescentes y jóvenes que consultan en el Centro de Salud Mental de las Juventudes, podríamos englobar los dichos de los/as profesionales entrevistados/as, en los siguientes:

- Brotes o descompensaciones psicóticas
- Crisis de angustia y ansiedad
- Inhibiciones
- Impulsividad o excitación psicomotriz
- Dificultades en el lazo
- Desintegración familiar
- Problemas escolares (desatención, dificultades de concentración o de aprendizaje, insuficiente rendimiento escolar o problemas de conducta)
- *Acting out* o pasajes al acto
- Consumos problemáticos de sustancias (intoxicaciones o abstinencias)
- Autolesiones
- Violencia de género en el noviazgo

- Intentos de suicidio o ideación suicida.

Ahora bien, más allá de la nominación que podamos llegar a adjudicarle a estas presentaciones, todas nos remiten a situaciones que dan cuenta de que algo ha quedado por fuera de la palabra y la respuesta se anticipa allí, donde no hay lugar para que la palabra se esboce, al decir de Sotelo “para el analista, ‘eso dice’, aunque no sepamos cuál es su mensaje.” (Sotelo, 2007, p. 85)

Dicho esto, estamos en condiciones de sostener que, en líneas generales, entre las presentaciones clínicas que llegan al espacio de recepción de demanda o admisión en el Centro de Salud Mental de las Juventudes, los profesionales entrevistados se encuentran, frecuentemente, con sujetos que jóvenes, pero fundamentalmente con adolescentes -haciendo referencia a las adolescencias tempranas que acuden a la institución-, que se identifican como más cerca de la acción que de la palabra, ejemplo de esto son las ingestas tóxicas, los actings o las autolesiones, mencionadas anteriormente.

Al respecto de este malestar que queda por fuera de la palabra, una de las Psicólogas entrevistadas menciona:

[...] No siempre se expresa a través del discurso, a veces ni siquiera en la palabra puede tener lugar ese malestar; ese sufrimiento; pero sin dudas se expresa de otro modo. Por ejemplo, no puede parar de llorar o no puede ni siquiera hablar. Eso nos pone en un lugar de tener que estar atentos, porque significa que allí hay algo que no se está pudiendo sostener, hay algo de lo insoportable allí. (Entrevista 6, 2023)

Por su parte, de más está decir que lo esencial en una consulta de urgencia no será arribar a un diagnóstico psicopatológico preciso. En realidad, los profesionales que intervienen orientan sus esfuerzos a realizar una valoración clínica global de la crisis que permita accionar con eficacia y prudencia, desde un lenguaje en común que permita el diálogo entre las diferentes disciplinas que reciben esa urgencia. Subjetivar la urgencia corre por otros carriles, que nos invitan a pensar cómo, cuándo y por qué se originó o de qué manera el sujeto, su historia, su biografía, está implicada en lo que acontece.

5.2.5. Urgencias “sociales”: una mirada psicoanalítica a los desafíos contemporáneos

Pensar en las urgencias subjetivas en el marco de una institución pública, nos lleva a reflexionar acerca de la diversidad de consultas que llegan a los dispositivos de admisión; y, en este sentido, aquellas urgencias que podemos dar en llamar “sociales”, no quedan por fuera de estas problemáticas, en donde el padecer de los sujetos que consultan se encuentra atravesado por determinadas condiciones de existencia o contextos de vida.

Al respecto de esto, uno de los Psicólogos entrevistados mencionaba que los casos singulares de malestar estaban, en todas sus presentaciones, *“atravesados por lo que se está viviendo como sociedad, en un contexto social amplio.”* (Entrevista 3, 2022).

Las urgencias sociales, nos remite a otros factores que contribuyen y empujan a muchos adolescentes y jóvenes a iniciar una consulta en la institución, siendo uno de los aspectos que emerge durante las entrevistas de forma recurrente.

Haciendo referencia a las adolescencias, uno de los Psicólogos entrevistados menciona: *“No escapan a los factores sociales, culturales y económicos que vive la sociedad. Los jóvenes tampoco están por fuera de esto y nosotros no podemos escuchar por fuera de esto.”* (Entrevista 3, 2022)

La complejidad de las problemáticas sociales de la época atraviesan el desenvolvimiento de la vida cotidiana e irrumpe de manera arrasadora en las subjetividades, moldeando nuevas formas de presentación del sufrimiento subjetivo, que afecta a amplios sectores de la población.

Indudablemente, asistimos a una época caracterizada por urgencias sociales, que enfrentan a los sujetos a la desocupación, precariedad laboral, dificultades económicas, carencias habitacionales, desarraigo, marginalidad y desmembramiento familiar, lo cual inevitablemente atraviesa y afecta profundamente a los más jóvenes.

Uno de los profesionales entrevistados puntualizó lo siguiente: *“[...] al profundizarse la crisis económica, los padres de estos chicos quedaron sin trabajo, y esto los sumergió en la marginación.”* (Entrevista 3, 2022). Mientras que, otra Psicóloga entrevistada, concordaba con que la situación económica de los padres atraviesa a estos sujetos, y añadían que los adolescentes *“quedan muy preocupados por la situación económica, porque ellos tampoco tienen dinero [...]”* (Entrevista 4, 2022)

Al mismo tiempo, y en sintonía con esto, el Psicólogo mencionado anteriormente nos comentaba que, frecuentemente, como consecuencia de este contexto tan complejo, se produce la situación de que *“muchos, muchísimos jóvenes, quedan por fuera del sistema educativo [...] [y] esto también hace que aumenten las consultas a la institución”* (Entrevista 3, 2022).

Cabe recordar que, en Argentina, más de la mitad de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes viven en condiciones de pobreza; que la tasa de desempleo es más alta entre los jóvenes en comparación con otros grupos demográficos; que muchos adolescentes y jóvenes no ingresan al sistema educativo o se apartan de las aulas, ya sea porque no encuentran en la escuela respuestas para mejorar su condición o porque deben abocarse a garantizar su propia subsistencia y la de sus familias; que más de un millón de adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años no estudia, ni trabaja -aunque más del 70% se dedica a tareas de cuidado- (Unicef, 05 de diciembre de 2022); y que los más castigados por las diversas formas de violencia social e institucional son adolescentes y jóvenes.

Como mencionamos en el marco teórico, aquellos jóvenes que no pueden ser protagonistas de su propia historia, *“devienen espectadores de su propio drama, donde lo importante parece estar escrito y el desenlace es tan previsible como doloroso.”* (Kantor, 2005, p. 23).

Lo antedicho implica, al mismo tiempo, reconocer que en los tiempos que corren, el fenómeno de la globalización ha generado numerosos cambios en la forma que los sujetos viven, se vinculan, generan lazos y enferman. No caben dudas de que asistimos a una época caracterizada por vertiginosos cambios en todas las esferas de la vida: los avances continuos e inimaginables de la ciencia y la tecnología, la inmediatez en el acceso a la información, la aceleración de la comunicación a partir de innovadores dispositivos al alcance de la mano, los mercados globalizados y el consumo. Al mismo tiempo que los viejos valores que servían de ordenadores desaparecen. Este panorama ha dado lugar a nuevos valores e ideales que responden a la lógica del mercado, dando lugar a un escenario propicio para la aparición de nuevas formas del padecimiento subjetivo. Parafraseando a Belaga (2005), el consumo se desarrolla sin encontrar límites, pero a la par de ello está la precariedad del sujeto y el miedo se hace presente como organizador de la vida cotidiana.

Uno de los profesionales entrevistados, reflexionaba al respecto de cómo la desintegración familiar, por la que atraviesan muchos chicos, también lleva a los adolescentes que dependen de ellos a hacer crisis,

“[...] porque queda desprotegido, sin ese equilibrio y esa continuidad que se necesita entre la infancia y la adolescencia, para poder crecer en un cierto marco que tenga esa cierta continuidad, equilibrio, previsibilidad de la vida. Es decir, ese saber que yo voy a comenzar el secundario y voy a poder continuar año a año... cosa que no ocurre cuando la familia se desintegra.” (Entrevista 3, 2022)

En los bordes de la sociedad, en los márgenes, la vida se estrecha para nuestros adolescentes y jóvenes: por un lado, se encuentra lo inalcanzable, y por el otro lado, el abismo.

Uno de los Psicólogos entrevistados mencionaba al respecto:

La lógica hipermoderna lo que hace es licuar los ideales y transformarlos en objetos de consumo. Entonces un pibe va a la escuela, pero se encuentra con que eso no le genera dinero y el pibe, la piba, que vive en la villa, padece el capitalismo exactamente igual que un adolescente que vive en el centro... El capitalismo ha generado otras lógicas de consumo. En estas circunstancias, el pibe no quiere ir a la escuela porque eso no tiene sentido desde la lógica capitalista. (Entrevista 1, 2022)

Estas ideas se relacionan estrechamente con el concepto de moratoria psicosocial desplegado en el marco teórico, en torno a lo cual se pone en evidencia como no todos los adolescentes pueden acceder a ese plus de tiempo en el que está ‘bien visto’ y ‘es esperable’ que se comporten como adolescentes con todas sus particularidades y vicisitudes. Que un adolescente, no pueda ser adolescente, tampoco es sin consecuencias para ese sujeto en constitución.

Cuando no había posibilidad de juntarse con pares [refiriéndose a la pandemia], o sea, de vivir una vida de juventud, de adolescente, esto que de repente los sociólogos hablan de “Moratoria social”, que es que tus padres te mantengan, que se respete que determinada cantidad de horas tengas que estudiar, que socialmente esté muy bien visto y sea esperable

que tu lugar sea la escuela y que después tu lugar sea la secundaria, y que se piensen en cosas del porvenir con relación a vos y que te las ofrezca el Estado. [...] cuando eso se suspende [...] los jóvenes quedan atrapados en el mundo adulto. (Entrevista 4, 2022).

El poder estar advertido de la existencia de estas modalidades de presentación de la urgencia subjetiva, se constituye en una arista necesaria a ser tenida en cuenta al momento de intervenir; que, si bien no se circunscribe de forma exclusiva y excluyentemente a la presencia de una psicopatología clínica, no por ello es menos relevante o compleja en su abordaje y da cuenta de que tan a la altura estamos de unir nuestro horizonte a la subjetividad de la época, parafraseando a Lacan (1953). En definitiva, conocer las coordenadas de la época será esencial para situar algo en relación a las intervenciones posibles.

Lo anteriormente planteado nos hace reflexionar: ¿Qué lugar tiene el psicoanálisis en este contexto? Pensamos que el Psicoanálisis, hoy más que nunca, tiene un lugar fundamental. En el trabajo con urgencias subjetivas, el sujeto se presenta, al decir de Belaga (2004, 2005), como sujeto expuesto en su singularidad, padeciendo de lo universal. Ahora bien, algo que posibilita el psicoanálisis es hacer surgir la singularidad de cada quien, en el seno de lo que es vivido por todos.

5.3. INTERVENCIONES POSIBLES

Anteriormente, hacíamos referencia a que las concepciones que tenemos acerca de las urgencias en salud mental y acerca de las adolescencias y juventudes, tendrán consecuencias en la forma de intervenir ante estas situaciones críticas que nos convocan.

Respecto de las intervenciones, parafraseando a Forzano et al. (2020), no se trataría solamente de un saber técnico, en tanto el mismo se encuentra teñido de las representaciones singulares y sociales que cada profesional, convocado a intervenir, tenga acerca del padecimiento. Esto significa que las intervenciones estarán determinadas, en gran medida, por el posicionamiento clínico, ético y político de quien aloje ese sufrimiento subjetivo; pero, al mismo tiempo, cada profesional estará atravesado por su historia, sus creencias, sus valores, sus ideales e incluso sus propias urgencias y las urgencias propias de las instituciones en que ejerce su práctica, al momento de intervenir; e, inevitablemente, todo esto determinará las lecturas que se efectúen sobre las nuevas formas de malestar de la época y orientará las respuestas que se ofrecen ante una consulta que, frecuentemente, aparece más cerca del grito inarticulado que del llamado.

Lo que no podemos permitir es que nuestras intervenciones partan de prejuicios, preconcepciones u orientados por el supuesto bien, como sostiene Sotelo (2007): “el problema surge si se interviene desde los propios juicios morales o de valor, y peor aún, si desde allí se trabaja por el supuesto bien [de los jóvenes y adolescentes].” (p. 41).

5.3.1. La intervención en la urgencia

A partir de las entrevistas realizadas, podemos identificar algunas de las intervenciones que los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes despliegan frente a urgencias subjetivas que traen los/as adolescentes.

En principio, cabe destacar, que en nuestro territorio nacional todas las intervenciones referidas a la Salud Mental se enmarcan dentro de la normativa vigente, en este caso la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010); y, por tratarse mayoritariamente de adolescentes menores de edad, otra legislación que también nos orienta es la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061 (2005) y la Ley Provincial N° 9.861 (2008).

Por otro lado, resulta importante recordar que este Complejo Integral de Salud Comunitaria no cuenta con servicio de internación, ni dispositivo de guardia de Salud Mental, lo cual también determina los alcances y limitaciones de las maniobras que allí pueden tener lugar.

“[...] somos conscientes que siendo parte de un efector de salud y como profesionales de la Salud Mental pueden llegar situaciones de urgencia y es importante evaluar qué posibilidades

de alojarlas tenemos, en este contexto institucional y con los recursos con los que contamos.”
(Entrevista 5, 2022)

Esto no significa que los datos obtenidos carezcan de valor, en tanto que en el marco de las entrevistas y/o en el dispositivo de recepción de demanda, llegan presentaciones de urgencias subjetivas, que dan lugar a diversas intervenciones.

Acá nosotros no tenemos ese servicio de guardia, pero, sin embargo, en el marco de un tratamiento que puede llevar su tiempo, que se está cursando, o puede suceder que de repente había un turno dado, pero llega un caso en estado crítico que hace que tengamos que atenderlo o mismo en la parte de [...] recepción de demanda, suele aparecer algo de estas urgencias subjetivas. (Entrevista 6, 2023)

Las intervenciones ante las mismas varían dependiendo de las particularidades del caso y van desde la derivación a otros efectores de salud que, precisamente, cuenten con dispositivos de internación, cuando la situación lo amerita; hasta la contención dentro de la misma institución con el propósito de estabilizar al sujeto.

Por su parte, las intervenciones a las que se hicieron alusión en las entrevistas, pueden ser analizadas a la luz de tres grandes aristas: el tiempo, la escucha y la apuesta.

A. El tiempo

Anteriormente, mencionamos la importancia de ‘dar tiempo’ ante lo intempestivo o silencioso que se presenta. Las entrevistas realizadas dieron cuenta que el solo hecho de instaurar una pausa, se constituye en sí misma como una intervención fundamental en la urgencia, haciendo de ese espacio y ese tiempo, un lugar y un momento oportuno para alojar lo subjetivo. Daniela Camaly (2005) nos dice que la presencia de profesionales del ámbito psi, habilitan un “tiempo de presencia” en donde los /as Psicólogos/as se ofrecen como destinatarios y proponen al sujeto “el único trabajo posible, el de la palabra” (Camaly, p. 113; En: Sotelo, 2005).

Se trata de hacer un paréntesis que introduzca un tiempo de pausa y espera en la urgencia, que le permita, al sujeto que porta el malestar, detenerse a hablar sobre lo que le sucede o le sucedió, sobre su urgencia, como menciona una de las Psicólogas: “*La verbalización de lo acontecido es muy importante [...]*” (Entrevista 4, 2022). Y, en ese acto, hacerle un sitio a la cadena significativa, para subjetivar esa urgencia y producir una inscripción en el Otro.

Acompañar al sujeto a que construya otra narrativa es posible, en la medida que se haga presente una escucha que aloje aquello que urge, “sancionando la necesidad de una pausa” (Forzano, 2020, p.225), que posibilite instalar otro tiempo.

Una de las Psicólogas entrevistadas, proponía que las intervenciones ante urgencias subjetivas son indisolubles de la necesidad de instaurar un tiempo de pausa.

[...] es un punto de ruptura, un punto de quiebre, de desborde, en donde es necesaria la intervención con la pausa. En eso que desborda, que no se puede contener, que aparece muy disruptivamente, de manera abrupta y que rompe con todo eso, me parece que la intervención requiere que instauremos un tiempo de pausa. En eso que conmueve y que demanda una intervención ya, en la inmediatez, me parece que la respuesta siempre es instaurar un momento de pausa, poner un 'parate' y barajar de nuevo. Intentar barajar de nuevo con la persona que está transitando ese momento de mucho sufrimiento psíquico. (Entrevista 5, 2022)

B. La escucha

En todas las entrevistas efectuadas, aparece en un lugar preponderante la escucha del malestar subjetivo de quienes consultan, “[...] escucha, que recibe lo que se presenta y ofrece la posibilidad de que ese grito comience a ser dicho en balbuceos al inicio, hasta llegar a alguna gramática.” (Sotelo, 2007, p. 82). En este sentido, el elemento clínico fundamental que ofrecen los/as profesionales en Psicología, es una escucha que les permita contar con más elementos para pensar el malestar del sujeto que llega e, incluso, procura ir más allá del conflicto que relata quién acude o es llevado a una consulta, desbordado por una situación de sufrimiento insoportable.

Hablamos de aquella escucha del sufrimiento, de la queja, del dolor, que prioriza el discurso del sujeto que porta la urgencia, para poder identificar de dónde viene ese malestar que desencadenó la urgencia.

Ahora bien, como primera medida, para que esto último sea posible, resulta fundamental despejar y/o distinguir en el discurso del sujeto(s) que consulta(n) algunas cuestiones referentes a: ¿De quién es la urgencia o la demanda de atención en esta situación? ¿Cuál es la demanda formulada por el adolescente? ¿Cuál es la demanda de su entorno? ¿Qué sentido tiene el síntoma para el que lo porta? ¿Qué intervención puede alojar la urgencia de los padres o de la institución que realiza el pedido de consulta?

Sotelo (2007) señala al respecto:

En primer lugar, intentamos ubicar de *quién* es esa urgencia, si proviene del paciente mismo, si viene de la familia, del juez, de la escuela, del policía que lo encontró deambulando por la calle. ¿Para *quién*, esa, es una situación insoportable que hay que resolver?, esta es la primera localización. (Sotelo, 2007, p. 25).

Cuestión que, como mencionamos anteriormente, no siempre surge por parte de los mismos adolescentes, sino que en muchas ocasiones son los mismos padres o adultos responsables quienes solicitan la consulta.

Los psicólogos entrevistados comentaban al respecto:

“[...] el adolescente, más allá de que pueda venir a este lugar, muchas veces viene traído. Estamos en esa franja en la que nos encontramos con muchos chicos que vienen enviados desde la escuela, enviados por la justicia, traídos por la familia, traído por alguna novia o por los amigos y muy pocos vienen por sí solos.” (Entrevista 2, 2022)

“También nos encontramos con madres y padres que vienen con los jóvenes, y te preguntan: ‘¿Qué va a hacer usted con él?’. Como si fuera un mero objeto. Entonces aparece esto de: ‘Hagan algo con él, a mí ya me tiene cansada’.” (Entrevista 1, 2022). En estos casos, es donde más claramente aparece la necesidad de plantearnos los interrogantes antes mencionados, *“de quién es la urgencia y qué posibilidades hay, de que se pueda pensar otra cosa. Ahí viene la riqueza de lo clínico, de la entrevista con los referentes, con los padres, con las madres.”* (Entrevista 1, 2022)

“[...] por lo general, no viene por propia iniciativa -porque nazca un pedido o traído por esa angustia-, sino que, por lo general, viene traído por los padres, o por otra institución, por el CoPNAF o por la escuela, por sugerencia del equipo técnico de la escuela, etcétera, etcétera. Entonces ahí no hay un pedido, como puede ocurrir en el consultorio, que la gente llega y te puede decir por qué. A veces los chicos no saben lo que viene, o lo niegan, o se resisten, porque no quieren reconocerlo.” (Entrevista 3, 2022).

Parafraseando a Sotelo (2008), el hecho de poder diferenciar si un sujeto llega solo o acompañado, si es capaz de relatar lo que le sucede y localizar los acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia nos permitirá establecer de qué modo se ubica con relación a su urgencia y con qué elementos simbólicos cuenta.

El tema de la escucha a la que hacen referencia en las entrevistas, refiere a aquella que parte de la singularidad de cada caso, situación y contexto; es solo a partir de escuchar la singularidad de quien demanda, desde su sufrimiento y su novela familiar, que las intervenciones se van a producir. En el mejor de los casos, porque muchas veces eso está mudo o el sujeto no logra encontrar las palabras para nombrar aquello por lo que está atravesando y será en un segundo tiempo que se podrá simbolizar lo que lo aqueja en sus condiciones de existencia.

Las intervenciones apuntan *“[...] en primer lugar, a escuchar. Dejar que eso se exprese y que, de nuestro lado, podamos ofrecer un espacio de escucha que, de algún modo, acompañe, en la medida de lo posible, en la construcción de algún sentido que tienda a operar de sostén.”* (Entrevista 6, 2023)

Escuchar implica construir un espacio en el que tenga lugar un acto de hospitalidad, escuchar acogiendo a ese sujeto en constitución con toda la complejidad que esto implica. Escuchar es crear las condiciones para que pueda expresarse. Crear un espacio de escucha, es estar receptivo a lo que ese adolescente pueda decir y expresar en su lenguaje. Pero, además, escuchar implica también escuchar no solo lo que el sujeto transmite discursivamente, desde la palabra literal, sino también todo aquello que nos dice (o no) mediante otras formas no verbales.

La escucha, parafraseando a Stolkiner (2013), cuando retoma a Emmanuel Lévinas, es algo que se ofrece -o no- al extranjero, a lo extranjero, a lo otro; que nos cuestiona en nuestros supuestos saberes, en nuestras certezas, en nuestras legalidades y nos confronta con nuestro propio desamparo, con la extrema indefensión. Escuchar, parafraseando a Stolkiner (2003), es hospedar a un adolescente en su singularidad, sabiendo que la voz de los padres no es necesariamente la suya, pese a que puede que haga trama con ella.

Sin embargo, al respecto de esto último, Volnovich nos recuerda que “no podemos dejar de mencionar que, en la posmodernidad, la voz y la palabra han perdido prestigio frente a la imagen y el movimiento” (Volnovich, 2010, p. 52). Según este psicoanalista, es el gesto el que ocupa el escenario central en la producción de subjetividades adolescentes, a favor de esta imagen y la estética de los movimientos simbólicos subsecuentes a esta.

En función de esto último, son muchos los autores que sostienen que debemos estar muy atentos a los detalles y a los indicios cuando se escucha a un paciente. Solo a partir de los indicios vamos a encontrarnos con lo más singular de cada uno. “El detalle tiene que ver con lo pequeño, incluso con lo imperceptible, que a veces nos puede pasar desapercibido” (Brignoni, 2012, p. 41)

Ese gesto, afirma Susana Brignoni (2012), ese detalle, enseña lo que desde el psicoanálisis conocemos como el lugar de enunciación del sujeto. En efecto, desde este discurso diferenciamos lo que son los enunciados -lo que la persona efectivamente dice, sus dichos- y la enunciación -la posición desde donde lo dice, su decir, que puede estar conformado por distintos gestos-.

Esto nos lleva a un aspecto que resulta central en las intervenciones y es: ¿A qué apunta, en última instancia, la escucha que se ofrece ante una urgencia en Salud Mental? Una posible respuesta podría ser: subjetivar la urgencia. Subjetivar la urgencia es el horizonte de toda intervención en el marco de lo intempestivo de una consulta con tales características.

Uno de los entrevistados mencionaba al respecto:

Subjetivar una urgencia conlleva un movimiento. [...] Hablar de urgencias subjetivas implica que se produzca un primer movimiento en el cual, al menos desde la escucha que tenemos los analistas que participamos activamente de las intervenciones, tiene que ver con un movimiento de implicación o de producir una merma en la percepción de ‘ajenidad’ de ese hecho, de ese acontecimiento. Esto quiere decir que debemos tratar de que quien consulta no vea lo que le ocurre como algo ajeno a su persona. (Entrevista 1, 2022)

Esto da cuenta que, en algunos casos, los sujetos pueden presentarse desimplicados o con dificultades para dar cuenta que aquella situación por la que están atravesando, les concierne y los involucra.

En este sentido, las intervenciones que se despliegan ante el sufrimiento insoportable que trae el sujeto, están orientadas a llevarlo a que se pregunte acerca de la causa, una pregunta que lo implique, que lo haga interrogarse acerca de qué tiene que ver él/ella con lo que le pasa; es decir, que establezca alguna implicación subjetiva en su urgencia. Cuando se involucra al sujeto en el proceso,

invitándolo a implicarse y entender que eso que le sucede tiene que ver con él/ella, con su historia, con su propia subjetividad, el sufrimiento y malestar que lo/la invade en ese momento, puede comenzar a ser tramitado de otra manera. “El analista se ofrece para que el paciente ponga a decir su sufrimiento, para que intente ponerle sentido a eso que se presenta como sin sentido; pero no un sentido cualquiera, ni un sentido común, sino un sentido particular, único, propio [...]” (Sotelo, 2005, p. 103).

La subjetivación de la urgencia es el movimiento fundante de comenzar a establecer algún sentido a esa irrupción sintomática que se hace presente de manera insoportable y motiva al sujeto o a un tercero a consultar. Las intervenciones, entonces, parafraseando a Korinfeld (2017), deben apuntar a producir un movimiento de lo corporal a la palabra; en el que se produzca un pasaje de ese primer momento subjetivo, a otra fase en que se pueda describir y significar lo que está padeciendo.

Una de las Psicólogas entrevistadas mencionaba acerca de esto: “[...] *lo más importante y, te diría, el centro de todas nuestras intervenciones, está en lo que el joven tiene para decir acerca de lo que le está pasando o qué es lo que está pasando en su entorno.*” (Entrevista 4, 2022)

Retomando la cuestión de la escucha, podemos decir, parafraseando a Dolto (1985), que el Psicólogo escucha, y el acto de escuchar, en sí mismo, alivia “la excesiva intensidad de las pulsiones reprimidas [...]” (p. 128).

Una pequeña viñeta clínica a la que hizo referencia una de las Psicólogas entrevistadas, permite reflexionar en torno a la importancia de implicar a los sujetos en aquello que les sucede, sancionando la importancia que tiene y dándole el lugar que corresponde para que pueda ser tramitado.

La vez pasada tuve una paciente que me trajo una plantita, muy amorosa [...] Pero ¿qué pasaba? Podía hablar con dificultad porque se había autoperforado la lengua. Había comprado todos los implementos, porque hoy en día es muy fácil tener acceso a eso [...]. Estaba con la lengua que apenas podía hablar. Entonces todo muy lindo, la plantita y todo eso. También está con tratamiento psiquiátrico, por una grave crisis que la llevó al Hospital San Martín y vino acá en un par de oportunidades, hasta que despejamos esa urgencia... No fue fácil. Pero ese día vino con la lengua en esas condiciones, así que me vino bárbaro que el Centro de Salud estuviera al lado. Además, vino acompañada de la mamá y la abuela, con quienes hay muy poca diferencia generacional y una actitud muy de acompañar, pero que no tienen mucha eficacia adulta. Buena voluntad, pero poca eficacia. Entonces ese día tuvo que ser atendida en el Centro de Salud. [...] Y entonces el tema fue, y esto es bien clínico, “¿vos no sabías que esto traía estas consecuencias?”. Te encontrás con algo muy propio del adolescente, del joven, que es decirte: “No, no, no, pero yo ya sé, ya sé. Nada malo me iba a pasar porque yo ya me hice este arito, este otro arito y este, pero siempre me fue bárbaro”. [...] Entonces, bueno, esa pregunta: “¿Sabías los riesgos que tiene?”. [...] Entonces, vamos a

hacer una cosa, vamos a despejar dudas y vamos al Centro de Salud. Y después volvió, un poco mejor y pudo hablar sobre eso. (Entrevista 4, 2022)

En esta pequeña viñeta clínica, la adolescente se hace presente a la consulta con la Psicóloga, pero el daño que se había hecho en su lengua, no le permitía hablar. La Psicóloga identificó que tal situación requería de maniobras médicas, en primera instancia, para que no se generara una infección mayor; y, luego, en un segundo momento, habilitar un espacio para escuchar de qué se trata. En este pequeño recorte, se ve cómo ante la pregunta de la Psicóloga sobre si conocía las consecuencias y los riesgos que podría conllevar autoperforarse la lengua, la adolescente lo planteaba como algo de lo que “no había que preocuparse”, lo experimentaba como pura exterioridad. En este caso, la intervención consistió en atender la urgencia a nivel de lo corporal y, luego, hacer una pregunta que estuviera orientada a implicarla de otro modo en aquello que la concierne. La Psicología le devolvió una pregunta sobre las consecuencias y la responsabilidad de sus actos, apelando a una implicación subjetiva, que ubique a esa adolescente de otra manera frente a lo que le estaba sucediendo.

Cuando el movimiento de subjetivación de la urgencia se logra -implicando al sujeto en su malestar, un malestar que entraña un sentido subjetivo que habrá que develar-, agendar una próxima cita para darle continuidad a ese tratamiento se impone como el paso siguiente.

Incluso, uno de los Psicólogos entrevistados, sostenía acerca de la implicación subjetiva que no siempre es algo que se pueda lograr en ese primer encuentro: “[...] a veces hacen falta varios encuentros, aunque sean en el marco del dispositivo de admisión, para poder producir este movimiento.” (Entrevista 1, 2022).

En efecto, no siempre resulta tan fácil subjetivar la urgencia, porque como menciona uno de los Psicólogos entrevistados:

También llegan situaciones que ya no se pueden soportar y la palabra en sí misma, al menos en los lugares donde transitan estas experiencias, ha caducado y es difícil hallar un hilo conductor, por eso terminan llegando a la institución. (Entrevista 1, 2022)

Por último, pero no por ello menos importante, resulta oportuno destacar que el Psicólogo no es el único que debe garantizar la escucha; todos los profesionales intervinientes que conforman un equipo interdisciplinario deben ejercitar la escucha, el diálogo y la hospitalidad. Y, por otro lado, el rol del profesional Psicólogo, no se agota en la escucha, sino que va mucho más allá.

C. La apuesta

Hablar de las intervenciones que son posibles ante situaciones de urgencias subjetivas, nos remite a pensar en las condiciones que somos capaces de construir para poder alojarla.

Cuando se presenta en la institución un sujeto que ha llegado a un punto límite en el que ya no soporta su padecer o un tercero que ‘ya no sabe cómo hacer’ con este adolescente; los

profesionales deben tomar una decisión. Decisión que decantará en una intervención, sin garantías de que pueda ‘funcionar’ o no; o bien, sobre la que habrá que volver a pensar y repensar las veces que sea necesario, pero que, en todo caso, permitirá abrir una trama, una brecha, para que la urgencia de ese adolescente o ese joven se despliegue.

Toda intervención implica una toma de decisión, supone un hacer con lo contingente y disruptivo de lo que se presenta, sin garantías de que eso vaya a funcionar para ese sujeto. En palabras de Sotelo (2007), “[...] es la solución a la cual pudo arribar luego de que se han desplegado las coordenadas del caso” (p.30).

En las entrevistas se vio reflejado que los profesionales no tienen una performance preestablecida al momento de intervenir. Por el contrario, destacaban la importancia de que primero hace falta escuchar la urgencia de quien consulta, el malestar del sujeto que porta la urgencia. Elemento primero que orientará cualquier intervención y permitirá, en última instancia, subjetivar esa urgencia, haciendo de ese encuentro un espacio propicio para alojar lo subjetivo, con profesionales que están allí, dispuestos a “hacerle un lugar”.

[...] hay que tener en cuenta que uno, cuando se presenta una situación, sobre todo si es una situación de urgencia, uno no tiene, y no tiene que tener, una performance ya armada para lo que viene. Primero tenés que esperar a ver qué es lo que se presenta [...]. (Entrevista 1, 2022)

Esto último nos remite a la ética del psicoanálisis, en tanto nos invita a no anticiparnos en la adjudicación de sentidos, de juicios o con esta moral de ‘hacer el bien’, con el que podamos terminar causando el mayor de los males.

Ya lo decía Lacan en el Seminario 3: “Comiencen por creer que no comprenden. Partan de la idea del malentendido fundamental. Esta es una disposición primera, sin la cual no existe verdaderamente ninguna razón para que no comprendan todo y cualquier cosa.” (Lacan, 1956, p. 35). Esta indicación que nos ofrece Lacan es a tomar distancia con respecto a la opinión corriente en el ámbito de la clínica de tratar de comprender lo que le ocurre a aquel que padece. No se trata de una prohibición, aunque sí nos invita a suspender la creencia de comprender, para poder operar desde otro lugar, cuyo punto de partida sea el malentendido.

Por otro lado, responder al requerimiento que se suele recibir de las escuelas, de las familias o, incluso, del sistema judicial, es un imposible porque regresar al estado previo en el que el sujeto se desenvolvía antes de la crisis nunca será posible. En todo caso, la intervención apunta a encontrar otros modos, otras formas, a la posibilidad de que se pueda crear algo nuevo. *“Nosotros tratamos de encontrar otros modos para que puedan expresar eso que los habita, donde no se ponga en juego algo tanpreciado, como es su propio ser, su cuerpo, el cuerpo de los otros, también... por qué no...”* (Entrevista 4, 2022).

Lo crucial de toda intervención es el modo en que son alojadas las urgencias que llegan a la institución, sin responder a ellas. El desafío que se tiene por delante es el de evitar consentir a la demanda que puede aparecer en él o los sujetos que consultan de ‘volver a ser el de antes’, en su

lugar, los profesionales le proponen y lo acompañan a recorrer el sendero de su decir, para arribar a una nueva versión de su historia. “[...] *Yo los acompaño y vemos de qué se trata.*” (Entrevista 4, 2022), mencionaba una de las Psicólogas entrevistadas.

En este sentido, las intervenciones de los/as Psicólogos/as que llevan a cabo su ejercicio profesional en el Centro de Salud Mental de las Juventudes, apuntan a no llenar de respuestas que pretendan ‘resolver’ el conflicto, sino dejar hablar al sujeto, sostener la pregunta; y, en ese acto, si otro escucha, parafraseando a Galende (2008), es posible contribuir a restituir la dimensión del sujeto implicado en su existencia.

Aquí podríamos ubicar el gran divisorio de las aguas entre el psicoanálisis y otras terapias. En efecto, tender al rápido restablecimiento del estado anterior, no solo es un imposible, sino que también es muy diferente a “[...] escuchar los signos de la época y aliviar el sufrimiento, haciendo surgir al sujeto” (Coronel, 2005, p. 118; En: Sotelo, 2005).

Por su parte, lo incalculable de toda intervención reside en que, preservar la particularidad de ese encuentro con el otro y el reconocimiento de su sufrimiento, no tiene nada que ver con ser autoritario, ni con valerse de la sugestión o del ‘bien saber’ del profesional, ni con dar consejos imperativos o recomendaciones morales para la vida de ese sujeto, sino con abrir un tiempo para poner palabras que contorneen ese padecimiento que lo llevó a la institución. “Intervenir en la urgencia implica ir a contrapelo del ideal que empuja a la restitución del bienestar perdido, implica no consentir ningún intento por evitar, acallar o estandarizar lo traumático.” (Camaly, p. 111; en: Sotelo, 2005).

Esto significa que lo central en toda intervención es habilitar un tiempo en el cual algo sea dicho en primera persona por el adolescente o el joven que consulta, más allá de que no todo pueda ser dicho. Al darle la palabra al sujeto, propiciando que el sujeto advenga en cuanto tal, se agujerea el ‘todo saber’, propio de la estructura misma del discurso universitario. Abrir el campo de la palabra y del acompañamiento, ayudan al adolescente a encontrar otros cauces que hasta ese momento no había encontrado.

Korinfeld (2017), por su parte, retoma a Winnicott cuando sostenía que la psicosis no tiene tanta necesidad de ser curada como de ser recibida, para sostener que, de la misma manera, “una urgencia subjetiva, no tiene tanta necesidad de resuelta o disuelta como de ser recibida” (Korinfeld, 2027, p. 7).

Por otro lado, debido a que las situaciones de urgencias en Salud Mental también conlleva la necesidad de evaluar los riesgos y debido a que el Complejo Integral de Salud Comunitario, está conformado por dos efectores del Primer Nivel de Atención, no cuenta con salas de internación. Esto hace que, cuando la gravedad de las situaciones que llegan ameritan recurrir a una internación u otro tipo de seguimiento del caso que no es posible llevar a cabo en la institución, la intervención consista en poder referenciar a esos jóvenes o a esos adolescentes y a esos padres.

[...] a veces la referencia es muy importante para las personas llegan con estas demandas de urgencias. [...] es importante reconocer y estar preparado para ello, porque laburamos día a día con las contingencias, pero, en ciertas condiciones, podemos alojar esas urgencias subjetivas e instaurar este tiempo de pausa y evaluar qué acompañamiento es posible desde acá; mientras que, en otras eventualidades, debemos también ser conscientes que a veces no es posible, por las condiciones y los recursos institucionales, en esos casos, la intervención es poder referenciar o poder acompañar a que la persona llegue a esos dispositivos que sí están preparados para alojar la urgencia subjetiva, cuando el grado de complejidad y gravedad así lo amerita. (Entrevista 5, 2022).

Si bien, esta intervención no fue mencionada en todas las entrevistas, como si lo fue la escucha, considero que, al ser un Complejo Integral de Salud Comunitaria, que trabaja de manera conjunta con la comunidad y con tantas otras instituciones, la sola posibilidad de referenciar y acompañar a los sujetos en esas interconsultas, representa en sí misma una forma de intervenir.

Al respecto de esto, una de las profesionales advertía que en muchos casos colaborar en lo que se refiere a establecer el nexo con otras instituciones o entidades es imprescindible y necesario para que en un segundo tiempo ellos puedan acompañar de primera mano.

Otro aspecto en el que también se hizo mucho énfasis en las entrevistas, es que las derivaciones en todos los casos requieren del acompañamiento y seguimiento. No es derivar para “sacarse el problema de encima”, es derivar para acompañar de una manera más especializada, para sostener, para articular, para crear y construir redes.

Asimismo, en otras ocasiones, los profesionales recurren a acompañar a los/as adolescentes y jóvenes que consultan, a otros espacios dentro de la misma institución; sea para realizar una interconsulta con otras especialidades médicas; o bien, para invitarlos a participar de los talleres y otros dispositivos abiertos a la comunidad que brinda este efector de salud.

En esto de la red o de activar ciertos recursos, además de una interconsulta, ya sea con Psiquiatría o mismo con el Hospital San Martín, el hecho de poder tomar entrevistas a los familiares, para darles herramientas, hacer un seguimiento de lo acontecido, por ejemplo, agendando una entrevista al otro día o a los pocos días... Bueno, todo lo que se pueda con relación a generar un acompañamiento, establecer vínculos con la escuela, hacer una intervención con la escuela para que estén atentos en torno a aquellos chicos escolarizados que consultan. El foco está puesto en ir armando un sostén. (Entrevista 6, 2023)

El objetivo siempre apunta a que, quienes consultan, más allá de que puedan o no ser atendidos allí mismo, se sientan acompañados y continúen en contacto con el Centro de Salud Mental de las Juventudes como un espacio de referencia y contención, al que pueden seguir acudiendo cuando la situación así lo requiera.

Lo mencionado anteriormente, da cuenta de la recepción y el acompañamiento, como dos núcleos que nos ayudan a pensar cómo intervenir ante este conjunto heterogéneo de situaciones que

podemos denominar urgencias subjetivas. En efecto, saber acompañar a un sujeto en su desamparo, es también generar los dispositivos en las instituciones y los nexos con otros espacios, para alojar el padecimiento del otro.

5.3.2. El papel de los referentes adultos en la prevención y afrontamiento de las urgencias subjetivas en la adolescencia

Trabajar con adolescentes requiere al mismo tiempo trabajar con las instituciones por las que el joven transita y habita en su cotidianidad: la familia, la escuela, el centro de salud, entre otros. En este sentido, trabajar con los padres o adultos que acompañan al adolescente a una consulta ante una situación de urgencia subjetiva, se constituye en una herramienta indispensable al momento de intervenir con adolescentes.

Ahora bien, una primera distinción que resulta oportuno hacer, de la mano de Luciano Lutereau (2009), es que “la adolescencia no son los adolescentes” (p.24) e incluso, paradójicamente, “la adolescencia hoy en día está en todos lados, menos (a veces) en los adolescentes” (p. 24).

Una de las entrevistadas mencionaba acerca de esto: *“me encuentro con muchos grandes y con pocos adultos...”* (Entrevista 4, 2022). Y agrega al respecto: *“Ellos [los/as adolescentes], teniendo que ser sujetos de cuidado por parte de los adultos, o al menos eso es lo que circula en el mundo adulto de cómo se le identifica y las leyes que también propenden eso, lo que estamos observando es que ellos están muy preocupados por sus adultos.”* (Entrevista 4, 2022) *“[...] hay que buscar lugares donde los jóvenes y los niños tengan condiciones de jóvenes y niños. Y no queden en esa encerrona adulta [...].”* (Entrevista 4, 2022)

Susana Brignoni (2010) retoma las palabras de Winnicott (1980), para sostener que el adulto ha de estar al lado de los adolescentes, cuando estos se encuentran atravesando este proceso de su experiencia vital. Pero se trata más bien de un acompañamiento silencioso, es decir, de estar a su alcance, dándole signos de su cercanía, pero sin decir demasiado.

“Acompañar”, sostiene Brignoni (2010), “es una forma de nombrar ese estar al lado del adolescente: ni por delante, como “voz de la experiencia”, ni por detrás, ausentándose.” (p. 21)

Una de las Psicólogas entrevistadas mencionaba que parte de que se puedan llevar a cabo las intervenciones y se arribe a ciertos efectos terapéuticos *“[...] depende mucho de las familias y de las otras instituciones que rodean al adolescente o al joven.”* (Entrevista 6, 2023).

“[...] el acompañamiento familiar, por lo menos los primeros años de la juventud o adolescencia, después capaz que ya no, yo creo que, desde los 19 años en adelante, pero hasta ahí... si no hay acompañamiento familiar, alguien que inste a venir, que le diga “no fuiste”, “perdiste el turno que te dieron”, si no acompañan... y bueno, a veces resulta muy difícil sostener, porque vienen, no vienen... Se hace muy intermitente, muy difícil el tratamiento,

entonces eso se nota... (Entrevista 6, 2023). Por el contrario, [...] en los casos que más o menos hay otros sostenes, es decir, chicos que están escolarizados, que van a la escuela o a la facultad, que tienen cierto ordenamiento familiar, donde las situaciones están más o menos ordenadas y hay una serie de derechos garantizados, suele aparecer mayor autonomía y el deseo de venir a un espacio de psicoterapia... (Entrevista 6, 2023)

Esto nos invita a reflexionar acerca de cómo en muchas ocasiones la falta de acompañamiento por parte de los/as referentes adultos/as se puede constituir en un obstáculo para llevar a cabo un abordaje.

En las entrevistas realizadas a los/as profesionales surgió en varias ocasiones la necesidad de tener entrevistas con los padres o los/as adultos/as responsables, como parte intrínseca del tratamiento con adolescentes, sobre todo cuando estos aún no han alcanzado la mayoría de edad. Habilitar espacios de interlocución con los adultos y darles un espacio propio a las entrevistas con los padres y/o adultos/as responsables a lo largo del tratamiento y diferenciarlo del espacio que se crea con los/las adolescentes, será imprescindible para sostener la transferencia con los adultos referentes y hacer que ese espacio terapéutico pueda tener continuidad en el tiempo.

[...] siempre es muy importante trabajar con los padres. Siempre hay que hacerles un lugar a los padres y, muchas veces, el trabajo va a casi paralelamente con el joven y los padres, porque la mayor parte de las razones por las que los jóvenes llegan acá es porque hay fallas en las familias, lastimaduras, traumas familiares, en el sentido de que los padres arrastran esto... Y que alguno de los hijos o varios hijos son el síntoma de lo que ocurre en la familia. Entonces, a mí me parece que trabajar con un adolescente requiere trabajar paralelamente con los padres. (Entrevista 3, 2022)

Al mismo tiempo, el Psicólogo mencionado agrega, al respecto de este trabajo paralelo con los/as adolescentes y los/as adultos/as, que

Hay que tener muchísimo cuidado para poder proteger ese espacio, porque los chicos son muy celosos. En el sentido de que en muchos casos no quieren, no desean, no consideran que uno se vea muy seguido con los padres porque algunos desconfían de que nosotros podamos hablar de lo que ellos nos cuentan con los adultos que los rodean. (Entrevista 3, 2022)

5.3.3. Desafíos ante las urgencias subjetivas en la adolescencia

A. Desafíos clínicos

Situaciones críticas y complejas a nivel subjetivo se presentan e irrumpen en todos los espacios por los que transitan las adolescencias: instituciones de salud, educación, socio-educativas y

otros tantos espacios comunitarios que habitan estos sujetos en un momento crucial de su constitución subjetiva.

Pensar en los desafíos que tienen por delante quienes reciben a los/as adolescentes en las instituciones, nos remite a pensar en los mismos profesionales que recepcionan a estos sujetos. Sotelo (2007) sostiene que “la urgencia atraviesa no solo al paciente que llega en una situación de crisis, sino también a los profesionales y a la institución misma” (p. 24).

En las entrevistas realizadas, los profesionales coincidían en que es una realidad el hecho de que no existe forma de que los casos de urgencia subjetiva que llegan al Centro de Salud Mental de las Juventudes los dejen inermes.

“[...] es imposible que no te afecten ciertas cuestiones complejas que traen los jóvenes.”
(Entrevista 3, 2022)

“[...] no podemos decir que no nos atraviesan [refiriéndose a las urgencias subjetivas que traen los adolescentes y jóvenes que acuden a la institución].” (Entrevista 4, 2022)

“[...] uno se ve afectado y creo que la intervención profesional no tiene que ver con no estar afectado, sino con poder, de alguna manera, poder hacer algo con eso, que también a uno mismo lo habita, cuando está recibiendo una situación compleja y de mucho sufrimiento. En principio, para no quedar “identificado” o, como se dice en la jerga, “pegado”; sino, más bien, poder hacer alguna maniobra que permita generar alivio y contención; y, en el mejor de los casos, una evaluación de lo que ocurre por parte de quien consulta.” (Entrevista 1, 2022).

No caben dudas de que algunas dificultades que se pueden presentar al momento de desplegar las intervenciones son inherentes a la complejidad y lo acuciante de las situaciones de urgencia que se presentan.

Al mismo tiempo, pensar a las urgencias subjetivas en la adolescencia desde la complejidad que ello implica, también incluye la necesidad de considerar lo que anteriormente hacíamos referencia como “Urgencias sociales”. Estas condiciones nos plantean algunos interrogantes referidos a: ¿Cómo hacer soportable la cotidianeidad de la pobreza, la violencia, el desamparo o la falta de recursos? ¿Cómo hacer con las urgencias subjetivas que, además, están vinculadas a cierto riesgo o gravedad que no puede ser pensado por fuera del contexto del cual emerge? ¿Cómo hacer con las limitaciones institucionales para alojar tales presentaciones del malestar?

Sotelo (2007) dice, al respecto de esto último, que una de las cuestiones a resolver es cómo hacer soportable la monotonía y sostiene que “en las urgencias lo imposible de soportar es el quedar inmerso en la repetición de lo mismo, donde la dimensión del sujeto aparece totalmente arrasada” (p. 25).

Uno puede decir, bueno, no tiene para comer, no tiene un techo... puede haber urgencias subjetivas que tienen que ver con eso. Ahora bien, si uno le consigue un plato de comida y un techo, y pretender que la cuestión termine ahí... con esa lógica asistencial, no produce mucho. Produce un cierto alivio, y es algo por lo cual uno tiene que luchar, eso tiene que estar porque

es importante que alguien tenga condiciones dignas de vida, sin dudas; pero la clínica permite pensar los modos por los cuales ese joven, esa joven, llegó a esa situación o de armar algo juntos, como así también de ampliar la intervención junto con otros compañeros de trabajo. (Entrevista 1, 2022).

No caben dudas de que estas presentaciones del malestar que se presentan en las instituciones, plantean la imperiosa necesidad de continuar pensando el campo de la Salud Mental en sentido amplio, es decir, desde una clínica ampliada y en sus intersecciones interinstitucionales.

En efecto, al momento de reflexionar sobre las situaciones que llegan a la institución, se hace imprescindible reflexionar con qué herramientas contamos para intervenir ante las situaciones que se presentan; o bien, qué otras herramientas necesitamos para atender a las condiciones que nos impone el contexto económico y social que vivimos, pero sin caer en una pura lógica asistencial. Uno de los Psicólogos entrevistados mencionaba al respecto:

En esta institución el gran objetivo es, principalmente, que alguien pueda transitar sus derechos con plenitud. Básicamente eso, una restitución de derechos. Porque obviamente nos encontramos con situaciones donde los derechos de estos sujetos han sido vulnerados, por muchas razones. Así que, principalmente, apuntar a la restitución y, sobre todo en el trabajo con adolescentes, una clínica orientada hacia la potencialidad. (Entrevista 1, 2022). Y agrega: “[...] promover la salud y restituir derechos vulnerados, son objetivos que compartimos en la institución, todos quienes trabajamos, más allá de las disciplinas.” (Entrevista 1, 2022).

Ahora bien, esta restitución de derechos no se limita a una cuestión unidireccional; la misma debe estar imbricada con la posibilidad de elaborar y tramitar algo de aquella urgencia que porta el sujeto y la necesidad de establecer un punto de referencia. En efecto, en tanto la Salud Mental es inescindible de la salud integral, será necesario que las dinámicas de abordaje sean contempladas desde un enfoque de redes/lazos, en el que tenga lugar tanto la promoción y la prevención, como así también un sistema de atención con base en la comunidad, con una red de cuidados continuos.

Pero, además, uno de los principales desafíos clínicos que se mencionaron, está orientado a que las intervenciones que se despliegan en el marco del Centro de Salud Mental de las Juventudes no se limiten a acallar los síntomas o a un mero alivio temporal de la situación; sino a la necesidad de promover una elaboración e implicación del sujeto en lo que le está sucediendo. Si no se da lugar a esto último, siempre merodeará el riesgo de que la intervención quede al servicio de la famosa “puerta giratoria”, porque como nos enseña el Psicoanálisis, si le cerramos la puerta al síntoma o lo expulsamos, inevitablemente retornará ingresando por la ventana.

El desafío tiene que ver con la posibilidad de que la situación sea tramitada. Que sea tramitada implica que no quede ligada a una catarsis o a una mera asistencia a una necesidad. Si no que ahí el desafío clínico es que se pueda producir una elaboración de lo que ocurre, de ese real que se presenta, que se pueda promover una elaboración de eso. Eso sería

a nivel clínico lo deseable, lo que está en el horizonte. Que no quede como un hecho aislado porque si no lo que ocurre es que se repite. (Entrevista 1, 2022).

Al mismo tiempo, haciendo referencia a que, generalmente, el contacto con las adolescencias es cuando están estalladas o cuando los adultos a cargo ya no pueden más con esos adolescentes. Una de las Psicólogas entrevistadas sostenía: *“Pienso que es una deuda para nosotros como equipo de salud, de pensar qué otras cosas, qué otros modos, qué otros lados son posibles con las adolescencias.”* (Entrevista 5, 2022). En este sentido, agregó que estos ‘otros modos’ pueden estar relacionados con continuar trabajando en dispositivos que alojen las adolescencias y juventudes que acuden ante una situación de urgencia subjetiva; sin por ello dejar de lado todas aquellas acciones tendientes a la prevención y promoción de la Salud Mental en la comunidad, que actúa precisamente sobre los factores de riesgo, antes de que la crisis se desencadene, al mismo tiempo que se construye una red de apoyo y contención con base en la comunidad.

[...] sostener los espacios grupales, sostener actividades de prevención y promoción, sostener actividades comunitarias... digo sostenerlas porque esos pedidos [refiriéndose a las urgencias subjetivas] vienen en la individualidad y hay que resolverlo ya y demás, a veces terminamos entrando en esa lógica de lo asistencial y se responde de manera asistencial. Cuando esto pasa, muchas actividades grupales que teníamos planificadas se suspenden y quedan para otro momento... Entonces me parece que sostener esos espacios es un desafío, sin excluir o dejar de lado los espacios individuales, pero habilitando otros espacios. (Entrevista 5, 2022)

Aun así, dicha Psicóloga mencionó que no se trata de una tarea de fácil consecución; por el contrario, también plantea obstáculos que uno tiene que estar dispuesto a afrontar:

Yo entiendo que esos espacios implican un tiempo de construcción que a veces es mucho más complejo. No digo que no sea complejo un trabajo psicoterapéutico con las adolescencias, pero sí que a veces construir y sostener esos espacios de prevención y promoción es complejo, es difícil, lleva mucho desgaste y no me parece que haya que subestimarlos, no son excluyentes de otros espacios y tienen la misma importancia y la misma perspectiva de salud, quizás más tradicionales o más clásicos, incluso que el imaginario social tiene instalado como lo único que espera o que busca cuando llegan a los efectores de salud. Te dicen: “Vengo por un turno en psicología”, quizás un trabajo que nos concierne a nosotras como profesionales sea ofrecer e instaurar otras posibilidades y espacios, porque los abordajes en Salud Mental o los abordajes interdisciplinarios pueden ofrecer otros espacios. (Entrevista 5, 2022).

B. Desafíos institucionales

Es muy frecuente que lleguen al Centro de Salud Mental de las Juventudes situaciones que per se están apremiadas por la exigencia de haber tenido que ser resueltas, no ahora, sino ayer; por ejemplo, de tener que entregar el informe para la resolución del caso lo antes posible.

Una de las Psicólogas entrevistadas refería que en muchas ocasiones llegan situaciones que son transmitidas con mucha perentoriedad, pero al mismo tiempo los recursos de la institución, sobre todo el recurso humano, no dan a basto para dar respuesta de manera inmediata sin dejar de lado muchas otras cuestiones que también son importantes.

En otras ocasiones, es el sujeto en primera persona quien reclama que se resuelva con premura esta situación por la que está atravesando. “No hay tiempo”, pero en algunos casos tampoco recursos y surge el desafío de tomar una decisión al respecto de qué hacer luego de alojar la situación: ¿hace falta medicar?, ¿hace falta una internación?, ¿quién podrá realizar el seguimiento del caso?, ¿cómo hacer para no dejar al sujeto aún más desamparado ante la toma de este tipo de situaciones?

[...] en estos tiempos también llega la cosa de YA, YA, YA, necesito esto YA, hay que resolver esto YA. Esto también lo pienso como una urgencia, que quizás no sea una urgencia subjetiva propiamente dicha, pero el pedido, la demanda, viene de esa manera que a veces deja al equipo perplejo y no sabes la respuesta, o se te dificulta crear y generar ese momento de bueno, paremos y pensemos antes de intervenir. (Entrevista 5, 2022)

Sin recursos, pero, sin embargo, de una manera absolutamente rápida, eficaz y eficiente, ¿cómo una demanda de tales características puede no enfrentar a los profesionales que intervienen frente a sus propias urgencias?, ¿cómo dosificar la angustia que genera trabajar con semejantes situaciones de sufrimiento subjetivo y en contextos realmente adversos?

No son interrogantes sencillos, pero trabajar estas cuestiones al interior de los equipos la constituye en sí misma como una herramienta valiosa para estar preparados e interpelarse colectivamente al respecto de las intervenciones que se despliegan. En efecto, *“[...] muchas veces, hay que hacer todo un trabajo para poder ubicar qué intervenciones, en qué tiempo y de qué forma se tienen que llevar a cabo.”* (Entrevista 1, 2022).

¿De qué manera se puede afrontar y sobrellevar esto?

“Nunca solo, siempre con otro.” (Entrevista 2, 2022)

“[...] todos necesitamos de otros. Es con otros. Acá la formación de equipos ha sido clave, el saber que tenés que trabajar a determinada hora, pero sabiendo que en el consultorio que está al lado hay alguien es sumamente importante. [...] ¿Cómo hacemos nosotros con nuestra propia angustia? Compartir con otros [...].” (Entrevista 4, 2022)

En este sentido, una de las herramientas que aparece en primer plano para darle respuesta a estas situaciones marcadas por el exceso, fue la referente a la interdisciplina, que como bien mencionaba uno de los Psicólogos: *“Tiene que ver con la diversidad de discursos, con la apertura y el diálogo con otras disciplinas.”* (Entrevista 1, 2022). Una modalidad de abordaje que va más allá

de la presencia simultánea y conjunta de diversas profesiones y que, en sí misma, nunca deja de plantear un desafío de gran espesor teórico y práctico.

La interdisciplina nos remite a un modo de posicionarse en la práctica que posibilita trazar estrategias de tratamiento e intervenciones con otros, lo cual requiere de una disposición a encontrarse, dialogar, escuchar y sostener una actitud de apertura hacia las diversas perspectivas.

Para mí es una gran satisfacción. La posibilidad de encontrarte con el psiquiatra o con las trabajadoras sociales, la posibilidad de realizar una entrevista conjunta porque sabes que laburás con padres también, porque sabes que necesitas hacer alguna puntuación o alguna cuestión por el estilo, la posibilidad de presentarle al joven la institución e ir encontrándonos con los profes de música, de artes plásticas y que ahí mismo se pongan de acuerdo para participar en algún espacio. (Entrevista 4, 2022)

Todos los profesionales entrevistados se refirieron al trabajo interdisciplinario como uno de los pilares más valiosos de su intervención en el marco de la institución. En este sentido, gran parte de la riqueza en las intervenciones que tienen lugar en el Centro de Salud Mental de las Juventudes es el hecho de reunirse en la diversidad de disciplinas, de formación y de tareas, haciendo del espacio institucional un lugar donde una interlocución es posible y, en muchos casos, imprescindible para poder tramitar estas situaciones de urgencia que también atraviesan a los profesionales a cargo de recepcionarlas y acogerlas.

Uno de los Psicólogos entrevistados, menciona que el hecho de escuchar diferentes intervenciones desde diversos lugares le permitió “[...] ubicar momentos en los cuales uno no puede confiar en la omnipotencia de la palabra y hay que apelar a otros discursos, [...] también en ese punto entra en juego la castración de uno a la hora de intervenir.” (Entrevista 1, 2022). En sintonía con esto, otro Psicólogo entrevistado sostenía: “Sabemos que las problemáticas son muy grandes y complejas como para trabajarlas solo, tenés que dejar la omnipotencia de lado [...].” (Entrevista 2, 2022).

Fomentar espacios de encuentro para hacer, pensar y problematizar en conjunto; conocer otras perspectivas u otros paradigmas, poner los casos sobre la mesa y pensar de manera interdisciplinaria, atravesados por distintos discursos y diferentes concepciones, es una forma de poder sobrellevar la cotidianidad de la institución, sin quedar arrasado por las situaciones que se presentan. En esto también reside la riqueza de las intervenciones que tienen lugar en la institución, tal como menciona uno de los entrevistados: “La clínica en lo público se convierte en algo mucho más rico y mucho más arduo de llevar adelante, que convoca [...] la posibilidad de que otros saberes, otras disciplinas y otras profesiones entren en juego para garantizar una restitución de derechos.” (Entrevista 1, 2022)

Indudablemente, la complejidad de las presentaciones y los desafíos de la clínica demanda intervenciones articuladas con otras prácticas, con otras disciplinas y el hecho de reunirse en un espacio común donde lo que los convoque sean los problemas que los atraviesan, sin limitarse por

los cercos disciplinares, se constituye en una práctica muy enriquecedora, que habilita un saber hacer institucional. Es más, podríamos decir que, para arribar a un tratamiento integral, la interdisciplina se impone como una acción necesaria y oportuna.

La Ley de Salud Mental plantea que toda intervención debe ser interdisciplinaria, pero la realidad institucional hace que muchas veces, lamentablemente, no contemos con el suficiente recurso humano como para abordar todas las situaciones que llegan de manera interdisciplinaria porque no nos da la capacidad en relación con el volumen de demanda. Pero sí, cuando la situación es grave y compleja, donde hay diferentes dimensiones que requieren ser abordadas desde el trabajo social, la farmacología, la psicoterapia, los dispositivos de taller... Allí bueno, recurrimos a todos los recursos que tengamos disponibles, incluso a intervenciones interinstitucionales: con escuelas, con organizaciones barriales u otras organizaciones de referencia, con la familia... (Entrevista 6, 2023).

Por otro lado, una de las Psicólogas entrevistadas se encargó de darle un especial énfasis a la interdisciplina, planteándola en sí misma como un espacio de cuidado para los profesionales.

A mí siempre me atravesó ese interrogante respecto del cuidado de nuestra Salud Mental, porque eso también repercute en cómo intervenimos, en cómo acompañamos, en cómo generamos esos espacios de cuidado, cuidándonos también nosotros. (Entrevista 5, 2022)

En este sentido, la compañía de un otro al momento de asumir el desafío de intervenir con las urgencias de quienes consultan en la institución, es registrado como una forma de cuidado y, por lo tanto, una modalidad por la que debemos continuar aportando toda vez que sea posible. Como bien sostiene Korinfeld, para que las intervenciones sean posibles, “debemos cuidar a los cuidan, acompañar a quienes acompañan, cuidarnos entre otras cuestiones de nosotros mismos, de los voluntarismos y aquello que se ha llamado la subjetividad heroica” (Korinfeld, 2017, p. 12).

La profesional antes mencionada destaca que entre las ventajas con las que cuentan desde la institución para intervenir ante cada desafío que se presenta son: el trabajo en equipo para llevar a cabo propuestas, habilitar talleres, participar del dispositivo de recepción de demanda y coordinar espacios; y los espacios de reunión de área, que al mismo tiempo funcionan como espacio de ateneo o supervisión.

Tenemos las reuniones de área, que son una vez al mes. Eso también es un recurso de cuidado, no solo es un espacio de pase de información, sino que tiene otra lógica de poder dialogar sobre situaciones, de poder plasmar y transmitir los interrogantes que tenemos en relación a esas situaciones que acompañamos, de pedir acompañamiento. Es un lugar donde podemos plantear: “Miren compañeras... Estoy trabajando en esta situación, no sé cómo lo ven ustedes, cómo les parece que podríamos continuar, qué otros espacios se podría proponer...”. Eso tiene que ver con socializar algunas situaciones y pedir de alguna manera sugerencias, señalamientos. Son como pseudo-supervisiones, si se quiere. No tenemos espacios de supervisión propiamente dichos, con la formalidad que implica, pero sí, lo dialogamos en

equipo y eso es un espacio de cuidado. Es un espacio de encontrarnos en la vorágine del laburo, respetarlo y sostenerlo. (Entrevista 5, 2022).

En este sentido, las intervenciones que se despliegan son una construcción continua y conjunta, que no están dadas de una vez y para siempre, sino que requiere constantemente socializar los casos con los que se está trabajando, dialogar al respecto, pensar juntos y alcanzar una visión compartida sobre cómo intervenir o de qué maneras se puede continuar.

“[...] a cualquiera se le “queman los papeles”, en cualquier momento, por más años de experiencia que tengas... Acá hablamos y trabajamos con lo real, siempre nos tropezamos con eso.” (Entrevista 1, 2022).

Todos estos espacios sirven no sólo para establecer una distancia al momento de intervenir, sino también para reconocer las propias dificultades, los límites de cada quien y localizar aquellos casos en los cuales es mejor derivar, porque lo llevan a uno mismo a puntos de angustia o necesariamente se deben tocar temas que para uno pueden ser insoportables. En 1962, Jacques Lacan comienza a dictar el seminario sobre “La angustia” y entre sus primeras palabras dirá que el analista no está libre de sentir angustia en las primeras relaciones con el paciente.

Al mismo tiempo, cuando la interdisciplina o la intersectorialidad no se puede producir, genera angustia. Angustia que los/as profesionales refirieron al hecho de quedarse en soledad o con pocos recursos para intervenir y producir efectos terapéuticos.

Por supuesto que generar un espacio donde poder detenerse a reflexionar colectivamente, requiere tiempo y predisposición. En este punto también es donde aparecen parte de los desafíos a los que los/as profesionales se enfrentan en su trabajo cotidiano en la institución. El trabajo con otros también envuelve dificultades que debemos estar dispuestos a afrontar.

A veces no encontrar interlocutores en otras instituciones, por ejemplo, que son necesarias y que muchas veces lleva a que algunas cuestiones no se puedan resolver. Encontrarse con otros tiempos de intervención. Todo eso también produce angustia, en la jerga se conoce como “quedarse solo” ante determinadas situaciones que son muy complejas, muy frondosas y en las que uno se “encuentra solo” pateando de centro y yendo a cabecear. Esto genera angustia y malestar, lógicamente, en quien está llevando adelante la intervención. (Entrevista 1, 2022)
El obstáculo siempre es tratar de lograr la mayor cantidad de coordinaciones, interdisciplina e interconsulta con otros profesionales y otras instituciones. El solo hecho de que alguien externo a la institución te lo mande como “derivado” tiene como una idea de que te lo depositan en este lugar para que uno resuelva el tema, a sabiendas de que tenés que trabajar con distintas disciplinas y sectores. (Entrevista 2, 2022)

En otra entrevista se menciona la existencia de “Desafíos en relación a cómo incorporar determinadas instituciones para que vayamos todos en un mismo sentido, aunque de diferente forma. El diálogo institucional, a veces, se torna un poco desorden.” (Entrevista 4, 2023)

Paralelo a esto, otra forma de hacerle frente a los excesos clínicos e institucionales, mencionada en reiteradas ocasiones por los/as Psicólogos/as entrevistados/as, fue el análisis personal. En todas las entrevistas apareció la mención acerca de la importancia que tiene el propio análisis, como un espacio que cada uno/a como profesional debe tener, incluso también como espacio de cuidado.

Entre los motivos por los cuales este espacio resulta significativo, podemos retomar algunos dichos que tuvieron lugar en el marco de las entrevistas efectuadas:

[...] por más que estemos de este lado... muchos años de análisis. Es fundamental. No es por un deber ser, es por un querer estar. Porque somos de otra generación, pero también fuimos adolescentes, entonces si no las trabajas primero con vos... No hay un modo ideal, pero si te tiene que encontrar bastante más armado. (Entrevista 4, 2022)

En la entrevista 2 el profesional refiere que:

Transitar un proceso analítico permite discernir los límites. En el sentido de poder decir: “Bueno, mirá, esta situación me angustia, no la puedo recibir”, y apelar a un compañero, una compañera que también lo auxilie a uno. Eso también es parte de la ética, poder encontrar un límite y decir: “Yo hasta acá puedo... Esto no lo puedo continuar... Esto no lo puedo resolver”. En ese punto es valioso el proceso analítico que cada uno haya llevado, para poder uno encontrarse o no, con las herramientas necesarias para poder trabajar con alguien que está en una situación de urgencia subjetiva. (Entrevista 1, 2022)

Y continúa mencionando al respecto:

Podemos estar siendo llamados, indirectamente, a un lugar como sujeto. Cuando uno entiende que está siendo convocado allí... no porque a uno lo convoquen, sino porque el decir mismo, la situación misma, la escucha te va dejando en ese lugar de sujeto y entiendo que es una de las cuestiones de las cuales hay que despojarse para llevar a cabo una intervención. (Entrevista 1, 2022).

Por último, pero no por ello menos importante, uno de los obstáculos a nivel institucional que pudieron identificar los/as Psicólogos/as entrevistados refiere a la lejanía con que se encuentra el Centro de Salud Mental de las Juventudes, con respecto al centro de la ciudad de Paraná, lo cual en muchas ocasiones dificulta la llegada de los/as adolescentes a la institución o produce que algunos tratamientos se interrumpan.

Estamos lejos... es un edificio nuevo y hermoso, pero está muy lejos. Entonces, jóvenes que vienen, jóvenes universitarios, jóvenes que ya tienen acompañamiento de adultos y tienen moto y tienen un manejo de colectivo. Para ellos también es muy significativo poder venir acá. A muchos les encanta, porque es un lugar muy lindo, pero queda súper lejos. [...] No es que alguien, que no sea del barrio, llegue tan fácilmente... Hay tránsito pesado, mucho camión, mucho lleno de cosas, hay accidentes, hay muchas avenidas por acá, estamos

rodeados de comunidad gitana, barrio industrial y todo esto ha cambiado nuestro panorama.
(Entrevista 4, 2022).

5.4. EFECTOS TERAPÉUTICOS

¿Por qué me habla usted de curar si de lo que se trata es de saber acompañar a un ser en su desamparo?, Korinfeld (2017) retoma esta pregunta de Donald Winnicott dirigida a Maud Mannoni, ambos reconocidos por su trabajo en el campo social con niños y adolescentes, y nosotros adherimos a esta pregunta para comenzar a desplegar lo que concierne a los efectos terapéuticos, en torno a las respuestas obtenidas en nuestro acercamiento al campo.

En efecto, es muy diferente acallar el malestar de un sujeto taponándolo con psicofármacos o directivas para que el motivo que lo llevó a consultar no se manifieste o se “disuelva”; que generar un espacio-tiempo para que ese malestar se despliegue y sea elaborado subjetivamente por el sujeto. En esto radica la divisoria de aguas entre las prácticas objetivantes y prácticas subjetivantes.

Partiendo de las entrevistas realizadas a los profesionales, podemos aseverar que las prácticas que se despliegan en el Centro de Salud Mental de las Juventudes son eminentemente subjetivantes en tanto consideran el caso por caso de quienes consultan, los distintos tiempos, los recursos subjetivos de los/as adolescentes y jóvenes que se acercan a la institución, sus derechos y su responsabilidad progresiva; como así también, el momento en que se encuentran los sujetos que consultan y la gravedad de la situación, para tomar decisiones con respecto a las posibilidades y limitaciones de que el tratamiento se lleve a cabo en el marco de la institución o la necesidad de derivarlo a otro efector de salud, estableciendo los nexos y redes necesarias para alojar en todo momento ese malestar insoportable.

5.4.1. Lo terapéutico de las intervenciones

En algunos casos, ante la pregunta acerca de los efectos terapéuticos que producían sus intervenciones ante urgencias subjetivas, se notó una suerte de desconcierto o una necesidad de contar con mayor cantidad de tiempo para reflexionar al respecto, en comparación con las respuestas brindadas acerca de qué entendían por urgencias subjetivas o cómo intervenían ante estas presentaciones clínicas.

Además del tiempo que se tomaban para elaborar y brindar una respuesta acabada acerca de esta importante dimensión de nuestra investigación, esto último se vislumbró, en algunos casos, por como iniciaban su relato: *“Y... Sí. Si se producen, creo yo”* (Entrevista 2, 2022); como así también, por la dificultad que se identificó, en otros casos, de localizar una viñeta clínica claramente delimitada que diera cuenta de qué manera se ven estos efectos terapéuticos en la práctica: *“Bueno... Como viñeta, en este momento, no se me ocurre ninguna en particular.”* (Entrevista 6, 2023)

Si bien, todos los entrevistados coincidieron en que las intervenciones que se realizan en el Centro de Salud Mental de las Juventudes, producen efectos terapéuticos en quienes consultan, las

respuestas en torno a esto dieron cuenta de la necesidad de continuar reflexionando y problematizando las intervenciones en diferentes espacios de encuentro entre profesionales.

Consideramos que, un primer momento, parte de este desconcierto pudo haberse ocasionado por el significante “efectos” que, en nuestra disciplina en general, pero en Psicoanálisis, particularmente, puede resultar conflictivo al remitirnos a la idea lineal y reduccionista de causa-efecto; sobre todo cuando el detenerse a reflexionar sobre la práctica misma y las consecuencias de las acciones y decisiones que se emprenden en el marco de la clínica, no ocupa un lugar preponderante.

Al mismo tiempo, parafraseando a Thompson, S., Mattera, S., Mordoh, E., Gurevicz, M. y Lombardi, G. (2005), el significante “terapéutico” en muchas ocasiones es ubicado en disyunción con el psicoanálisis mismo. Esto último, producto de múltiples factores que van desde las posiciones de los propios psicoanalistas, hasta las interpretaciones distorsionadas que se han realizado de enunciados aislados de Freud o Lacan sobre el tema.

Uno de los enunciados de J. Lacan, a los que se refieren los autores antes mencionados, es el que sostiene que “[...] la única definición posible de la terapéutica es la de la restitución a un estado primero. Definición imposible, precisamente, de plantear en psicoanálisis” (Lacan, 1967, pp. 10-11). Si continuamos esta línea de pensamiento de Lacan, el tratamiento psicoanalítico no puede ser concebido como una terapéutica tradicional, al menos no como las demás. Pero esto no significa que no produzca efectos.

Las intervenciones no son ingenuas. Consideramos que toda intervención desplegada por cualquier personal o profesional de salud -en el caso que nos convoca: Psicólogos y Psicólogas-, genera efectos. La pregunta es ¿en qué sentido estos efectos se pueden tornar terapéuticos?

En principio, para comenzar a trazar una respuesta acerca de esto, estamos en condiciones de afirmar que los efectos propios de nuestra práctica no están orientados a un retorno al estado anterior, tal como se mencionó anteriormente, sino más bien con un cambio de posición del sujeto con respecto a su padecimiento. Desde el psicoanálisis, el retorno a la modalidad que el sujeto encuentra para sostener el malestar por medio de la estrategia del fantasma, se relaciona con el “fracaso de nuestro dispositivo” (Thompson; Mattera; Mordoh; Gurevicz y Lombardi, 2005, p. 266).

Por otro lado, considerando que los efectos terapéuticos suceden a posteriori de las intervenciones y no existe un cálculo preciso cuando se trata de entrar en contacto con un sujeto y su padecimiento subjetivo, la reflexión sobre los mismos se realiza siempre en un momento posterior a la práctica misma, parafraseando a Lombardi et al. (2005). Y, en ese sentido,

un rasgo que creemos poder definir como distintivo de la práctica psicoanalítica es una exigencia que no recae simplemente sobre la producción de efectos, sino sobre las vías seguidas para su obtención. (Thompson; Mattera; Mordoh; Gurevicz y Lombardi, 2005, p. 267)

La preocupación por los efectos terapéuticos es una reflexión que, si bien no está desvinculada de los medios que se utilizan en la práctica misma, suele realizarse en un momento a posteriori. Como dimos cuenta anteriormente, los/as Psicólogos/as entrevistados/as reflexionan a menudo sobre sus prácticas en instancias de supervisión, trabajando interdisciplinariamente y participando de ateneos clínicos, sin embargo, este señalamiento podría constituirse en un puntapié significativo para reabrir el debate en torno a los efectos terapéuticos que producen las intervenciones que se despliegan en la institución, los cuales no son sin consecuencias para aquellos sujetos que acuden a la institución.

Reflexionar sobre los efectos terapéuticos nos remiten a la necesidad de repensar el posicionamiento ético que todo profesional de la Salud Mental toma ante el padecimiento de un sujeto. Uno de los profesionales mencionaba al respecto “[...] [en mi práctica] *pienso al Psicoanálisis como una ética de las consecuencias. Voy pensando los efectos que produce mi intervención desde ese lugar [...]*” (Entrevista 1, 2022).

En sintonía con esto último, los/as Psicólogos/as entrevistados/as dejaron entrever en sus dichos que en su práctica no consiste en una búsqueda incesante de “efectos terapéuticos”, porque si bien entienden que efectos siempre se van a producir, los mismos son consecuencia de la práctica misma y el hecho de anticiparse deliberadamente no es garantía suficiente. Tal como mencionaba uno de los Psicólogos entrevistados, “[...] *hay que tener en cuenta que cuando se presenta una situación, sobre todo si es una situación de urgencia, uno no tiene y no tiene que tener una performance ya armada [...]*” (Entrevista 2, 2022).

Otra Psicóloga entrevistada mencionaba que: “*Han llegado muchas situaciones en la que los jóvenes llegan [...] desbordados y [...] nos interpela en relación a si esa intervención será suficiente*” (Entrevista 6, 2023).

Planteado esto, ¿a qué efectos terapéuticos dan lugar las intervenciones desplegadas desde el Centro de Salud Mental de las Juventudes?

Algunos de los efectos terapéuticos son posibles de ser visualizados en el marco de esa primera escucha o en un tiempo posterior, cercano a esa consulta.

Uno de los aspectos notables, que merece la pena ser destacado por la frecuencia con la que fue mencionado en el marco de las entrevistas realizadas, es el fenómeno del alivio que genera la llegada de los sujetos al Centro de Salud Mental de las Juventudes. Este aspecto hace referencia tanto al alivio del sujeto que porta la urgencia, como así también al alivio que experimentan los padres, las madres o adultos/as responsables que acompañan, fundamentalmente a los/as adolescentes más jóvenes.

Este alivio además aparece muy ligado a la contención y a la escucha que brindan, “*muchas veces de lo que se trata es de ofrecer una contención a través de la escucha. De una escucha atenta, una escucha preocupada, una escucha afectuosa*” (Entrevista 3, 2022). Según sostenía otro de los profesionales entrevistados: “*Si uno les permite a los adolescentes que se expresen y se apropien de*

este espacio, es posible brindar una contención y que ellos se sientan más aliviados.” (Entrevista 2, 2022)

Pero, además, hay un primer efecto que se desprende de nuestra presencia. “Estar allí, dispuestos a alojar lo subjetivo, permite una primera direccionalidad: que quien consulta tenga a quien dirigir su sufrimiento más profundo.” (Camaly, p.113; en: Sotelo, 2005). Tal como lo menciona una de las Psicólogas entrevistadas: *“Algo que calma mucho a las urgencias subjetivas que nos traen los jóvenes es saber que lo escucha un adulto. Te lo dicen. [...] cobra valor el solo hecho de que alguien de otra generación pueda escuchar.”* (Entrevista 4, 2022)

En este sentido, podemos aseverar que el hecho de permitir el despliegue de la palabra genera un alivio significativo en los sujetos que consultan, por el solo hecho de estar dirigido a alguien ubicado en un lugar capaz de alojar su relato; y, cuando aquellos que recepcionan la situación de urgencia, ofrecen tiempo, atención, escucha y un espacio, realmente marca la diferencia.

Algunos de los Psicólogos entrevistados, cuando se les preguntó a qué apuntan las intervenciones ante una urgencia subjetiva, mencionaban al respecto:

“[...] en el general de los casos, tiene que ver con aliviar al sujeto que porta ese malestar o porta la urgencia”. “[...] poder hacer alguna maniobra que permita generar alivio y contención.” “[...] lo que podemos hacer como analistas, desde la clínica, es acompañar, darle lugar a una elaboración posible, que ese sujeto pueda tener un tiempo de comprender lo que ha ocurrido [...].” (Entrevista 1, 2022)

“Darles contención, apoyo, siempre desde la palabra, el acompañamiento...” (Entrevista 2, 2022)

“Nosotros acá le ofrecemos, en el caso de los psicólogos, un lugar de escucha y contención.” (Entrevista 3, 2022).

Toda esta experiencia de acompañamiento apunta a producir efectos subjetivantes, sostiene Korinfeld (2027), quien entiende por efectos subjetivantes a “las modificaciones en las relaciones que el sujeto establece consigo mismo, a la implicación y responsabilización en su posición, y respecto a los avatares en su historia libidinal e identificatoria” (P. 10).

Muchas veces los efectos terapéuticos vienen de la mano de alojar, en un primer momento, y acompañar, en todo lo que sigue a esa primera escucha. El solo hecho de generar un espacio-tiempo en el que el sujeto que consulta, aquejado por un malestar insostenible, encuentre a alguien capaz de escucharlo y alojar su historia, su relato, su malestar, genera un alivio importante. Y, además, el hecho de saber que ya no está solo, que alguien estará acompañándolo y haciéndoles un seguimiento, también alivia. Una de las Psicólogas entrevistada mencionaba al respecto:

El foco está puesto en ir armando un sostén. Y tiene efectos, por supuesto que si [...] este registro que se hace del sufrimiento, esto de darle un lugar, de alojar ese malestar, ese padecimiento y darle la importancia que tiene que tener, genera efectos terapéuticos. (Entrevista 6, 2023).

Y profundiza un poco más sobre este aspecto de reconocer y darle el estatuto de verdad a ese padecimiento, cuando añade:

A veces sucede que, en los jóvenes que atendemos; sobre todo en los más jóvenes, es decir, en los adolescentes de 14 a 17 años, es frecuente encontrarnos con un sufrimiento que no tiene registro a nivel familiar. En estos casos, darle la importancia que tienen que tener o recuperar la importancia de esa situación de sufrimiento y poner a los familiares y a la escuela al tanto de la gravedad o magnitud de ese malestar, poniéndonos a trabajar en conjunto, comprometiéndonos, conmover algo de eso... genera otra cosa, tiene efectos. Sobre todo, tiene efectos en los jóvenes porque es como “ya no soy invisible”. Estas intervenciones son terapéuticas, por supuesto. (Entrevista 6, 2023).

Encontrarse con un otro que le dé lugar a ese sufrimiento y sancione la relevancia que se le debe reconocer a eso que está aconteciendo, que ese sujeto pueda comenzar a decir algo sobre aquello que realmente le preocupa o lo ocupa en un espacio que en el que no será juzgado y sus palabras serán tenidas en cuenta con la relevancia que merece, alivia y genera efectos terapéuticos.

El analista, en este sentido, es el que hace de ese síntoma, de ese decir, un sufrimiento que porta una verdad y en este acto convierte los signos en significantes que se ordenan en una cadena que habla del sufrimiento de ese sujeto y que, detrás de ese sufrimiento, hay una verdad subjetiva. “Es la intervención de un analista lo que posibilita que la urgencia se constituya en subjetiva una vez localizado el sujeto, una vez articulada la urgencia a un significante que represente al sujeto para otro significante produciendo un efecto de alivio.” (Gutiérrez, 2015, p. 1248).

Uno de los profesionales entrevistados mencionaba: “[...] uno le hace un lugar; efectivamente preocupándose por él... si viene, si no viene, porque deja de venir; llamándolos por teléfono.” (Entrevista 3, 2022)

Pero, además, consideramos que esto último, contribuye en gran parte a que la urgencia se subjetive, es decir, que el sujeto se implique en eso que le está sucediendo, que reconozca que ese padecimiento que lo llevó al Centro de Salud Mental de las Juventudes tiene que ver con su historia, y lo pueda inscribir en otro registro.

La calma que se produce, en algunas ocasiones durante esta primera entrevista o en el mismo dispositivo de recepción de demanda o primera escucha que ofrece el Centro de Salud Mental de las Juventudes, tiene que ver con esto porque como bien dice Belaga (2004) “es que ya el reconocimiento del otro produce un sentido (libidinal)” (p.16).

Por otro lado, el crear o pensar con los sujetos diferentes herramientas que le sirvan para responder y hacer otra cosa frente a esa angustia, malestar, sufrimiento, en caso de que vuelvan a sorprenderlos, también genera efectos terapéuticos. Uno de los entrevistados mencionaba acerca de esto: “[...] que puedan elaborar algo [...] de lo que les ocurre y que puedan llevarse un saber hacer; por lo menos, al respecto de esas urgencias subjetivas. [...] promover la elaboración.” (Entrevista 1, 2022).

Asimismo, el hecho de que el Centro de Salud Mental de las Juventudes quede como un espacio de referencia para estos sujetos y que, en caso de ser necesario, puedan acudir en otras condiciones no tan desbordadas, cuando sientan que la angustia se avecina o se está tornando insostenible, nuevamente; también se constituye como un valioso efecto terapéutico.

5.4.2. Lo terapéutico de los espacios grupales

El Centro de Salud Mental de las Juventudes, tal como se mencionó en otras oportunidades, cuenta con dispositivos individuales y grupales, pero en este caso pondremos el foco en estos últimos espacios porque consideramos que es uno de los distintivos o diferenciales de la institución y un recurso terapéutico que fue mencionado en reiteradas ocasiones durante las entrevistas, haciendo alusión a los efectos que produce en quienes los habitan.

Si bien los espacios grupales no son la primera opción terapéutica que se ofrece a quienes consultan urgidos por un malestar insostenible, se constituyó en una referencia ineludible en tanto apareció en reiteradas ocasiones en el marco de las entrevistas, como un recurso valioso con el que cuentan en la institución.

Acá hay talleres [...] porque hay cosas que son difíciles de decir y otras que directamente son imposibles de pronunciar. No importa la estructura, hay cosas que quizás no sean dichas nunca, pero son expresadas de otro modo. Por tanto, contamos con el arte y tratamos de acercar a los pibes también a los talleres [...]. (Entrevista 4, 2022).

Darle relevancia a los espacios grupales-comunitarios cobra especial importancia si consideramos que los cambios vertiginosos que vivimos en la sociedad actual repercuten en todos los aspectos de nuestra cotidianeidad como sujetos de la cultura y la configuración de los lazos sociales no son una excepción.

Una de las Psicólogas entrevistadas mencionó que uno de los aprendizajes más significativos que extrae de su práctica en la institución es:

[...] lo valioso que es para este momento de la vida, para esta franja etaria con la que trabajamos, los pares y los lugares donde los jóvenes participan de propuestas grupales, llámese un club, sea una reunión con amigos, un encuentro informal, el compartir en los recreos cuando hablamos de la escuela [...]. (Entrevista 6, 2023)

La cuestión del lazo social en la adolescencia no es un aspecto menor, es una arista sumamente importante para este momento de constitución subjetiva. F. Doltó (1985), decía al respecto: “Es justamente el grupo [...] quien los ayudara a vivir su mutación” (p.124).

En el trabajo cotidiano, sobre todo en efectores del primer nivel de atención, suele aparecer esta divisoria de aguas entre la clínica individual, mayormente psicoanalítica-asistencial, por un lado, y dispositivos comunitarios o grupales, por el otro. Sin embargo, lo que en todo momento

transmitieron los/as profesionales entrevistados/as, es que los espacios grupales también tienen una potencialidad muy rica y contribuye a alimentar los vínculos que establecemos y mantenemos con nuestra comunidad y a formar redes, sin por ello dejar de lado lo individual.

Sin negar que el trabajo psicoterapéutico con las adolescencias es complejo, gran parte de los/as Psicólogos/as entrevistados/as sostuvo que sostener espacios grupales, que estén orientados no solamente al tratamiento, sino también a la prevención y promoción, no deja de ser complejo y resulta relevante no subestimar la eficacia de los mismos como espacios que también son capaces de producir efectos terapéuticos.

Quienes trabajamos también en dispositivos grupales, tenemos la posibilidad de generar intervenciones en las cuales se produce un pasaje acompañado, en una maniobra transicional, a espacios del orden de lo grupal. Espacios grupales donde ellos pueden intercambiar, interactuar con pares y se generan situaciones en las cuales se les da un lugar a su opinión, se les da un lugar diferente a su palabra y se producen interacciones reguladas dentro de un marco de respeto y una situación cuidada. (Entrevista 1, 2022).

Otro relato indica [...] muchas veces se escucha en el discurso que los talleres, los espacios grupales, lo comunitario es como lo más.... ¿Cómo decirlo? Como si lo único que importara y lo único que generará efectos subjetivos son las instancias psicoterapéuticas individuales o trabajar solo y exclusivamente con la singularidad del adolescente o la adolescente. [...] A veces se subestima lo comunitario como que solo es ir al barrio y lo profesional solo tiene jerarquía si se hace en un consultorio o la clínica, es solo asistencial, cuando eso no es así porque en lo comunitario también hay efectos subjetivos y saludables. (Entrevista 5, 2022).

[...] esos espacios lo que generan es la promoción de lazos sociales y si hay algo que en las adolescencias que es importante es justamente eso. Allí vemos cómo los pares sostienen subjetividades, entonces eso es lo que me parece más potente de los espacios grupales. [...] Me parece que el denominador común de todas esas actividades, espacios, dispositivos que tienen esta impronta de promoción, prevención y la actividad comunitaria tiene esto de potente: la promoción de lazos sociales y de conformación de redes. (Entrevista 5, 2022)

En la adolescencia, la formación de la identidad y las relaciones con los pares son cruciales. En este sentido, los espacios grupales pueden ser poderosos en la promoción de lazos sociales y en la construcción de redes de apoyo. Los/as adolescentes pueden aprender a relacionarse de manera más saludable y a desarrollar una sensación de pertenencia en estos entornos.

Por otro lado, la repercusión de estos espacios a nivel terapéutico, no se limita solamente a la posibilidad de acceder por parte de sujetos con una estructura neurótica. Uno de los entrevistados comentó, a modo de ejemplo, el caso de tres pacientes con una estructura psicótica y como el acceso a los dispositivos grupales fue un acontecimiento significativo en la producción de efectos terapéuticos.

En estos casos [sujetos con una estructura psicótica] siempre se producen muchas dificultades, sobre todo con el intercambio, en el plano del lazo social, por ejemplo. Y, sin embargo, estos chicos han podido acceder a espacios grupales. Se trataban de situaciones gravísimas, que estaban internados en residencias del CoPNAF, con mucha agresividad, con autolesiones... Y han encontrado en el espacio de taller, en esa bisagra que se produce. [...] Gratamente, me he encontrado con que este pasaje [del espacio individual, a participar de espacios grupales] repercute en su vida personal, en la vida de estos jóvenes. Sobre todo, con estas características tan difíciles de amarrar, para las instituciones en general y también para con las adherencias a los tratamientos individuales. (Entrevista 1)

Por último, cabe destacar que los efectos terapéuticos que produce el Centro de Salud Mental de las Juventudes, es algo que la comunidad ampliada reconoce y valida cada vez que referencian a adolescentes, jóvenes y a todos aquellos que nos interesamos por esta población. Este espacio, aunque no cuente con dispositivos de internación o un dispositivo de guardia de Salud Mental, sí constituye un punto de referencia en la ciudad de Paraná y sus alrededores. Tanto las escuelas, como otros efectores de salud e instituciones públicas y privadas, presentan a esta institución como la más idónea y preparada para alojar las subjetividades de nuestros jóvenes y sus vicisitudes. Consideramos que, en gran parte, esto da cuenta de los innumerables efectos terapéuticos que producen los profesionales que la conforman y lo valioso de su funcionamiento para la comunidad.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Este Trabajo Integrador Final partió de la premisa de que, en los tiempos que corren, el contexto socio-histórico-político y económico da lugar a nuevas formas de sufrimiento, malestar y angustia de algunos adolescentes que, invadidos por algún tipo de urgencia subjetiva, acuden voluntariamente o son llevados, acompañados y/o derivados a consultas en el ámbito público de la Salud Mental.

Teniendo en cuenta esto último y bajo el supuesto principal de que las intervenciones que despliegan los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, ante las diferentes presentaciones de urgencias subjetivas de los/as adolescentes, pueden producir efectos terapéuticos que se relacionan con movimientos subjetivos y/o algún tipo de alivio del padecimiento; el propósito principal de esta investigación fue responder al interrogante: ¿Cuáles son los efectos terapéuticos que producen las intervenciones que despliegan los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, ante situaciones de urgencias subjetivas de los adolescentes que acuden a dicha institución?

Sin desconocer que toda urgencia en Salud Mental debe ser pensada y abordada desde múltiples dimensiones y no solamente desde el plano psicológico, en esta investigación apuntamos a la perspectiva de los/as Psicólogos/as, estableciendo un primer recorte y acercamiento a la temática, porque consideramos que son parte imprescindible de cualquier abordaje interdisciplinario que se haga desde el campo de la Salud Mental y nos convoca particularmente en el marco de un TIF llevado a cabo para culminar la carrera Licenciatura en Psicología. En el caso del trabajo desplegado en las páginas precedentes, logramos acercarnos a las principales intervenciones que despliegan los/as profesionales de la Psicología ante casos de urgencias subjetivas en adolescentes y entender de qué manera las mismas dan lugar a ciertos efectos terapéuticos.

Por esta razón, el objetivo general de nuestra investigación fue describir los efectos terapéuticos que producen las intervenciones que despliegan los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, ante urgencias subjetivas en la población adolescente que acude a dicha institución. Dicho objetivo fue establecido con el fin de alcanzar una primera aproximación, en tanto no hay investigaciones precedentes efectuadas en el marco de la institución mencionada, que permita tomar contacto con lo que implica intervenir ante situaciones de urgencias subjetivas de adolescentes con todas las particularidades que ello implica y visibilizando los efectos que se producen en estas subjetividades.

A partir del trabajo de campo realizado y el análisis de la información obtenida, se pudo arribar a que la llegada de adolescentes (y/o jóvenes, como preferían llamarlos algunos de los/as entrevistados) no es sin consecuencias para la vida de esos sujetos que consultan invadidos por un malestar insoportable. Las intervenciones producen efectos que se relacionan con movimientos

subjetivos y cierto alivio del padecimiento, respecto de la demanda inicial que lleva a la consulta. De esta manera se corrobora nuestro primer supuesto de investigación.

Entre los efectos terapéuticos que el estudio arrojó podemos mencionar el alivio del padecimiento; el alojamiento de ese malestar que había quebrantado la homeostasis con que la vida de ese sujeto en constitución se desenvolvía hasta ese momento; un primer reordenamiento de ese caos subjetivo en el que ese adolescente se encuentra; algún grado de implicación de ese sujeto en aquellos síntomas que lo atormentan (subjetivación de la urgencia) y la producción de nuevas herramientas que le permitan responder de otra manera a la urgencia, en caso de que nuevamente se hiciera presente (por ejemplo, el establecimiento del Centro de Salud Mental de las Juventudes como un espacio de referencia).

Consideramos que lo terapéutico se produce, en gran parte, por la apertura de un espacio-tiempo que permite el re-despliegue de la cadena signifiante y que ese malestar adquiera cierto ordenamiento en el discurso del sujeto, produciendo una preliminar sensación de alivio y alojamiento subjetivo.

Sin embargo, caben algunas aclaraciones por tratarse de un efector del Primer Nivel de Atención, que trabaja con población adolescente y joven.

En principio, al tratarse de un Complejo Integral de Salud Comunitaria, compuesto por dos efectores del Primer Nivel de Atención que, en este sentido, no cuentan con guardia de Salud Mental, ni un dispositivo de internación, las intervenciones que allí se despliegan tienen ciertos alcances y limitaciones. En algunos casos, las situaciones pueden ser contenidas y estabilizadas en el establecimiento; en otros, la intervención consiste en referenciar y establecer una derivación acompañada a otra institución preparada para alojar la gravedad de la situación; y, en muchos casos, son esas guardias y hospitales los que derivan, en un segundo momento, contenida la fase más aguda de la crisis, para que los profesionales del Centro de Salud Mental de las Juventudes, sean quienes continúen con el tratamiento.

Por otro lado, tratándose de adolescentes y considerando que en la mayoría de los casos no son ellos quienes consultan, sino los padres, madres o adultos/as responsables de su cuidado u otras instituciones que habitan quienes solicitan la intervención, cabe la pregunta ¿de quién es la urgencia? E incluso, independientemente de la respuesta, siempre será necesario y oportuno trabajar paralelamente con aquellas adulteces e instituciones por las que transita este sujeto en constitución.

Asimismo, cabe destacar que en la mayoría de los casos no es suficiente una sola y única entrevista para generar efectos terapéuticos duraderos, sino que hace falta cierta continuidad de dichas intervenciones para que los adolescentes que consultan puedan hacer algo diferente con aquello que les sucedió, aunque en muchas ocasiones el eventual sostenimiento de un tratamiento no dependa solamente del sujeto que porta la urgencia, en caso de que sea el adolescente, sino también de su familia y de todo un trabajo interinstitucional e intersectorial integrado.

En otro orden de cosas, a lo largo del presente trabajo de investigación, también pudimos dar respuesta a nuestros objetivos específicos.

En primer lugar, se pudo identificar las intervenciones de los/as Psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, que dan lugar a los efectos terapéuticos descritos, frente a las urgencias subjetivas de los/as adolescentes. Entre las principales intervenciones que analizamos podemos mencionar: crear un espacio-tiempo en donde sea posible escuchar y alojar la urgencia; darle al padecimiento de los adolescentes que consultaban la importancia que tenían que tener y acompañarlos en el descubrimiento de la causa que está de fondo; asegurar la asimetría generacional necesaria que los adolescentes necesitan para soportar ese exceso que los invade; referenciar y derivar a otros efectores, dispositivos u hospitales que cuenten con los recursos necesarios para contener aquellas presentaciones que así lo requieren.

Dichas intervenciones, sin embargo, no solo que no son estandarizadas, ni constituyen un fin preestablecido de antemano; sino que, además, dependen de múltiples factores, que van desde las características del dispositivo que recepciona esa demanda, pasando por la singularidad del sujeto que consulta y la forma en que se presenta esa urgencia que porta, hasta las concepciones y el posicionamiento ético del profesional que aloja ese malestar, dejando a la vista que el trabajo artesanal y la invención son inherentes a la intervención en urgencia. Lo cual a su vez corrobora los últimos dos supuestos de investigación de los que partimos.

Por su parte, como respuesta al segundo objetivo específico planteado en este trabajo de investigación, arribamos a que entre los obstáculos que se encuentran se pueden mencionar la lejanía con que se encuentra el Centro de Salud Mental de las Juventudes, con respecto al centro de la ciudad de Paraná, lo complejo que se puede tornar la interdisciplina y la intersectorialidad y las dificultades que en algunas ocasiones representa el acompañamiento de las adulteces que están a cargo de los adolescentes que consultan.

Mientras que, en lo que respecta a los desafíos, los cuales fueron situados a nivel clínico e institucional, simplemente para facilitar el análisis, pero a sabiendas de que ambas dimensiones son indisociable y se influyen mutuamente, encontramos lo siguiente: entre los desafíos clínicos, ubicamos las dificultades inherentes a la complejidad de las problemáticas que arriban a la institución; la necesidad de incluir a lo que podría denominarse como ‘Urgencias sociales’ como parte de las presentaciones que arriban a la institución bajo la forma de una urgencia subjetiva o complejizando las mismas. Además, que las intervenciones que se despliegan en el marco del Centro de Salud Mental de las Juventudes no se limiten a acallar los síntomas o a un mero alivio temporal de la situación, sino a la necesidad de promover una elaboración e implicación del sujeto en lo que le está sucediendo; continuar aportando por dispositivos de promoción y prevención que habiliten otros modos de convocar a los adolescentes y tramitar aquello que les genera malestar o simplemente para continuar fortaleciendo los lazos sociales en este momento crucial de la trayectoria vital de un sujeto. Por otro lado, entre los desafíos institucionales se mencionó el desafío que implican las ‘Urgencias

institucionales'; las distintas herramientas de las que se valen los/as Psicólogos/as que intervienen ante estos casos de urgencias subjetivas para hacerle frente a estas situaciones tan complejas, las cuales van desde la interdisciplina, pasando por los ateneos clínicos, y hasta el análisis personal; la necesidad de hacer con los recursos disponibles y continuar generando y sosteniendo los espacios de intercambio interdisciplinarios, intersectoriales e interinstitucionales.

Teniendo en cuenta el último objetivo específico, respecto a cuáles son las urgencias subjetivas más frecuentes en la población adolescente que acude al Centro de Salud Mental de las Juventudes, pudimos arribar a que entre ellas se encuentran: brotes o descompensaciones psicóticas; crisis de angustia y ansiedad; inhibiciones; impulsividad o excitación psicomotriz; dificultades en el lazo; desintegración familiar; problemas escolares (desatención, dificultades de concentración o de aprendizaje, insuficiente rendimiento escolar o problemas de conducta); *acting out* o pasajes al acto; consumos problemáticos de sustancias (intoxicaciones o abstinencias); autolesiones; violencia de género en el noviazgo e intentos de suicidio o ideación suicida. En este sentido, los sujetos que son traídos al Centro de Salud Mental de las Juventudes o concurren solos -en casos excepcionales-, a raíz de un estado de crisis, lo hacen tras haber quedado presos en el mayor de los mutismos o inhibiciones, impulsados a actos desesperados o bajo la sombra de una angustia insoportable. Al mismo tiempo, cabe destacar que dichas presentaciones no siempre vienen del lado de lo intempestivo de una situación que irrumpe sin presente alguno, sino que, en muchas ocasiones, los/as profesionales se encuentran con algo del orden de la repetición, es decir, con sujetos que han demandado lo mismo y del mismo modo, pero en otros contextos.

Para concluir, con esta investigación nos gustaría poder transmitir la necesidad de hablar sobre las urgencias en Salud Mental, como una forma de presentación del malestar subjetivo, cada vez más presente en los tiempos que corren. La urgencia apremia cada vez con mayor frecuencia e intensidad y por ello es necesario armar nuevos dispositivos y repensar los existentes para alojarla, en función de las subjetividades de la época. El psicoanálisis, por su parte, produce grandes efectos terapéuticos ante las urgencias subjetivas, demostrables en cuanto a la posibilidad de transformar lo insoportable del sufrimiento y de la incesante repetición, al ser el punto de partida para la producción de algo nuevo.

Entre otras cosas, el trabajo desarrollado pretende reflejar la relevancia de sostener la existencia de efectores públicos de salud con dispositivos pensados y diseñados para alojar, escuchar y permitir el despliegue de las urgencias subjetivas de la población adolescente; con profesionales dispuestos y comprometidos a recibir y acompañar la emergencia del padecimiento subjetivo de la época. En donde las prácticas que sostienen dichos/as profesionales, parafraseando a una de las Psicólogas entrevistadas, no se rigen por un 'deber ser', sino por un 'querer estar'.

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1. Bibliografía temática

- ALLENDE, R. M. J. (2020). *“Prácticas e Intervenciones en la Urgencia Subjetiva. El lugar del Psicólogo/a en la Guardia Interdisciplinaria”*. Tesis de Grado. Licenciatura en Psicología. FHaYCS. UADER.
- ÁLVAREZ, P. (2003). Fantasma y sexuación en la pubertad. Revista Despertares. Clínica con adolescentes, 35-47.
- BARRIONUEVO, C., TUSTANOSKI, G., MAZZIA, V. y MOAVRO, L. (2019). Urgencias en salud mental en púberes y adolescentes. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- BELAGA, G. (2004). La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- BELAGA, G. (2005). La urgencia generalizada 2. Ciencia, política y clínica del trauma. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- BELAGA, G. (2005). La urgencia generalizada. Respuestas del psicoanálisis en las instituciones. En: Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista. Sotelo Inés (Comp.). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- BELAGA, G. y SOTELO, M. I. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro. Revista de investigaciones. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- BERENSTEIN, V. (2023). Despertar e inventar en la adolescencia. Gama Ediciones.
- BERTIN, F. y ALIANI, N. (2010). La adolescencia ¿evolución o acontecimiento simbólico? Buenos Aires: Ediciones del seminario.
- BRIGNONI, S. (2012). Pensar las adolescencias. Laboratorio de Educación Social. Barcelona: Editorial UOC.
- BUDÍN, S. (2005). La urgencia y el tiempo. En: Tiempos de Urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista. Sotelo María Inés (Comp.). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- CARBALLEDA, A (2015) La escucha como proceso. Una perspectiva desde la intervención social.
- DELGADO, O. (2005). Angustia y trauma. En: Belaga, G. (2005). La urgencia generalizada 2. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- DELGADO, Osvaldo (2005). Angustia y Trauma. En: G. Belaga (2005). La urgencia generalizada 2. (Págs. 75-91). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- DERITO, M. N. C. (2015). Urgencias Psiquiátricas. Sección XIX: Urgencias en Psiquiatría. En: Tratado de Psiquiatría, 2015. Buenos Aires: Sciens.

- DOLTO, F. (1985). Palabras adolescentes o el complejo de la langosta. Conferencia de Françoise Dolto en el coloquio organizado por el Centro Médico-Psico-Pedagógico de Vigneux-sur-Seine, el 13 de diciembre de 1985.
- DOLTO, F. (1992). La causa de los adolescentes. El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- EIDELSZTEIN, A. (2008). Las estructuras clínicas a partir de Lacan. (Volumen 1). Intervalo y holofrase, locura, psicosis, psicósomática y debilidad mental. Buenos Aires: Letra viva.
- ELICHIRY, N. (1987) Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En: Elichiry, N. (1987) El niño y la escuela. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FORZANO, U.; DÍAZ, A. J.; ALBORNOZ, M. A. y REVELLES, J. (2021). De qué hablamos cuando hablamos de urgencias. En: III Jornadas “Las nuevas formas de lazo social. Los escenarios de virtualización de la vida cotidiana”. Actas de ponencias. 1a edición – Paraná. Libro digital, PDF Archivo digital de descarga: ISSN 2718- 7438.
- FREUD, S. (1982). “El malestar en la cultura”. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1985). “Tres ensayos de teoría sexual”. Ensayo III: “La metamorfosis de la pubertad”. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- GONZÁLEZ, M. M. y TROILO, M. (2020). La urgencia subjetiva en una guardia ante el contexto de la pandemia por coronavirus. Consideraciones sobre los dispositivos de atención a distancia desde una perspectiva psicoanalítica. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- GOROSTIZA, L. (2007) Prólogo. En: Sotelo, Inés (2007). Clínica de la urgencia. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- GUIGNARD, F. (2001). El psicoanalista y el adolescente. ¿Existe una especificidad de la formación para el ejercicio psicoanalítico con el adolescente?
- GUTIÉRREZ, P. N. (2015). La urgencia del despertar puberal. En: *V Congreso Internacional de Investigación II al 14 de noviembre de 2015. La Plata, Argentina*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Psicología.
- IUALE, L. & BACHMANN, R. (2009) “Consideraciones sobre los “efectos terapéuticos” en S. Freud y J. Lacan” Anuario de Investigaciones, vol. XVI, pp. 97-106 Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- KANTOR, D. (2008) Variaciones para educar a adolescentes y jóvenes. Argentina: Del estante.
- KORINFELD, D. (2017). Urgencias subjetivas de niños y adolescentes: ¿estamos preparados? Un enfoque desde la salud mental comunitaria. En Niños dispersos, aburridos, solos. Nuevos contextos. El rol del adulto hoy. Andrea Kaplan y Mariana Sanmartín (Comps.). Buenos Aires. Noveduc.

- LACAN, J. (1985). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. Escritos. Buenos Aires: Siglo XXI.
- LACAN, J. (1986). Seminario 3. Las Psicosis. Buenos Aires: Paidós.
- LACAN, J. (1998). *“Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis”*. En: “Escritos 1”, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- LACAN, J. (1998). Escritos 1. Buenos Aires: Editores Siglo XXI.
- LACAN, J. (1998). Intervenciones y Textos 2. Buenos Aires: Manantial.
- LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL. N° 26657.
- LUTERAU, L. (2019). Esos raros adolescentes nuevos. Narcisistas, desafiantes, hiperconectados. Buenos aires: Paidós.
- MARGULIS, M., & URRESTI, M. (1998). La construcción social de la condición de juventud. *Viviendo a toda. Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Vol. 1, pp. 3-21. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- MARTÍNEZ ZEA, F. X., y ZAMBRANO CHIANG, V. A. (2013). Adolescencia: una urgencia subjetiva. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
- MILLER, J. A. (2015) “Introducción al método psicoanalítico”. 1ª ed. 11ª reimp. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- NESSIER, L. (2020). *“Efectos terapéuticos que se producen tras el paso por una guardia interdisciplinaria en Salud Mental, ante una urgencia subjetiva”*. Tesina de Grado. Licenciatura en Psicología. FHaYCS. UADER.
- NISENBAUM, M. (2005). El goce clínico. En: Tiempos de Urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista. Sotelo María Inés (Comp.). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- RASCOVAN, S. (2000). “Los jóvenes y el futuro”. Buenos Aires: Editorial Psicoteca.
- RODRÍGUEZ ALLENDE, S. (2021). “Intervenciones de los profesionales frente a situaciones de Urgencia Subjetiva”. Trabajo Integrador Final. Licenciatura en Psicología. FHaYCS. UADER.
- RUBISTEIN, A. (2011). “Los efectos terapéuticos en psicoanálisis: recorridos y conclusiones preliminares”. Anuario de Investigaciones, Vol. 18, 133-143. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100067&lng=es&tlng=es.
- SIMÓN, L. G. (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 Urgencias en Salud Mental, en Guardias de Hospitales Generales’ (E.S.U.S.M.) de la ciudad de Santa Fe”. Tesis de Grado. FHaYCS. UADER.
- SOTELO, I. (2004). *“La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia”*. En: BELAGA G, La urgencia generalizada. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2004.
- SOTELO, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Bs As: JCE Ediciones.

- SOTELO, I. (2009). ¿Qué hace un psicoanalista en la Urgencia? En: Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la Urgencia*. Buenos Aires, Argentina. Grama.
- SOTELO, I. (2015) “Datus: dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas”. 1ª ed.- Olivos, Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- SOTELO, Inés (compilador) (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. JVE Editores, Buenos Aires.
- SOTELO, M. I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- SOUTO KUSTRÍN, S. (2007). Juventud, teoría e historia: la formación de un sujeto social y de un objeto de análisis. *Historia Actual Online*, N° 14. pp. 171-192.
- STEVENS, A. (1998) “La adolescencia, síntoma de la pubertad”. En *Actualidad de la práctica psicoanalítica*. Centro Pequeño Hans, Ediciones Labrado, Buenos Aires, I.C.F., 25-41.
- STOLKINER, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En: Elichiry, N. (1987). *El niño y la escuela*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- STOLKINER, A. (2013). “¿Qué es escuchar a un niño?: Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud.” En: *La Patologización de la Infancia (III)-Problemas e intervenciones en las aulas*. Comp.: Dueñas, G.; Kahanky, E. y Silver, R. Ed. Noveduc. Buenos Aires. Argentina.
- THOMPSON, S., MATTERA, S., MORDOH, E., GUREVICZ, M. y LOMBARDI, G. (2005). La preocupación por los efectos terapéuticos en Psicoanálisis. *Anuario de investigaciones*, 12, 265-269.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100028&lng=es&tlng=en
- TUSTANOSKI, G., MAZZIA, V., BARRIONUEVO, C. y MOAVRO, L. (2020). Adolescencia confinada: la demanda de urgencia en Salud Mental de adolescentes durante el aislamiento preventivo obligatorio. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- MARTÍNEZ, L. (05 de diciembre de 2022). El mito de quienes no estudian ni trabajan: la realidad de mujeres a cargo de tareas de cuidado. Unicef Argentina. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/historias/el-mito-de-quienes-no-estudian-ni-trabajan-la-realidad-de-mujeres-cargo-de-tareas-de>
- VOLNOVICH, J. R. (2010). “*Infancia, Subjetividad y Violencia. 200 años de historia*”. Grupo Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.
- ZELMANOVICH, P. (2003). “*Contra el desamparo*”. En: *Enseñar hoy. Una introducción a la educación en tiempos de crisis*. Dussel, I. y Finocchio, S. (comp.). Fondo de la cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.

7.2. Bibliografía metodológica

- ACHILLI, E. (2001). El trabajo de campo. Acceso e intersubjetividad. En: ACHILI, Elena (2001). Metodología y técnicas de investigación. Postítulo en Investigación Educativa a distancia. Programa de Formación Docente. Universidad Nacional de Córdoba.
- ACHILLI, E. (2005). Capítulo 3: El proceso de investigación (iniciando el proceso de construcción de un problema a investigar). En: Investigar en antropología Social. Rosario: Laborde Editores.
- DÍAZ, R. y BADANO, M. R. (2009). Análisis de la entrevista. *Frases significativas*. Ficha de cátedra. Maestría en Trabajo Social - FTS - UNER.
- GLASER, B. y STRAUSS A.L. (1967). El descubrimiento de la teoría fundamentada, Chicago: Aldine.
- GUBER, R. (2005). Capítulo IV: El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento; Capítulo V: ¿A dónde y con quiénes? Preliminares y reformulaciones en la delimitación del campo; Capítulo XII: El registro de campo: primer análisis de datos. En: El salvaje metropolitano. Buenos Aires: Legasa. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós.
- GUEST, G., BUNCE, A. y JOHNSON, L. (2006). ¿Cuántas entrevistas son suficientes? Métodos de campo. 18 (1): págs.59-82.
- MAXWELL, J. A. (1990). "Diseño de investigación cualitativa. Un enfoque interactivo". Chicago: Publicaciones Sabias. Traducción de María Luisa Graffigna.
- RÍOS, Javier (2015). *Notas acerca del trabajo con los antecedentes*. Facultad de Trabajo Social, UNER. Entre Ríos.
- SABINO, C. (1992). El proceso de investigación. Caracas: Editorial Panapo.
- SAMAJA, J. (1992). La combinación de métodos. Pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. Educación Médica y Salud.
- SIRVENT, M. T. (1999). *Nociones Básicas de Contexto de Descubrimiento y Situación Problemática*. Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Buenos Aires.
- SIRVENT, M. T. (2004). El proceso de investigación. Cuadernos de la Oficina de Publicaciones de la Facultad de Filosofía y Letras (Opfyl). UBA. Buenos Aires.
- TAYLOR, S. y BOGDAN, R. (1990). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós.

CAPÍTULO VIII: ANEXOS

8.1. Modelo de consentimiento informado

Por motivos de confidencialidad y con el propósito de resguardar la identidad de las personas que participaron del trabajo de investigación, se adjunta a continuación el modelo vacío de consentimiento informado utilizado al momento de efectuar las entrevistas (Res. N° 1382/2018).

Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Ibarrola, Vanesa Alejandra, estudiante de la carrera Licenciatura en Psicología de la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos. El objetivo de este estudio es conocer sobre los efectos terapéuticos que producen las intervenciones que despliegan los/as psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, ante urgencias subjetivas en la población adolescente que acude a dicha institución, con motivo de llevar a cabo su Trabajo Integrador Final para recibirse de Licenciada en Psicología.

Si usted accede a participar, se le solicitará información pertinente a la temática a investigar a través de entrevistas semi-dirigidas. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Se podrá emplear, además, recursos tecnológicos tales como grabación.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial, anónima y no se usará para ningún otro propósito.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en forma alguna. Si estuviera en desacuerdo con alguna de las preguntas o técnicas utilizadas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya, agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ibarrola, Vanesa Alejandra. He sido informada/o que el objetivo de este estudio es conocer sobre los efectos

terapéuticos que producen las intervenciones que desplegamos en el Centro de Salud Mental de las Juventudes, ante urgencias subjetivas en la población adolescente que acude a dicha institución, con motivo de que la estudiante pueda llevar a cabo su Trabajo Integrador Final para recibirse de Licenciada en Psicología.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas o participar de otras técnicas, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial, anónima y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, así como también retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto implique perjuicio alguno para mi persona.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ibarrola, Vanesa Alejandra al teléfono +5493454069920.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a Ibarrola, Vanesa Alejandra al teléfono anteriormente mencionado.

Firma y aclaración del Participante

Fecha

8.2. Entrevistas

Entrevista N° 1

Fechas: miércoles, 28 de septiembre de 2022 y viernes, 09 de junio de 2023.

Tiempo aproximado de la entrevista: Una hora diez minutos.

Lugar: Centro de Salud Mental de las Juventudes

Lugar donde se recibió: Universidad Autónoma de Entre Ríos

Ejercicio profesional: 16 años

Entrevistadora: Bueno, para empezar, ¿hace cuánto se recibió de Psicólogo o Licenciado en Psicología?

Entrevistado: Bueno, yo tengo el título de Licenciado en Psicología. Me recibí hace aproximadamente 16 años.

E: ¿Dónde estudió la carrera?

E: Estudié la carrera en la Universidad Autónoma de Entre Ríos, ingresé en el año 2001.

E: Ah, ¿usted es de la primera cohorte!

E: Claro, exactamente. De la cohorte del 2001.

E: ¿Hace cuánto trabaja en el “Centro de Salud Mental de las Juventudes” (ex-Casa del Joven)?

E: Es una institución que está empezando a funcionar hace muy poco tiempo. Es una institución nueva, que ha absorbido otros dispositivos en Salud Mental; básicamente lo que fue “Casa del Joven”, en cuanto plantel profesional, y estamos funcionando ahora con un Centro de Atención Primaria de la Salud, que es el Jorge Newbery, que es un centro de salud zonal, que también se ha mudado a estas instalaciones junto con nosotros. También se habla de la incorporación de nuevos efectores como lo es Centro Huellas, que también ha sido convocado a participar. Pero al momento estamos nosotros como único plantel profesional en Salud Mental, específicamente que ha sido incorporado a esta nueva institución. Aun así, tiene muy poquito de vida.

E: Claro, pero tiene historia... Porque entiendo que ha absorbido lo que fue el recorrido institucional de Casa del Joven.

E: Claro. Sí, sí. La idea fue prolongar algunas lógicas de intervención propias de “Casa del Joven” y sumar o adquirir nuevas lógicas que tienen que ver con este lugar, con este territorio y, en líneas generales, con el emplazamiento físico. Además de la lógica de un Centro de Salud de primera línea de fuego.

E: ¿Trabajó en algún otro espacio dirigido a la población adolescente anteriormente?

E: Anteriormente, trabajé en el Servicio del Sistema de Atención a la Comunidad (SAC) del COPNAF, perteneciente a la dirección de rehabilitación de derechos. Se trataba de un programa que trabajaba con adolescentes en conflicto con la ley penal, que estuvieran en proceso, no solo porque presentan ciertas conductas delictivas, sino porque hacía falta que alguien del poder judicial, en este caso el juez. De ahí en más tomábamos intervención nosotros como programa en términos de propiciar que, mientras durara el proceso y siempre y cuando fuera posible, ese adolescente pudiera

estar en contacto directo con su contexto, viviendo en la casa de sus referentes, realizando actividades, por ejemplo, deportivas, artísticas, etc., yendo a la escuela (en el caso de que vaya a la escuela), haciendo talleres, eso también gestionábamos, y muchas veces hace falta un tránsito más clínico, en un tratamiento, una escucha más diferencial con respecto a lo que nosotros trabajamos y ahí venían articulaciones con Casa del Joven. En ese sentido yo tomaba contacto con profesionales que trabajaban acá y seguíamos procesos juntos. A Casa del Joven llegaban derivaciones de distintos lugares del COPNAF, del poder judicial, de escuelas secundarias, de otras instituciones de salud, de forma espontánea, etc.

E: ¿Cuál sería su concepción de adolescencia?

E: Entiendo la adolescencia más que nada como un tiempo lógico en la trayectoria vital de un sujeto, en donde se presentan algunas conflictivas: el tránsito por una serie de duelos, algo del orden de lo turbulento, pero también, y, sobre todo, lo pienso como un tiempo donde ocurren cosas maravillosas, es un tiempo de oportunidad, de toma de decisiones que son muy significativas para la vida de ese sujeto. No lo pienso tanto del lado de “*adolecer*”, estoy un poco peleado con esa perspectiva que piensa a la adolescencia como un padecimiento...

E: ¿Qué entiende por urgencia subjetiva y cuáles son las presentaciones más frecuentes de urgencias subjetivas en los jóvenes que acuden a esta institución?

E: Por urgencia subjetiva entiendo una presentación que incluye un malestar que no admite una dilación en su tratamiento. Usualmente, tiene que ver con el trauma estructural y algo que lo conmueve, que lo enlaza, que conlleva un malestar casi insoportable o insoportable, o bien con un trauma imprevisto, que no hubo forma de anticipar, algo que ha ocurrido de manera repentina.

Las presentaciones más frecuentes de urgencias tiene que ver con episodios de violencia, de consumo excesivo y con abusos, que pueden encuadrar en violencia. Pero conviene hacer una distinción. También llegan situaciones que ya no se pueden soportar y la palabra en sí misma, al menos en los lugares donde transitan estas experiencias, ha caducado y es difícil hallar un hilo conductor, por eso terminan llegando a la institución... en esas condiciones.

E: ¿A qué suelen apuntar las intervenciones ante una urgencia subjetiva?

E: Las intervenciones ante urgencias subjetivas. Bueno, en principio, cabe aclarar que urgencias subjetivas no es lo mismo que urgencias. Subjetivar una urgencia conlleva un movimiento. Se presentan urgencias que muchas veces, en el general de los casos, tiene que ver con aliviar al sujeto que porta ese malestar o porta la urgencia.

Hablar de urgencias subjetivas implica que se produzca un primer movimiento en el cual, al menos desde la escucha que tenemos los analistas que participamos activamente de las intervenciones, tiene que ver con un movimiento de implicación o de producir una merma en la percepción de ‘ajenidad’ de ese hecho, de ese acontecimiento. Esto quiere decir que debemos tratar de que quien consulta no vea lo que le ocurre como algo ajeno a su persona.

Si bien, muchas veces, la implicación subjetiva queda solapada en la época que estamos transitando, en donde la compulsión, la prisa y la inmediatez, son usualmente los vectores que regulan los lazos y las formas de vida actuales.

Las intervenciones, obviamente, apuntan a un alivio de esta situación. Pero bueno, está bien dicho así en plural: intervenciones, porque a veces hacen falta varios encuentros, aunque sean en el marco del dispositivo de admisión, para poder producir este movimiento. Incluso cuando ya se ha producido un primer alivio a través de una intervención netamente médica.

Hay que deslindar, en un primer momento, aquellas cuestiones que tienen que ver con intervenciones médicas, en un sentido estricto; y las situaciones que corresponden a un malestar del orden de lo psíquico. Esto lo esbozo de esta forma, a nivel explicativo. Por supuesto que está intrincado y, muchas veces, hay que hacer todo un trabajo para poder ubicar qué intervenciones, en qué tiempo y de qué forma se tienen que llevar a cabo. Es bastante complejo este tema.

E: ¿Cuáles son los objetivos propuestos al momento de intervenir en el marco de esta institución?

E: En esta institución el gran objetivo es, principalmente, que alguien pueda transitar sus derechos con plenitud. Básicamente eso. Una restitución de derechos porque obviamente nos encontramos con situaciones donde los derechos de estos sujetos han sido vulnerados, por muchas razones. Así que, principalmente, apuntar a la restitución y, sobre todo en el trabajo con adolescentes, una clínica orientada hacia la potencialidad.

Yo entiendo que hay mucha potencia creativa y tenemos que servirnos de cierta experiencia clínica, me refiero a autores que pongan en juego la potencialidad y no solamente esta arista conflictiva que aparece y que, obviamente, también nos hace pensar bastante. Pero estaría orientada hacia una concepción de salud integral, donde también está el cuerpo, y no solamente el cuerpo imaginario, sino un cuerpo, un soma, que hay que entenderlo, acogerlo, cuidarlo, que comprende también lo que son los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En esto último se trabaja mucho, sobre todo en brindar información e intentar -quienes tenemos un caso o una situación a cargo- de ver los modos, las ideas y las concepciones que están ligadas al cuidado y como estas son incorporadas, son trabajadas y son pensadas con los y las adolescentes.

Te diría, a grandes rasgos, promover la salud y restituir derechos vulnerados, son objetivos que compartimos en la institución, todos quienes trabajamos, más allá de las disciplinas.

Otro objetivo compartido es también tratar de lograr un “*saber hacer*” con el malestar y, quienes estamos más vinculados a cierto tipo de clínica, con el trauma y con lo singular. Pero siempre en el marco de esa línea, con ese horizonte compartido de restitución de derechos, de promoción de la salud integral, de todo lo que sea saludable y que tenga que ver con las potencialidades que tienen estos sujetos.

E: ¿Considera que en esta institución se pueden realizar intervenciones que produzcan efectos terapéuticos? ¿Me podría dar un ejemplo de alguna situación/viñeta clínica en la que se hayan producido efectos terapéuticos?

E: Sí, considero que se pueden producir efectos terapéuticos en las intervenciones que realizamos desde el Centro de Salud Mental de las Juventudes.

Te puedo contar, a modo de ejemplo, que los efectos terapéuticos que se han producido, por lo menos en tres pacientes que yo recibo hace bastante tiempo, que son estructuralmente psicosis. En estos casos siempre se producen muchas dificultades, sobre todo con el intercambio, en el plano del lazo social, por ejemplo. Y, sin embargo, estos chicos han podido acceder a espacios grupales. Se trataban de situaciones gravísimas, que estaban internados en residencias del CoPNAF, con mucha agresividad, con autolesiones... Y han encontrado en el espacio de taller, en esa bisagra que se produce.

Quienes trabajamos también en dispositivos grupales, tenemos la posibilidad de generar intervenciones en las cuales se produce un pasaje acompañado, en una maniobra transicional, a espacios del orden de lo grupal. Espacios grupales donde ellos pueden intercambiar, interactuar con pares y se generan situaciones en las cuales se les da un lugar a su opinión, se les da un lugar diferente a su palabra y se producen interacciones reguladas dentro de un marco de respeto y una situación cuidada.

Gratamente, me he encontrado con que este pasaje repercute en su vida personal, en la vida de estos jóvenes, sobre todo con estas características tan difíciles de amarrar, para las instituciones en general y también para con las adherencias a los tratamientos individuales.

Puedo decirte que la bisagra entre lo individual y lo grupal en la institución produce, en estos casos graves, la posibilidad de poder estar con otros, con otras, con otros, en situaciones de interacción reguladas y que esto repercute en su vida, resultando beneficioso para aliviar su malestar.

E: ¿Qué lugar ocupa la perspectiva teórica del psicoanálisis en su práctica profesional?

E: Yo diría que, en mi caso, es el modo, es el estilo. Es un lugar desde el cual pienso mi práctica. Si bien he conocido otras formas y me he formado también en otras corrientes, pienso desde ahí con fe -aunque suene mal la palabra fe-, con cierta convicción, bueno... yo creo que también hay algo de una ética en juego a la hora de intervenir. Y pienso en el psicoanálisis como una ética de las consecuencias. Voy pensando los efectos que produce mi intervención desde ese lugar, lo institucional lo pienso desde ese lugar y te diría que, en ese sentido, se ha constituido en el lugar desde el cual me posiciono para ver y escuchar lo que acontece tanto en lo que respecta a lógicas de trabajo, como en lo singular de la clínica y en los efectos que se producen en ese proceso.

Es un saber hacer allí, no sé cómo transmitirlo... Pero mi lugar es ese de alguna manera. Es el lugar desde el cual me paro para poder registrar, procesar y compartir.

También se trata de una posición dentro del colectivo institucional, que dialoga también con otros saberes, con otras formas. Se trata de una perspectiva que me habita, que me representa y que se constituye también en una lógica de trabajo.

E: Y al respecto de esto último, teniendo en cuenta también lo que veníamos hablando sobre las Urgencias Subjetivas, ¿podría decir que el tiempo de la urgencia se encuentra en tensión con la concepción del tiempo en psicoanálisis?

E: Creo que esa tensión está ligada a un prejuicio. La práctica clínica desde el psicoanálisis se anuda a un *saber hacer*. La urgencia se suele anudar a una cuestión disruptiva, sincrónica, que ocurre en un determinado momento; mientras que el psicoanálisis es más pensado en diacronía, como un proceso que... bueno, yo siempre recupero la lectura lacaniana de la temporalidad en forma de tiempos lógicos. La posibilidad de pensar clínicamente eso tiene que ver justamente con el tiempo de ver, comprender y concluir. Y esos son tiempos lógicos, no están signados por una lectura psicológica de la situación.

Teniendo en cuenta la urgencia subjetiva, considero que hay diferentes lecturas y diferentes formas de intervenir. Acá, sin ir más lejos, la mayoría de los profesionales que nos han formado en UADER, Alejandro Ruiz, Alberto Uboldi, Adriana Beade... son gente que con mucha trayectoria en lo público, en lo hospitalario, siempre han planteado múltiples reflexiones en torno a la urgencia y creo que el psicoanálisis está llamado a poder producir, dentro de lo académico, conocimiento; y, dentro de lo clínico, también ciertas coordenadas para que otros, desde ese lugar, puedan pensar también estos fenómenos que siempre son acuciantes.

E: Hace un momento me dijiste que estas Urgencias Subjetivas atraviesan a los sujetos que consultan, pero también a los profesionales que intervienen, ¿de qué manera considera que repercute en los profesionales?

E: Sí, por supuesto, de muchas maneras. Por empezar, uno de los costos de este trabajo es que uno no lo puede llevar disociado de lo que está ocurriendo, todo lo contrario, uno se ve afectado y creo que la intervención profesional no tiene que ver con no estar afectado, sino con poder, de alguna manera, poder hacer algo con eso, que también a uno mismo lo habita, cuando está recibiendo una situación compleja y de mucho sufrimiento. En principio, para no quedar “identificado” o, como se dice en la jerga, “pegado”; sino, más bien, poder hacer alguna maniobra que permita generar alivio y contención; y, en el mejor de los casos, una evaluación de lo que ocurre por parte de quien consulta.

Para esto último, uno de los modos, al menos en mi campo, es el análisis. Transitar un proceso analítico permite discernir los límites. En el sentido de poder decir: *“Bueno, mirá, esta situación me angustia, no la puedo recibir”*, y apelar a un compañero, una compañera que también lo auxilie a uno. Eso también es parte de la ética, poder encontrar un límite y decir: *“Yo hasta acá puedo... Esto no lo puedo continuar... Esto no lo puedo resolver”*. En ese punto es valioso el proceso analítico que cada uno haya llevado, para poder uno encontrarse o no, con las herramientas necesarias para poder trabajar con alguien que está en una situación de urgencia subjetiva.

Y, por otro lado, puedo ubicar que estar encarnando, esta función también tiene que ver con ciertas angustias propias del sistema público. A veces no encontrar interlocutores en otras instituciones, por ejemplo, que son necesarias y que muchas veces lleva a que algunas cuestiones no se puedan resolver. Encontrarse con otros tiempos de intervención. Todo eso también produce angustia, en la jerga se conoce como “quedarse solo” ante determinadas situaciones que son muy complejas, muy frondosas y en las que uno se “encuentra solo” pateando de centro y yendo a cabecear. Esto genera angustia y malestar, lógicamente, en quien está llevando adelante la intervención.

Hay hiancias y ciertos agujeros en lo público, en los efectores, y eso también lleva a que alguien la pase mal...

Esos son básicamente los puntos... hay otros. Pero en mi experiencia han sido esos.

También situaciones en las que uno dice... Yo tengo una hija de 13 años, y uno se encuentra atendiendo una situación, trabajando con jóvenes con ciertas complejidades, con determinadas características y lo que uno escucha le pueden generar ciertas cuestiones que pueden funcionar como obstáculo. Podemos estar siendo llamados, indirectamente, a un lugar como sujeto. Cuando uno entiende que está siendo convocado allí... no porque a uno lo convoquen, sino porque el decir mismo, la situación misma, la escucha te va dejando en ese lugar de sujeto y entiendo que es una de las cuestiones de las cuales hay que despojarse para llevar a cabo una intervención.

De allí la importancia también de estar advertido, de alguna manera, de cuáles son nuestras preferencias, cuáles son nuestros puntos débiles... Es una cuestión que a veces en lo público uno puede, y otras veces no. En algunos casos uno tiene que seguir adelante, porque no hay quien siga.

Y otra se da por una insuficiencia o déficit en lo institucional, no hay en ese momento quien pueda acompañar en una intervención compleja, ante una urgencia en algunos casos.

Esos son algunos de los puntos en los cuales uno queda bastante conmovido.

E: Sí, claro. Recién hablaste de lo que podrían ser, en cierto sentido, los obstáculos y/o dificultades a nivel clínico e institucional, ¿qué me podrías contar al respecto de algunos de los desafíos que se les presentan a nivel clínico e institucional, al momento de intervenir con urgencias subjetivas?

E: El desafío tiene que ver con la posibilidad de que la situación sea tramitada. Que sea tramitada implica que no quede ligada a una catarsis o a una mera asistencia a una necesidad. Si no que ahí el desafío clínico es que se pueda producir una elaboración de lo que ocurre, de ese real que se presenta, que se pueda promover una elaboración de eso. Eso sería a nivel clínico lo deseable, lo que está en el horizonte. Que no quede como un hecho aislado porque si no lo que ocurre es que se repite.

Por ejemplo, esta posición de intimidad del sujeto que consulta, del sujeto que llega con este tipo de situaciones. Uno puede decir, bueno, no tiene para comer, no tiene un techo... puede haber urgencias subjetivas que tienen que ver con eso. Ahora bien, si uno le consigue un plato de comida y un techo, y pretender que la cuestión termine ahí... con esa lógica asistencial, no produce mucho, produce un cierto alivio, y es algo por lo cual uno tiene que luchar, eso tiene que estar porque es importante que alguien tenga condiciones dignas de vida, sin dudas; pero la clínica permite pensar los modos por los cuales ese joven, esa joven, llegó a esa situación o de armar algo juntos, como así también de ampliar la intervención junto con otros compañeros de trabajo.

La clínica en lo público se convierte en algo mucho más rico y mucho más arduo de llevar adelante, que convoca, como decías vos, la posibilidad de que otros saberes, otras disciplinas y otras profesiones entren en juego para garantizar una restitución de derechos. Y, a su vez, lo que podemos hacer como analistas, desde la clínica, es acompañar, darle lugar a una elaboración posible, que ese sujeto pueda tener un tiempo de comprender lo que ha ocurrido para que no se repita o no caiga, por ejemplo, en demandar al Estado. Que eso ocurre muchísimo.

También nos encontramos con madres y padres que vienen con los jóvenes, y te preguntan: “¿Qué va a hacer usted con él?”. Como si fuera un mero objeto. Entonces aparece esto de: “Hagan algo con él, a mí ya me tiene cansada”. Esas cosas también pasan...

E: Claro, y en ese caso también cabe la pregunta: ¿De quién es la urgencia?

E: Claro, de quién es la urgencia y qué posibilidades hay, de que se pueda pensar otra cosa. Ahí viene la riqueza de lo clínico, de la entrevista con los referentes, con los padres, con las madres. Para poder también indagar cuestiones del origen, por ejemplo, cómo fue que llegó al mundo, si fue deseado, si fue algo del orden de la contingencia o se lo esperó... lo preventivo, que te mostraba recién con la folletería que trabajamos acá.

Es todo un trabajo muy rico que también imprime sus propios modos, no es una clínica como la que te exige un trabajo con adultos, tampoco con niños, es algo diferente... Y que uno se va encontrando en la práctica con estas cuestiones muy complejas, pero que, ya te digo, que puedan elaborar algo estaría muy bien. Algo de lo que les ocurre y que puedan llevarse un saber hacer, por lo menos, al respecto de esas urgencias subjetivas. Básicamente, eso, promover la elaboración.

E: Y con respecto a los diagnósticos, ¿qué lugar ocupan en sus intervenciones ante urgencias subjetivas?

E: El diagnóstico tiene un lugar muy importante, no solamente en el proceso clínico, sino también porque los diagnósticos... Si bien los analistas estamos bastante peleados con los nomencladores, por justas razones.... Pero también es cierto que, a veces, tener que llevar adelante un diagnóstico, relevar un diagnóstico, poner en palabras, tener que escribirlo, etc. lleva a que haya otras posibilidades. Por ejemplo, a poder acceder a otra remuneración por el trabajo -vía obra social-, que se habiliten también otras condiciones para el sujeto. Sobre todo en aquellos casos en los que está en juego una discapacidad... bueno, promueve ciertas condiciones que de otra forma no se podrían dar.

Y en los procesos clínicos también tienen un lugar importante. Si bien son otros tipos de diagnósticos, más ubicados dentro de una forma de entender lo que es un sujeto y lo que se pone a jugar allí, son diagnósticos más de corte estructural, que permiten ir pensando la dirección de una cura, de un proceso... Pero tienen un lugar importante, claro que sí.

E: Bueno, y a partir de la llegada de la pandemia, ¿considera que se produjeron cambios en las características de las intervenciones?

E: Y sí. Pretender que fueran las mismas intervenciones sería una locura. La pandemia nos afectó a todos, todas, todes. De ahí en más, obviamente que las condiciones de juego, con esto me refiero a las intervenciones en la clínica, obviamente cambiaron, mutaron. Esto de los tiempos lógicos que te decía hoy, son de alguna manera diferentes, por muchas cosas, porque el cuerpo no está en juego del mismo modo, no corporizamos la escena a partir de la llegada de la pandemia. Se dio mucha atención no presencial... Y bueno, todo eso lleva a que vayan jaqueando los efectos, vayan cambiando las

urgencias y las formas de pensarnos como actores institucionales, como profesionales, como clínicos. También los sujetos que consultan se van pensando de otro modo, en relación a lo institucional, en relación a quienes los recibimos, tienen otros tiempos.

La pandemia generó un impacto fuerte en la clínica, en el lazo social... pero sería para otra conversación (risas). Te diría que sí, que obviamente todos fuimos afectados por una situación muy angustiante, prácticamente una distopía hecha realidad y que ni siquiera pudimos imaginar. Fue una inyección de real que fue desbaratando todo, las formas, las modalidades, las temporalidades. Pretender que la institución quedó por fuera de eso y que podemos pensar la institución como lo era antes, y no. Yo creo que continúan los efectos. Y si bien ahora estamos en otro momento, que podemos designar como una especie de salida, como una luz de esperanza y estamos todos llevando el cuerpo a lugares donde antes no, los efectos continúan...

Yo creo que fueron quedando marcas muy fuertes, hay mucha desorientación. Pienso que uno de los efectos que produjo la pandemia fue mucha desorientación, muchas formaciones defensivas, fobias. Tiene que ver con los modos en cómo nos relacionamos. Antes compartimos el lugar, compartimos los mates con los jóvenes. Sobre todo, el trabajo con los adolescentes, que por ahí uno incorpora el cuerpo en los talleres, el tema de la cercanía. Ahora no está nada de eso, o está de otro modo: la distancia, el barbijo, las formas de llegar.

En este sentido también podemos pensar que las instituciones, como forma de ordenar los goces, como forma de ordenar la vida, también se vieron socavadas. La escuela... porque todo el campo social se vio compelido, y para las pibas, los pibes, les pibes ir a la escuela implica un montón de situaciones ligadas al lazo, no solamente la formación, el acceso al conocimiento, sino que también es un lugar para encontrarse con otros, donde van a encontrar también un límite para ciertas formas de goce... Vivimos una situación de guerra, fue casi un toque de queda, no me gusta llamarlo así, pero fueron situaciones muy complicadas, muy angustiantes y todo eso llevó a que los procesos se fueran desarrollando de otra manera.

Lo que eran los turnos se daban semana de por medio: una semana sí y otra semana no. Y eso también genera un montón de efectos.

E: Y, en este sentido, ¿considera que se manifestaron cambios en las presentaciones de urgencias subjetivas de aquellos púberes y/o adolescentes que acudieron a la institución durante la pandemia?

E: No sé si en las presentaciones. Hubo algo muy llamativo, para quienes trabajamos, que las urgencias subjetivas, de alguna forma, fueron afectadas por el aislamiento extremo. Porque en ese momento había obviamente urgencias subjetivas, pero o no llegaban, esa es una posibilidad

importante, o bueno, el tránsito por la institución, o quienes ya estaban institucionalizados, o quienes estaban residiendo en un lugar, llevaban a que las consultas fueran de otro tipo.

En este sentido, en relación a las urgencias subjetivas, hay un discurso que tiene mucha pregnancia, obviamente saludablemente, que es el discurso psiquiátrico y que está muy relacionado con lo que se puede hacer en una situación de urgencia, en la práctica. Mediar es un arte, yo lo he aprendido con los compañeros y compañeras con los que me ha tocado trabajar en estos años. Y es muy importante, también, para ciertos padecimientos ligados o teñidos por urgencias subjetivas.

En la pandemia, fue la posibilidad de que muchos jóvenes pudieran transitar ese encierro y también lo virtual. Y digo encierro porque muchas veces, la justicia lo dirime, no tienen un lugar porque estaban en situación de calle, por su condición de tener sus derechos vulnerados y queda en alguna residencia del CoPNAF.

Diría que se presentaron menos situaciones, pero también en parte porque quedamos bajo esta lógica del aislamiento y del encierro.

E: Bueno, y para ir finalizando, ¿qué aprendizajes considera que obtuvo de su práctica profesional en esta institución?

E: El aprendizaje creo que tiene que ver con poder ir generando plasticidad, sobre todo. Poder pensar aquello, en contraste, aquellos operadores teóricos, fuertes, que quedan del lado de la formación: el concepto de transferencia, por ejemplo. Yo diría que lo que más me ha enseñado el tránsito es poder forjar un estilo, poder encontrarme con lo singular de mi práctica, con una forma de pensar que tiene que ver con algo único, donde se puede situar un *saber hacer*.

La práctica con adolescentes tiene que ver con eso, no se puede generar transferencia desde un lugar acartonado, es como un interjuego entre la semejanza y la referencia, porque el adolescente mismo se nutre de sus grupos de pares, pero el adulto tiene otro lugar. La práctica me fue llevando a encontrarme con esas características de la clínica que es ir pensando constantemente, siempre con los grandes maestros: Lacan, Winnicott... Te lleva a encontrarte con vos mismo y a ir renovando el deseo de recibir jóvenes.

Uno llega a la práctica, obviamente con lo que ha aprendido en la facultad, con los elementos que uno ha construido en un análisis también propio, pero creo que el estilo es lo más importante que a mí me ha dejado la práctica.

Y también, otra cuestión muy importante es el trabajo con compañeros y compañeras en la institución. Tiene que ver con la diversidad de discursos, con la apertura y el diálogo con otras disciplinas. Esto

también algo que he aprendido muchísimo, y que me ha resultado muy útil, incluso lo que he trasladado al consultorio privado.

También por el hecho de que te lleva a poder ubicar momentos en los cuales uno no puede confiar en la omnipotencia de la palabra y hay que apelar a otros discursos y ahí entra en juego el narcisismo de uno, porque también en ese punto entra en juego la castración de uno a la hora de intervenir. Esto es algo que me ha dejado los años también, el hecho de escuchar diferentes intervenciones desde diversos lugares.

Pero lo que más destaco es el estilo, poder conectarme con el arte, poder conectarme y realmente vivenciar. Que eso te vaya transformando también. Porque uno se va transformando y va encontrándose con un deseo, algo también de gusto por cierta modalidad de trabajo. No cualquiera puede... yo, por ejemplo, no puedo trabajar con niños, es algo que he intentado, pero es un tipo de trabajo para el que no tengo disponibilidad. En cambio, hay algo que a mí me causa del trabajo con adolescentes. Y bueno, ubicar algo de la castración ahí también, para decir: *“Con esto no puedo, pero con esto sí puedo”*. Me parece que eso también es un salto muy grande que tiene que ver con la experiencia y con el trabajo en lo público.

El sector público me ha dejado estas enseñanzas, pero no como algo estático, sino que es algo que se resignifica constantemente en el hacer. Con esto te quiero decir que a cualquiera se le “queman los papeles”, en cualquier momento por más años de experiencia que tengas... Acá hablamos y trabajamos con lo real, siempre nos tropezamos con eso.

E: Buenísimo, si le parece podemos ir dejando la entrevista por acá.

E: Como vos quieras... Si me querés preguntar algo más, seguimos charlando... ¿Qué entendés vos por Urgencia Subjetiva?

E: Por urgencia subjetiva, entiendo un padecimiento subjetivo que irrumpe de manera repentina, presentándose una situación que quiebra el modo en el que un sujeto se venía desenvolviendo en su vida cotidiana, donde aparece la cuestión del tiempo y de la prisa. Y también podría definirla como acontecimiento en la vida de un sujeto que marca un antes y un después, en este sentido aparece en la vida y en el relato de quienes la padecen como algo que vino a fracturar la vida de ese sujeto produciendo un sufrimiento insoportable.

E: Bueno, un autor que trabaja el concepto de acontecimiento es Alan Badiu. ¿Lo conoces?

E: Sí, sí. Lo conozco. Lo estudiamos en la facultad, en la cátedra de *“Psicología, Ética y Derechos Humanos”*.

E: Bueno, ese autor está buenísimo como trabaja la noción de acontecimiento. Necesitas ir a leer otros autores también para que te lo bajen un poco. Pero está bueno.

Otra cosa que te puedo aportar es que la Urgencia Subjetiva muchas veces está en el orden de la repetición. No es que siempre sea disruptivo. Siempre la clínica primero, porque a veces una situación se presenta como urgente, pero uno empieza a trabajar con el adolescente, con los padres, con los referentes y te das cuenta de que esa misma situación ya había aparecido antes. Nos encontramos con que ese sujeto ha demandado lo mismo, del mismo modo, pero en otro contexto; se lo ha demandado, por ejemplo, a otra institución. Y no solo eso, sino que ha usado los mismos significantes. Desde la clínica encontramos que el sujeto se representa con los mismos significantes con los que se representó en otras situaciones. Entonces ahí ya no tiene el carácter disruptivo, sino que aparece la repetición como fenómeno para ordenar la clínica.

Por eso digo, no se trata solamente de situaciones en donde se juega lo disruptivo, sino que siempre será necesario escucharlo, porque se trata de la forma que encontró ese sujeto para “poner en palabras” otra cosa, pero para eso hace falta escucharlo, alojarlo, decodificarlo... La clínica es un tiempo de comprender. La Urgencia Subjetiva siempre es complicada.

E: Y en este tiempo de la adolescencia, además, tiene sus particularidades.

E: Y adolescentes sí... También está la cuestión del tiempo, ellos mismos en muchos casos no pueden proyectarse. Uno escucha adolescentes que no tienen una proyección en el tiempo. Por eso muchas veces dejan la escuela, porque la escuela es sembrar y esperar para poder cosechar, pero hay momentos que... Aparte la lógica hipermóderna lo que hace es licuar los ideales y transformarlos en objetos de consumo. Entonces un pibe va a la escuela, pero se encuentra con que eso no le genera dinero y el pibe, la piba, que vive en la villa, padece el capitalismo exactamente igual que un adolescente que vive en el centro... El capitalismo ha generado otras lógicas de consumo. En estas circunstancias, el pibe no quiere ir a la escuela porque eso no tiene sentido desde la lógica capitalista.

E: Claro, el discurso capitalista atraviesa tanto al ámbito público como al privado.

E: Tanto en el ámbito público como en el privado, exactamente. El desafío está en poder agujerear la demanda... Es verdad que tanto en el público como en el privado viene a consumir una atención o vienen a que alguien le solucione los meollos que tienen; pero, en ese punto, lo que sí cambia, es en relación al valor del espacio. No el precio, el valor; que es algo que se trabaja tanto en el ámbito público, como en el privado. Lacan decía: *“A un millonario no se lo puede analizar, porque no puede pagar la sesión”*. Que no la pueda pagar no significa que no tenga el dinero... ¿Cuánto vale una sesión? Y en lo público, el valor uno lo puede ver en, por ejemplo, si alguien se tiene que levantar a

las cinco de la mañana, tomar dos colectivos para llegar acá... Pero cada espacio tiene su complejidad.

E: Bueno, le agradezco mucho por su tiempo y los aportes tan valiosos que me ha transmitido.

E: Muchas gracias a vos, estas instancias nos sirven mucho para continuar reflexionando sobre nuestra práctica clínica. Éxitos en tu TIF.

Entrevista N° 2

Fecha: miércoles, 26 de octubre de 2022

Tiempo aproximado de la entrevista: Veintidós minutos (13:30 hs. a 13:52 hs.)

Lugar: Centro de Salud Mental de las Juventudes

Lugar donde se recibió: Universidad Nacional de Córdoba

Ejercicio profesional: 18 años

Entrevistadora: En principio me gustaría preguntarle ¿hace cuánto se recibió de Psicólogo o Licenciado en Psicología?

Entrevistado: Bien, hace unos 18 años me recibí de Licenciado en Psicología en la Universidad Nacional de Córdoba. Me recibí a través de un TIF y un trabajo en el Hospital Cullen de Santa Fé, que eran unas prácticas que se realizaban en Córdoba.

E: ¿Hace cuánto trabaja en el Centro de Salud Mental de las Juventudes (ex-Casa del Joven)?

E: Comencé a trabajar en esta institución hace un poco más de un año. Comencé a trabajar en el Centro de Salud Mental de las Juventudes cuando el Centro se muda a estas instalaciones. Antes trabajaba en el Centro de Atención Primaria en Salud Mental “Mercedes Di Giusto”, era Psicólogo de planta, fui parte del equipo del Comité de Docencia e Investigación y fui director del Mercedes Di Giusto, hasta que renuncié y me vine para acá.

E: ¿Ha trabajado con jóvenes y adolescentes anteriormente?

E: Sí, en el Centro de Salud Mercedes Di Giusto se trabajaba con adolescentes.

E: ¿Cuál es su concepción de adolescencia?

E: Bueno, que no me gusta que se le diga adolescencia, sino más bien juventudes. Es medio raro porque es una concepción... me parece que es una etapa muy interesante que tiene el ser humano, pero que se la ha puesto muy en jaque y muy presionada por los cambios sociales que se vienen dando. Si bien es riquísimo todo lo que se puede hacer, tenemos un montón de limitaciones y de presiones que tienen los jóvenes hoy día.

E: Perfecto. ¿Me podrías contar un poco más por qué no te gusta tanto el concepto de adolescencias y preferís el de juventudes?

E: Porque viene de la raíz que significa que “adolece de algo”, como que supuestamente al adolescente le faltaría tener algo y nada... Soy más de las teorías actuales que dicen que los adolescentes en realidad no adolece de cosas, no es que le falta madurar o que le falta algo, etcétera... Si no que, al contrario, tiene un montón de cosas buenas, aun en situaciones poco favorables.

E: Claro, entonces, ¿podríamos decir que la palabra “Adolescentes” sería más reduccionista?

E: Claro, porque al adolescente se lo define como lo que no tiene, en comparación con el adulto. El adolescente no tiene pensamiento abstracto, no tiene planes... Y, es más, había una autora que escribió sobre los duelos en la adolescencia, Aberastury, que se refería a que el adolescente tenía que hacer un montón de duelos, que yo creo que ya no existirían. Ya no existen duelos de ese estilo. El adolescente no tiene que duelar su cuerpo, está contento con el cuerpo que tiene, está contento con su familia... Llegó a una de las etapas más idealizadas por el sistema social que tenemos, que es la adolescencia. Eso sería.

E: ¿Qué entiende por urgencia subjetiva?

E: Entiendo por urgencia subjetiva aquella situación que desestabiliza los parámetros simbólicos y significativos que tienen las personas para resolver las situaciones de la cotidianeidad; en ese momento, se pierden esos parámetros y se produce esta urgencia o emergencia pulsional o instintiva que tienen las personas. Las urgencias serían estas situaciones en las cuales el sujeto se queda sin elementos significantes, simbólicos, para responder a determinada cuestión.

E: ¿Cómo se inicia una consulta de urgencia en esta institución?

E: En esta institución... Y, la verdad que son muy variadas, se la pueden solicitar en determinado momento en que uno está haciendo una actividad y te dicen: “*Mirá, tenemos a un chico de urgencia en este momento, está en sala de espera... o en tal consultorio*” y uno se acerca para intervenir. O uno puede detectar esa situación, sin que haya sido calificada como urgencia, o a uno se le puede presentar una situación de urgencia en el consultorio, cuando está interviniendo.

Y cómo se acercan... bueno, como se acercan todos los pacientes, viendo de qué se trata la situación, qué es lo que necesita, escuchando, escuchando empáticamente, asertivamente (como se llama ahora), tratando de ir organizando eso que se encuentra más desorganizado y desestabilizado.

E: ¿Por qué considera que los adolescentes que se acercan a esta institución eligen este espacio y no otro?

E: Hay muchos que eligen la institución por los talleres, por la oferta que ofrecemos en la institución, porque hay psicólogos, que son los profesionales que están preparados para escucharlos. Creo que lo eligen por esas situaciones.

Ahora bien, hay una cuestión que el adolescente, más allá de que pueda venir a este lugar, muchas veces viene traído. Estamos en esa franja en la que nos encontramos con muchos chicos que vienen enviados desde la escuela, enviados por la justicia, traídos por la familia, traído por alguna novia o por los amigos y muy pocos vienen por sí solos. Entonces tenemos casos en los que, como les pasa a los niños, son traídos por los padres...

A veces el joven es traído, es nombrado simbólicamente por otras personas; mientras que otros chicos ya han logrado eso y que pueden venir por sí mismos a hacer su tránsito, su camino, su terapia, su charla, su... lo que sea...

E: ¿Es necesario que lleguen acompañados por un adulto o pueden venir solos?

E: No, no es necesario que vengan acompañados por un adulto. Por ley uno tiene derecho a recibir asistencia médica-psicológica, si no es invasiva, a partir de los 12 años.

E: Me podrías comentar cuáles son las urgencias subjetivas más frecuentes que se presentan en la institución.

E: Desestabilización psicótica, creo... la verdad que no tengo muy presente la estadística. A mí me han tocado desestabilizaciones psicóticas, crisis de angustia y ansiedad -esto se está viendo mucho-, algo de consumo problemático de sustancias... Pero creo que las crisis de ansiedad y angustia son las que más prevalecen. También intentos de suicidio y autolesiones.

Estamos yendo más a las escuelas a trabajar, para una mayor prevención y promoción por estas problemáticas que te comento: intentos de suicidio y autolesiones. Muchas veces intervenimos de esta manera porque nos llegan casos de este estilo, con frecuencia, y decidimos tomar cartas en el asunto. Otras veces nos piden que vayamos al lugar para trabajar una "X" situación.

E: Claro. Y bueno, en relación a esto, más allá de que estimo que las intervenciones son dependiendo el caso por caso, ¿a qué apuntan las intervenciones que se despliegan desde el Centro de Salud Mental de las Juventudes?

E: Las intervenciones apuntan fundamentalmente a estabilizar, a retomar ciertos parámetros de lo simbólico que se rompió, tratar de organizar una cadena significativa que le sirva para orientarse, ubicarse... Darles contención, apoyo, siempre desde la palabra, el acompañamiento... ¿Qué más? Bueno, las primeras terapias consisten en organizar básicamente esto, para contener esta situación.

E: ¿Considera que eso produce efectos terapéuticos?

E: Y... Sí. Sí se producen, creo yo. Si uno les permite a los adolescentes que se explenen y se apropien de este espacio, es posible brindar una contención y que ellos se sientan más aliviados.

También hay que tener en cuenta que uno, cuando se presenta una situación, sobre todo si es una situación de urgencia, uno no tiene y no tiene que tener una performance ya armada para lo que viene. Primero tenés que esperar a ver qué es lo que se presenta...

E: Y los jóvenes que asisten a la institución por una situación de urgencia subjetiva, ¿sostienen su tratamiento luego de estas primeras intervenciones?

E: Y... Ahí ya depende mucho del caso, de la disponibilidad de la institución, de la predisposición del adolescente o de los padres... Yo soy partidario de que aquellas personas que consultan por una crisis subjetiva, deberían arribar -en el mejor de los casos- a una finalización de esa crisis. Se debería continuar asistiendo a la institución hasta que se le pueda dar un cierre a esa situación que lo motivó a venir. Sea en la institución o por fuera de la institución, a veces los recursos no dan para que siga su tratamiento, por otro lado, y tenemos que seguir con esa persona.

Se supone que una crisis de angustia, por ejemplo, en 4, 5 o 6 entrevistas tenés que pautar que baje un poco ese estado y luego considero que es importante que él se pueda plantear algunas preguntas en relación a por qué sucedió eso, cómo llegó a ese estado y, desde nuestra parte, qué herramientas le podemos dar para que pueda afrontar esa situación, en caso de que se vea enfrentado nuevamente a algo parecido.

E: Claro, entiendo. Y, teniendo en cuenta que estas situaciones de urgencias subjetivas atraviesan no solamente los adolescentes que consultan, sino también a los profesionales que intervienen, ¿cómo afronta estas situaciones como profesional?

E: Como profesional... Bueno, la supervisión de casos, el acompañamiento por parte de otros profesionales y la interdisciplina ayuda mucho.

En el Hospital Cullen de Santa Fé teníamos esta idea de que las guardias de salud mental las hacíamos siempre de a dos. En el caso del Hospital de Cullen, que era un hospital de emergentología, nos tocaban en la guardia muchos accidentes de tránsito o alguien baleado, nunca se intervenía completamente solo. Siempre las intervenciones las hacíamos acompañados de otro profesional, para que uno también pueda ir armando cómo a uno lo impactaba traumáticamente esa situación que te llegaba.

¿Cómo manejas eso? ¿Cómo manejas la asistencia de un abuso, el intento de un suicidio...? Y, nunca solo, se me ocurriría. Nunca solo, siempre con otro.

E: En el caso del Centro de Salud Mental de las Juventudes, ¿también se trabaja de esta manera, es decir, interdisciplinariamente?

E: En la medida de lo posible, sí.

Pero bueno, también los ateneos, la supervisión de casos... esas también son formas de sentirse acompañado.

E: Perfecto. ¿Quiénes forman parte del equipo interdisciplinario actualmente?

E: Actualmente... trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras.

E: Y le quería preguntar con relación al Psicoanálisis que, como le comentaba anteriormente, es el marco teórico desde el cual voy a enfocar mi trabajo de TIF, me podría comentar ¿qué lugar ocupa la perspectiva teórica del psicoanálisis en su práctica clínica?

E: ¿Qué lugar ocupa?

E: Claro, en qué medida recurre a los aportes del Psicoanálisis para intervenir en la clínica.

E: Es muy complicado pensar en la medida, pero diría que bastante. Es una de las teorías que puede explicar la mayor cantidad de los fenómenos que atravesamos actualmente, tanto en lo contextual y social, como en lo individual y pulsional. Y da como un abanico amplio. Lo que no implica que otras teorías no sean válidas; por ejemplo, para la emergentología la sistémica tiene mucho trabajo teorizado. Y hay otros autores que trabajan lo que son las urgencias subjetivas por fuera del psicoanálisis. Pero bueno... El psicoanálisis, para entender todo lo que es la constitución subjetiva, sirve un montón.

E: Teniendo en cuenta que desde el psicoanálisis hablamos de tiempos subjetivos, de un tiempo lógico, que suele ser más lento... y, pensando en el tiempo de las urgencias subjetivas, que suele estar relacionados con un tiempo que urge, el tiempo de la prisa, de lo que está aconteciendo en

este preciso momento, en el aquí y ahora, y en el que pareciera que no hay tiempo para “la espera”, ¿cómo considera que conviven estos tiempos en la clínica? El tiempo de la urgencia con el tiempo del psicoanálisis.

E: Bien... (Risas) Porque es así, al tiempo de la urgencia hay que darle tiempo de pensar, de charlar. Yo no abono la idea de que el psicoanálisis es una terapia larga, no es verdaderamente así. Freud tuvo un par de terapias cortas, de días, de intervenciones de urgencias, de situaciones de urgencia. Era otro el marco social en el que se movía Freud, se trataba de cómo eran las terapias en ese entonces.

Pero bueno, una cosa es la teoría que vos podés explicar y otra cosa es el instrumento que tenés para trabajar sobre eso. La mayoría de los instrumentos que tenés desde el Psicoanálisis, las técnicas que tenés, sirven para las situaciones de urgencias subjetivas. Capaz que no la interpretación, como la técnica principal, pero sí los señalamientos, si los armados de fases, bueno, todo lo otro... ¿Se entiende?

E: Sí, por supuesto. Y, ¿cómo operan los diagnósticos en sus intervenciones?

E: El diagnóstico, tal como lo entiende el psicoanálisis -que es un armado que se produce-, ocupa un lugar muy importante. Los diagnósticos te permiten situarte en relación a dónde uno se puede posicionar, de qué manera uno puede ir actuando. Pero no existe EL diagnóstico, no hay un diagnóstico codificador de la situación de angustia, de urgencia... No podemos decir que esa persona... No sé, por ejemplo, es violenta porque en una situación de angustia rompió un vidrio... Para nada. Era una situación de urgencia. Lo que podemos decir es que encontró esa forma para intentar tramitar algo. El Psicoanálisis te explica esa diferencia entre el pasaje al acto, acting out, compulsión, etcétera...

E: ¿Cómo entra a jugar la transferencia en estos casos de urgencias subjetivas?

E: Y, ahí depende de cómo suceda la situación traumática y cómo uno entiende la transferencia. Puede haber una transferencia negativa, producto de la misma situación de urgencia, o pueden haber transferencias positivas muy fuertes y muy masivas producto a que uno se encuentra como único objeto que la persona identifica como que la ayudó. Hay que poder regular todo esto y saber que, si se soluciona la problemática, no es porque uno es mago, sino porque la persona estaba en ese momento así.

E: Bien, perfecto. ¿También hace consultorio privado? Como para preguntarle si encuentra diferencias entre las consultas que llegan a la institución y las que llegan al consultorio privado.

E: Sí, también hago consultorio privado... Eh... ¿Diferencias? Un poco. Tal vez, quizás, a lo público llegan más consultas por trastornos psicóticos que a la parte privada. Personalmente, me ha pasado

eso. Pero después, si uno se ocuparía en el consultorio privado de las consultas más urgentes, borderline y demás, te terminan llegando de la misma manera.

E: ¿Y cómo llegan los adolescentes a ambos espacios?

E: Acá lo que tenés es que llegan más adolescentes derivados de otras instituciones: justicia, escuela, CoPNAF y otras instituciones estatales. Mientras que difícilmente en el consultorio privado te manden desde esos lugares. Pero si te los envían la familia, son adolescentes que llegan acompañados por la mamá y el papá o que llegan derivados por personas de su círculo familiar cercano.

E: Bien. Por otro lado, al momento de abordar estos casos de urgencias subjetivas, ¿qué obstáculos o desafíos se le han presentado teniendo en cuenta el ámbito clínico e institucional?

E: El obstáculo siempre es tratar de lograr la mayor cantidad de coordinaciones, interdisciplina e interconsulta con otros profesionales y otras instituciones. El solo hecho de que alguien externo a la institución te lo mande como “derivado” tiene como una idea de que te lo depositan en este lugar para que uno resuelva el tema, a sabiendas de que tenés que trabajar con distintas disciplinas y sectores. Entonces, ese feedback, para poder continuar acompañando la situación, es la mayor dificultad.

Hace un tiempo era un obstáculo mucho mayor. Ahora, bueno, se trabaja un poco más acompañados por las escuelas, hay mayor apertura por parte de otras instituciones... Pero hay mucho para trabajar, esa debe ser la mayor dificultad.

En cuanto a la interdisciplina estamos muy bien, porque generalmente la gente que elige trabajar acá son personas que están muy abiertas a poder trabajar con otros. Sabemos que las problemáticas son muy grandes y complejas como para trabajarlas solo, tenes que dejar la omnipotencia de lado y poder hacer, por ejemplo, del psiquiatra un gran trabajador a la par que te va a acompañar. Y bueno, lo mismo con los trabajadores sociales, los terapistas ocupacionales y los talleristas.

E: Exactamente. Bueno, y con relación a la llegada de la pandemia. ¿Ha notado algún tipo de diferencia en relación a la presentación de las urgencias subjetivas antes y después de la misma?

E: No tengo presente ningún estudio específico, sino más que nada una interpretación personal y es que sí. Creo que lo que se produjo en ese momento, la gente que tenía que hacer cierto proceso para consultar quedó todo en latencia y esos problemas no desaparecen. Por lo que ahora están surgiendo con más fuerza.

Con respecto a la intervención de los profesionales creo que sí hubo ciertos cambios. Yo soy parte del Comité de ética del Colegio de Psicólogos y trabajamos en todo lo que es el trabajo online, lo cual te permite tener otro instrumento para llegar a contactarte con otros pacientes, a través de llamadas y

videollamadas, lo cual nos permitió a los psicólogos salir un poco del consultorio y atender desde tu casa. Pero que, a su vez, también sirven mucho para estas situaciones de urgencia, hacer una llamada, conectarte un rato en una videollamada ante una situación de crisis. Eso es lo positivo.

Lo negativo es que muchas personas siguen pensando que las cosas se producen mágicamente y todos los problemas de larga data se resuelven en corto tiempo. Cosa que no es así...

E: Bueno, para ir finalizando, ¿a qué aprendizajes te permitió acceder tu llegada a esta institución?

E: Bueno, los colegas, la forma de trabajar que tienen con los jóvenes, los talleristas, las ganas de seguir armando cosas y la energía que le ponen a organizar cosas con jóvenes. También a mantener cierta calma ante la emergencia juvenil, si se quiere... Eso se aprende con el tiempo.

E: ¡Muchas gracias por su tiempo y predisposición a participar de esta entrevista!

E: Muchas gracias a vos.

Entrevista N° 3

Fecha: miércoles, 26 de octubre de 2022

Tiempo aproximado de la entrevista: Cuarenta y cinco minutos (14:15 hs. a 15:00 hs.)

Lugar: Centro de Salud Mental de las Juventudes

Lugar donde se recibió: Universidad Nacional de Rosario

Ejercicio profesional: 32 años

Entrevistadora: Bueno, como le comentaba anteriormente, el trabajo de mi TIF consistirá en indagar sobre los efectos terapéuticos que producen las intervenciones de los/as psicólogos/as del Centro de Salud Mental de las Juventudes, ante urgencias subjetivas en adolescentes. Así que la idea sería conversar un poco sobre esto último, si le parece.

Entrevistado: Sí, sí. En el caso de esta institución, nosotros trabajamos interdisciplinariamente y hay distintos dispositivos... Quizás ya se lo comentaron. Los abordajes pueden ser dependiendo del caso, exclusivamente psicológico y nada más, o pueden ser interdisciplinarios y puede que al mismo tiempo la persona reciba atención psicológica y psiquiátrica. También es posible que se sugiera algún taller, dependiendo de la conveniencia de que concurra a algún espacio grupal. Bueno, comencé hablando yo, pero decime qué te puedo comentar.

E: No hay problema, está perfecto. Bueno, si le parece comienzo con las preguntas.

E: Sí, perfecto.

E: Para empezar, ¿dónde se recibió y hace cuantos años?

E: Me recibí en Rosario, hace como 32 años. Primero empecé en el sector de educación, estuve un año aproximadamente en un equipo interdisciplinario de educación en el Consejo General de Educación. Creo que existe todavía, se llamaba SAIEC. Algo así.

Bueno, y después surgió la posibilidad de trabajar en el CoPNAF, una cosa que me interesó más porque me permitía tener un contacto más directo con los jóvenes y trabajar con las situaciones. Comencé integrando el departamento de admisiones. En ese momento, en aquel momento -estamos hablando del año 90' 91'-, por el departamento de admisión del CoPNAF, pasaban todas las situaciones de toda la provincia y se iban distribuyendo por diferentes residencias que tenía el CoPNAF. Allí estuve cuatro años. Era un equipo grande, un equipo conformado por psicólogos, psicólogas y trabajadoras sociales.

Para ese momento ya se había abierto Casa del Joven, hace algunos años atrás, pocos años atrás, supongamos 4 o 5 años atrás y estaba ubicada en una especie de casa quinta, muy amplia, había mucho espacio, mucho terreno, una pileta... Bueno, Casa del joven había sido pensado para la atención de adolescentes exclusivamente. Algo que en la provincia no había hasta ese momento. Por lo cual fue pionera en el trabajo con esa población.

Transcurrido ese tiempo desde que yo ingresé, cuatro años aproximadamente, CoPNAF hace un convenio con Casa del Joven para reforzar el equipo con, en este caso, tres profesionales más y el compromiso de Casa joven de atender a los jóvenes del CoPNAF. Antes estaban todos en el CONAF y a partir de que viene Casa Joven se dividen las labores.

Pasamos tres psicólogos a Casa del joven, dos psicólogos y una psicóloga, con el compromiso de atender a los jóvenes con algún pedido de atención y para poder llevar a cabo mejor nuestra tarea clínica. ¿Por qué? Porque la función de la función de un psicólogo en el CoPNAF no llega nunca a ser la de sostener un tratamiento. Por lo general son entrevistas diagnósticas, principalmente es eso. Entrevistas interdisciplinarias, donde se tiene una primera idea de la situación de un joven y se deriva. En fin, es otra la función, es muy diferente...

Muy diferente, pero también fue algo que a mí me sirvió mucho, porque la población que atendía en el CoPNAF era más amplia, incluía a niños también; mientras que, en Casa del Joven, en ese momento, se atendía de 12 a 18 años.

Esto se ha ido moviendo de acuerdo al paso del tiempo y los cambios, inclusive legales. Esto de la franja de edades se ha ido modificando. Ahora nosotros atendemos a jóvenes de entre 14 y 24 años. No sé si eso te lo comentaron.

E: Sí. Incluso me pasó que cuando comencé este trabajo de investigación, la institución recibía a jóvenes de entre 13 y 21 años, luego cuando lo retomo este año caigo en la cuenta de que había cambiado un poco esa delimitación.

E: Claro. Entonces, como te comentaba... En Casa del joven, en ese equipo interdisciplinario, había inclusive una psicopedagoga y un médico psiquiatra, éramos muchos psicólogos y había enfermeros también. Ahora me estoy acordando. Había enfermeros porque se había dispuesto de algunas camas para poder albergar algunas situaciones, no tenía internación propiamente dicha, pero sí estaba contemplado en caso de que fuera necesario y ese era el objetivo, el rol de los enfermeros y de algunas personas más que había.

También otro objetivo era el de abrir espacios grupales como talleres. Bueno, después con el tiempo, Casa del Joven fue modificándose. Hasta que, llegado a esta altura de los acontecimientos sociales, se transforma en esto que es el “Centro de Salud Mental de las Juventudes”.

E: Claro, así que usted está trabajando en esta institución prácticamente desde que se inauguró, apenas unos años más tarde se incorporó acá.

E: Claro, sí, yo estaría trabajando en lo que era antes Casa del joven desde que se inauguró más o menos. Casa joven fue creada por un convenio entre salud mental y el CoPNAF, en aquel momento ambas instituciones aportaron al personal y aportaron en lo económico para crear esta institución. Entonces siempre tuvimos una doble dependencia, hasta que, ahora, solamente dependemos de Salud Mental.

E: Perfecto. En relación a la población que llega a la institución, ¿cuál sería su concepción de adolescencia o de juventud?

E: Bueno. ¿Cómo explicarlo? La verdad es que me cuesta explicarlo para no caer en las definiciones tradicionales que ya ustedes deben conocer y reconocer. Pero creo que partimos de que es una etapa de nuestra vida donde suceden muchos cambios, principalmente, que ya no voy a reiterar, pero que está atravesada por muchos factores y, además de lo ya conocido, de la transformación física o biológica, de una vuelta del Complejo de Edipo -desde lo Freudiano-, etcétera. No escapan a los factores sociales, culturales y económicos que vive la sociedad. Los jóvenes tampoco están por fuera de esto y nosotros no podemos escuchar por fuera de esto. No sé si es si esto contesta en parte tu pregunta.

E: Sí, sí, por supuesto. ¿Y qué entiende por urgencias subjetivas?

E: Bien. Más allá de “lo que entiendo por Urgencias Subjetivas” te podría contar algo, que me parece que va a ser más útil, en relación a lo que nosotros recibimos, cómo llegan los jóvenes en una crisis, etcétera.

En general, me parece que la angustia es un factor clásico de ver en la clínica con adolescentes, siempre aparecen situaciones marcadas por un desborde de angustia, crisis existenciales, depresiones...

Una causante fue la pandemia. Eso trajo muchas secuelas, consecuencias, los chicos aparecían muy angustiados, muy deprimidos e inclusive agudizó y profundizó la marginación, porque al profundizarse la crisis económica, los padres de estos chicos quedaron sin trabajo, y esto los sumergió en la marginación.

Todo esto teniendo en cuenta que la gran parte de la población que nosotros atendemos, al ser una institución pública, no cuentan con los recursos para solicitar atención en lo privado o inclusive no contaban económicamente con recursos para poder acceder a internet y poder seguir sosteniendo el vínculo con la escuela a través de lo que simplemente es el celular, la computadora.

Bueno, todo ese contexto condujo a todo un cuadro general de depresión y de marginación. Muchos, muchísimos jóvenes, quedan por fuera del sistema educativo y quedan ahí como “boyando”. Esto también hace que aumenten las consultas a la institución.

Pero eso, volviendo a tu pregunta, se suele ver eso. Se suelen ver casos singulares de malestar, pero siempre atravesados por lo que se está viviendo como sociedad, en un contexto social amplio. Y también, por supuesto, se ven los cuadros históricos de brotes psicóticos y esquizofrenia.

Estoy tratando de ser más práctico, para darte una idea.

E: Sí, ¡está perfecto!

E: Bueno, otro factor que afecta mucho, me parece a mí, es lo que se conoce como desintegración familiar, se suele llamar así a la separación de los padres. En muchos casos, la imposibilidad por parte de los padres, de darle a la separación o al divorcio una salida pacífica, consensuada o con cierto grado de responsabilidad y de madurez, es lo que los lleva a los jóvenes a tener que hacer crisis ¿No? Porque queda desprotegido, sin ese equilibrio y esa continuidad que se necesita entre la infancia y la adolescencia, para poder crecer en un cierto marco que tenga esa cierta continuidad, equilibrio, previsibilidad de la vida. Es decir, ese saber que yo voy a comenzar el secundario y voy a poder continuar año a año... cosa que no ocurre cuando la familia se desintegra.

En estos casos predomina la incertidumbre, la inestabilidad de a dónde va a ir ese chico, si va con uno o va con el otro, si van con los abuelos... Todo eso también es una causa de crisis subjetivas y que llegan acá muy urgenciados. A veces con crisis de impulsividad, por la propia situación y mucho malestar. En la escuela comienza a andar mal y todo se empieza a complicar.

Nosotros acá le ofrecemos, en el caso de los psicólogos, un lugar de escucha y contención. Pero me gustaría hacer una diferencia y es que a veces suele ser terapéutico y a veces no, porque no necesariamente tenemos que hablar de terapia, en el sentido total de la palabra. Es algo que requiere de un trabajo diferente de nosotros con los adolescentes, porque no es el trabajo con los adultos y menos con los niños. Es diferente porque recién está desarrollando otro tipo de pensamiento, un chico de esa edad recién está construyendo otro tipo de pensamiento, de lógica. Pero también sucede que muchos de ellos tienen ciertos recursos simbólicos y muchos otros no. Entonces ahí es donde se requiere de nuestra elasticidad, digamos, para poder posibilitar que ese adolescente que, por lo general, no viene por propia iniciativa -porque nazca un pedido o traído por esa angustia-, sino que, por lo general, viene traído por los padres, o por otra institución, por el CoPNAF o por la escuela, por sugerencia del equipo técnico de la escuela, etcétera, etcétera. Entonces ahí no hay un pedido, como puede ocurrir en el consultorio, que la gente llega y te puede decir por qué. A veces los chicos no saben lo que viene, o lo niegan, o se resisten, porque no quieren reconocerlo.

Todo esto, creo yo, que requiere que uno sea bastante flexible, no atarse a lo que uno trae de la Universidad y de la formación curricular, porque los jóvenes, demandan de una gran elasticidad para que eso pueda caminar, para que un llamémosle entre comillas “tratamiento” pueda tener lugar. Este espacio, en realidad, muchas veces suele ser de orientación...

Yo hago esta diferencia porque me parece que el tratamiento terapéutico es otra cosa. Se trabaja con el inconsciente y con los jóvenes eso todavía no está. Están en una etapa de desarrollo que hasta es difícil trabajar con la interpretación, uno no puede interpretar. Entonces, muchas veces de lo que se trata es de ofrecer una contención a través de la escucha. De una escucha atenta, una escucha preocupada, una escucha afectuosa. Donde uno le hace un lugar, efectivamente preocupándose por él... si viene, si no viene, porque deja de venir, llamándolos por teléfono.

Pero en ese sentido, permitir que lo pueda pensar, reflexionar sobre eso, razonar. Muchas veces se trata de eso.

Ya en los otros casos, cuando estamos hablando de crisis más graves, bueno, ahí ya se interviene con medicación.

Además, siempre es muy importante trabajar con los padres. Siempre hay que hacerle un lugar a los padres y, muchas veces, el trabajo va a casi paralelamente con el joven y los padres, porque la mayor

parte de las razones por las que los jóvenes llegan acá es porque hay fallas en las familias, lastimaduras, traumas familiares, en el sentido de que los padres arrastran esto... Y que alguno de los hijos o varios hijos son el síntoma de lo que ocurre en la familia. Entonces, a mí me parece que trabajar con un adolescente requiere trabajar paralelamente con los padres.

Y bueno, con más razón en nuestra población que, como te decía al principio, nosotros trabajamos con jóvenes que no pueden acceder a otro sistema de salud privado o prepagas ¿No? Entonces se les suman otras carencias, además de las subjetivas y de los conflictos familiares, que tienen que ver con lo social y cultural.

E: Claro. Y en el caso de esta institución, ¿los jóvenes siempre acuden con los padres o con algún adulto que acompañe, o hay jóvenes que se acercan solos?

E: Hay algunos casos que se acercan solos, sí. Pero son los menos. Generalmente, vienen con un adulto que acompaña.

E: ¿Cómo se inicia una consulta de urgencia en la institución? ¿Cuáles serían los pasos?

E: Bueno, llaman o vienen directamente. En la institución hay un equipo de admisión que ya está conformado. Primero pasa por ahí y después ese equipo decide hacia dónde va: atención psicológica, psiquiátrica o hacia un espacio grupal. O a todo al mismo tiempo. Así funciona.

E: ¿Qué lugar ocupan los diagnósticos en su práctica clínica?

E: Sí, ocupa un lugar importante. Es lo primero que escuchas, es decir, en las primeras entrevistas eso es lo que uno intenta despejar. Si estás frente a lo que normalmente, socialmente, se llama ataques de pánico, o si hay rasgos psicóticos o no, o si se trata de una crisis adolescente. Que no es lo mismo que una crisis psicótica o un brote psicótico, que una crisis de angustia o que una crisis adolescente. No es lo mismo.

E: ¿Y qué me podés contar de la transferencia en el trabajo con las urgencias subjetivas?

E: Es fundamental. Es todo un trabajo que, en la institución, según mi experiencia, se construye con mucho trabajo, con mucho cuidado, porque como están involucrados otros actores alrededor del adolescente; supongamos la escuela, ya sean los docentes o el equipo técnico, y la familia. Hay que tener muchísimo cuidado para poder proteger ese espacio, porque los chicos son muy celosos. En el sentido de que en muchos casos no quieren, no desean, no consideran que uno se vea muy seguido con los padres porque algunos desconfían de que nosotros podamos hablar de lo que ellos nos cuentan con los adultos que los rodean.

El trabajo transferencial es arduo, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de los adolescentes no llegan con un deseo propio y con un pedido propio, entonces es uno el que tiene que ayudar a que eso aparezca y que, en el mejor de los casos, se desarrolle una demanda. Siendo muy estricto. Pero bueno, no siempre sucede.

La transferencia y la contratransferencia es un trabajo arduo, porque es difícil que los jóvenes vengan mucho tiempo. No tenés mucho tiempo. Uno en realidad tiene poco tiempo en el que tiene que hacer todo eso junto. A veces se logra y otras veces no.

E: Teniendo en cuenta que las urgencias subjetivas atraviesan también a los profesionales que intervienen en estas situaciones, ¿de qué manera sientes que repercuten estas situaciones de urgencias subjetivas en la institución? ¿Cómo trabajan entre ustedes?

E: Y sí, yo creo que afecta. Afecta. Creo que es imposible que no te afecten ciertas cuestiones complejas que traen los jóvenes. Pero para eso está el espacio que cada uno debe tener como profesional en forma privada, con su propio análisis. Y después, afortunadamente, acá somos un buen grupo, muchos de nosotros tenemos muchos años de trabajar juntos, nos contenemos entre nosotros, nos acompañamos, nos escuchamos. Cada tanto es inevitable sentir... Bueno, la frustración es un elemento, porque no siempre las cosas salen bien, pero bueno, uno tiene que aprender a sobrellevar para poder seguir trabajando. Porque si uno hizo esta elección de la profesión, bueno, hay que aprender a “manejar”, a ubicar eso en otro lugar, para poder seguir escuchando y ver qué puede ser... Sin que eso te termine aplastando...

E: Para que eso no te paralice.

E: Exacto. Pero bueno, como te digo, nosotros nos acompañamos mucho entre nosotros. Creo que eso es fundamental: que haya un buen ambiente laboral, un buen clima de trabajo, una buena transferencia laboral, ¿no? Porque en lo laboral también hay transferencia. También hoy se usa mucho la palabra empatía. Bueno, es súper importante que haya un excelente clima en el equipo porque muchas veces uno pasa por situaciones difíciles, no todo siempre es lindo y tiene buenos resultados... entonces muchas veces nos acompañamos, nos apoyamos.

Paralelamente a esto hay un espacio que es de “Ateneos clínicos”, donde ahí se presentan los casos, se ponen en común con todo el equipo para pensarlos entre todos, ampliarlo, digamos.

Quiero decir, puede que haya un pequeño equipo que esté tratando una situación, conformado por un psiquiatra, una trabajadora social y un psicólogo que son quienes lo sobrellevan semana a semana, pero una vez al mes vos tenés la posibilidad de presentarlo a todo el equipo y ahí se pone en común, ahí van apareciendo las distintas sugerencias, preguntas que te hacen darte cuenta de que no pensaste

en esto, en aquello o que te sugieren esto que no tuviste en cuenta. No te olvides que nosotros trabajamos en una red, trabajamos con las escuelas, con el CoPNAF, con la justicia, con los centros de salud, entonces, siempre están apareciendo distintas opciones que tal vez no te diste cuenta y que podías recurrir a determinado recurso supongamos o a tal otro... Eso es lo que te permiten estos espacios de ateneo clínico.

E: Claro. Esos espacios enriquecen mucho las intervenciones.

E: Exactamente. Ese es el objetivo. Además de que el caso lo podés llevar vos, pero no es tuyo, es de la institución, es de todos. Cada caso que entra acá es de todos, que me toque a mí, determinado caso es una casualidad, pero después el joven circula por la institución...

Yo lo atiendo, pero es de la institución. Sobre todo, en aquellos casos que revisten cierta complejidad y hay una necesidad de que sea conocido por casi todos, porque son jóvenes que tienen una necesidad de estar mucho en la institución. En estos casos es necesario socializarlo para estar advertidos e intervenir, llegado el caso...

E: Bien. Y, en relación a sus intervenciones, ¿qué lugar ocupa el psicoanálisis en su práctica clínica?

E: Digamos que preponderante. Tengo una formación psicoanalítica. Si bien no me parece que hemos vivido muchas transformaciones, en forma general en el mundo, el ser humano, en nuestro país, culturalmente, vivimos en otra instancia muy diferente a cuando nació el psicoanálisis. Por lo cual hay que estar atento a esto, los cuadros han mutado mucho, la medicina y la farmacología ha evolucionado mucho y ha ido mejorando todo para bien, notablemente. Lo cual hace que hoy en día la medicación sea mucho más efectiva que hace algunos años.

Pero sí. Yo tengo una formación psicoanalítica. Si bien, como te decía antes, la práctica te va llevando a que tengas que ir teniendo mucha más elasticidad y no siempre el trabajo es una terapia en sí. Porque además muchas veces los jóvenes vienen por una problemática en particular, como ser, el fracaso escolar, repitió tres veces, tiene 18 años y está en segundo año. Pero no hay otros elementos, no es que se trata de un pibe que sufra de fobia para salir a la calle y no se pueda relacionar, no tenga amigos, sufra de inhibición. No, no, le va mal en la escuela, se lleva 12 materias, bueno... eso es algo puntual que no requiere de la escucha analítica, en el sentido estricto del término. Si no que, bueno, se trabaja eso de manera puntual, que él se ponga a pensar y uno se pone a indagar qué es lo que puede llevar a que un joven se quede detenido en el desarrollo... Un joven de 17/18 años está compartiendo el aula con otros chicos de 12/13 años... Se trata de un estancamiento en el desarrollo, pero no estamos hablando de algún trastorno de la personalidad. Y bueno, también recibimos ese tipo de pedidos.

E: Perfecto. Le pido, por favor, que me diga cómo está de tiempo, así vemos si podemos darle un cierre a la entrevista o si existe la posibilidad de continuar en otro momento.

E: Lamentablemente, ya me tengo que ir. Pero podemos seguirla otro día, si estás en la institución y yo estoy libre no tengo problema de continuar con la entrevista o ayudar en lo que esté a mi alcance.

E: Perfecto, ¡muchas gracias por su predisposición!

Entrevista N° 4

Fecha: lunes, 31 de octubre de 2022

Tiempo aproximado de la entrevista: Cuarenta y siete minutos (09:15 hs. a 10:02 hs.)

Lugar: Centro de Salud Mental de las Juventudes

Lugar donde se recibió: Universidad Nacional de Rosario

Ejercicio profesional: 18 años

E: En principio, quisiera preguntarle, ¿hace cuánto que se recibió de Psicóloga o Licenciada en Psicología?

E: Bueno, yo soy Psicóloga. Soy recibida en la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología. Me recibí en agosto del 2004.

E: ¿Y hace cuánto que trabaja en el Centro de Salud Mental de las Juventudes?

E: Mirá, yo empecé, en realidad, trabajando para Casa de joven. Mi lugar de origen, mi primer trabajo público fue en el 2005, bastante cercano a recibirme, en CONAF. En CONAF me ocupé de todo lo que tiene que ver con un tema bastante... bastante groso. Y todavía no estaban todas las leyes, todas las discusiones y todo lo que socialmente ocurrió, digamos, a partir de "Ni una menos". Y era todo lo que era en ese momento: violencia, violencia familiar, maltrato infantil y abuso sexual. Era bien pesado este tema, con una marcada impronta de la justicia.

Después hubo otras reformas y demás. También pasé trabajando en dispositivos barriales, hice talleres, estuve con expedientes... Hasta que, en determinado momento, en el año 2014, se produce una vacancia ahí en Casa del joven y entro yo. A partir del 2014 hasta esta parte, a pesar de toda la torsión y la reconversión institucional, estoy acá.

E: Antes de ingresar a la institución, ¿le interesaba la posibilidad de trabajar con adolescentes?

E: Me tocó trabajar con adolescentes. Con niños, con adolescentes y, por supuesto, sí, con situaciones de ley y que tenían que ver con... Por ejemplo, siempre tenían que ver desde CoPNAF, siguiendo una línea, digamos a Casa del joven, con chicos y chicas que estaban con una situación de excepción. Las situaciones de excepción quieren decir que se agotaron ciertas medidas de protección, cuando se produce algo en relación a los derechos de los chicos, se han agotado determinadas instancias y, como última instancia, queda alejarlo de sus vínculos.

Chicos en residencias, chicas en residencias. Esto no quiere decir que no se podían ver con su familia. Pero bueno, las vinculaciones no siempre se pueden dar. Jóvenes en situación de, cómo la justicia los ve, a partir de determinadas cuestiones, en estado de preadoptabilidad. Eso, resumidamente.

E: Perfecto. ¿Y cuál es su concepción de adolescencias o juventudes?

E: En este momento... Mirá, a mí se me hace complejo circunscribirlo ¿Por qué? Y yo te podría decir que, a partir de cierta edad, que podemos decir a partir de un consenso cronológico, tal vez y algunas cuestiones de pasaje, como sería si están escolarizados, final de la primaria, comienzo de la secundaria... Ahí podemos empezar a situar algo del orden de la adolescencia. Cuestiones del orden biológico como, por ejemplo, la menarca en la mujer y en los varones, bueno... todo lo que conocemos que nos han dado en las clases de Biología. Ahora bien, los cambios biológicos son una cosa, pero que eso esté acompasado psíquicamente... eso es otra cosa.

Yo te podría decir que es como una convención que tenemos, pero a mí me resulta impreciso todavía. Es algo que por lo menos convenimos, que podemos situar entre más o menos los 13 y 14 años, más o menos digo, porque nosotros también tuvimos que situarnos así, como para decir: *“no puedo atender todo... vamos a atender entre los 14 y los 24”*. Eso lo decidieron por nosotros...

Pero bueno, podríamos decir que desde los 14, más o menos, a partir de ese momento, seguramente algunas cuestiones tendrán que ver con la adolescencia, pero no es que la entrada a la adolescencia sea a los 14, pero al menos es un punto de partida, de referencia...

Como yo lo concibo... Insisto, me resulta complicado. Lo que digo es, en realidad, cuando se deja de serlo, más que cuando se transiciona, cuando se da esa metamorfosis.

En realidad, yo te podría decir, más que todo esto, que me encuentro con muchos grandes y con pocos adultos... que son posiciones, son funciones también...

Insisto, volvamos al tema juventudes, yo lo veo acá muchísimo en la clínica. Con relación al tema de la pandemia, por ejemplo, se me ha hecho un poco más fácil de identificarlo en ese momento. Porque cuando no había posibilidad de juntarse con pares, o sea, de vivir una vida de juventud, de adolescente, esto que de repente los sociólogos hablan de “Moratoria social”, que es que tus padres te

mantengan, que se respete que determinada cantidad de horas tengas que estudiar, que socialmente esté muy bien visto y sea esperable que tu lugar sea la escuela y que después tu lugar sea la secundaria, y que se piensen en cosas del porvenir con relación a vos y que te las ofrezca el Estado.

Todo esto en una cuestión un poco macro y una pincelada muy grande. Lo que estoy viendo es que cuando eso se suspende por pandemia y los jóvenes quedan atrapados en el mundo adulto, por una cuestión sanitaria, quedan con las redes únicamente y, sin quererlo, muy encerrados en el mundo adulto.

Muy encerrado en el mundo adulto, después hubo vacunas y posteriormente hubo un retorno, bastante abrupto para mi gusto... Entonces ya se puede ir a la escuela y ya se pueden hacer determinadas cosas. Un poco loco todo. Y ahí te das cuenta de cómo les costaba también una construcción del afuera.

Estamos hablando de identificaciones muy fuertes. Estamos hablando del Edipo. Estamos hablando de tantas cosas que hemos estudiado, pero en la presencia ver cómo hacen con lo que les toca y también con un psiquismo en formación. Porque vos fijate también que la forma de expresión del malestar de un joven o un adolescente, es muy diferente a la de un adulto o de un “grande”.

¿Qué quiero decir con esto? Que a alguien de repente le sucedan algunas cuestiones, pero que pueda no sentirlo como un ataque masivo a su psiquismo y que pueda responder con una formación de compromiso, con un síntoma, habla de cierta madurez psíquica, de cierta posibilidad y cierto almacén psíquico con el que no nos encontramos siempre, sobre todo en las adolescencias. En adolescencias tempranas, nos encontramos con compulsiones y actings por doquier. No sé si me querías preguntar algo con relación a esto.

E: Sí. En relación a esto que me comentabas que la forma en que se presenta el malestar psíquico no es el mismo en la adolescencia que en un adulto o un grande... Si me quisieras comentar, ¿qué entendés por urgencias subjetivas y cómo ves que se presentan estas urgencias subjetivas en los adolescentes?

E: Justamente sí, el adolescente. ¿Cómo se presenta? Bueno, primero, urgencia subjetiva. ¿Qué entiendo como urgencia subjetiva? Momentos críticos, precisamente, momentos en lo que vendría a ser la vitalidad de un ser humano, de una persona, de un parlante como somos todos, en el cual hay algunas cosas que no están funcionando. Es una irrupción del orden de lo traumático. Se vive como algo del orden de lo traumático. Y todo trauma significa, hasta te diría desde el punto de vista tópico y dinámico de Freud, una entrada muy grande de energía que se contrapone a lo que uno puede soportar.

Entonces eso, es un gran esfuerzo para el aparato psíquico, que hace y se ve, porque esto se nota en la clínica, como muchas veces esta perturbación, esta angustia desmesurada, precipita en actings. Algo que no es una tristeza, algo que verdaderamente angustia mucho, algo contra lo que no tenés herramientas, no hay elementos para responder en ese momento... Digo, porque el trauma es así... Vos vas a ver después, si vas a tener los elementos subjetivos, porque es algo a descubrir cuando algo te agarra (voy a hablar muy coloquialmente) ..., cuando te agarra muy de prepo, vos no sabés con qué constas. Sí, es una irrupción muy grande en tu aparato psíquico, en algo integral, en algo más holístico... Pudo haber sido un accidente. Te cuento lo que yo encuentro acá, pudo haber sido la muerte de un abuelo por COVID, una familia destruida por el COVID. Realmente es una crisis angustiosa. Se llaman ellos así, porque también se auto diagnostican. También se presenta como ataques de pánico. Y después también vemos muchos intentos suicidio.

A ver, ¿qué ocurre con esto? Obviamente que se despliega todo lo que Salud dispone como para hacerle frente. Y con referentes adultos variados que puedan también hacerse cargo de llevar a urgencias o consultar. O, por supuesto, esto aparece cuando hay otras instituciones continentales de las juventudes, donde jóvenes, alejados de los adultos, pueden empezar a desplegar algo de lo propio... Bajo estas circunstancias, de esta forma...

E: Claro, entiendo. Esas serían las formas de presentación más frecuentes en la clínica...

E: Sí, quizás no todas. Te puedo hacer un recorte de lo que a mí me viene a la mente. Que ya venían apareciendo en pre-pandemia, con una marcada preocupación por el mundo adulto. Ellos, teniendo que ser sujetos de cuidado por parte de los adultos, o al menos eso es lo que circula en el mundo adulto de cómo se le identifica y las leyes que también propenden eso, lo que estamos observando es que ellos están muy preocupados por sus adultos.

E: Se invierten los papeles.

E: Sí, precisamente, se invierten los papeles en este mundo. Quizás siempre fue así, pero el modo de expresión ahora se está mostrando más crudo.

Yo también tengo una teoría en relación a eso. A ver, esto que hablábamos sobre las series complementarias, te acordás cuando decía Freud, esto de la solitación somática, esto de las somatizaciones, esto de que el cuerpo sea “caja de resonancia”. Es una forma de... “A ver qué hago con esto traumático”. Y esto traumático ha variado a lo largo del tiempo.

Las dinámicas inconscientes que te encontrás... a ver qué hacemos para construir un afuera, a ver cómo me despego de estas identificaciones tan potentes, a ver de qué forma se da... Y te podés

encontrar con los primeros amores y esas identificaciones tan viscosa, tan pegote... aparecen noviazgos violentos... Te lo digo todo mechado porque la realidad es esto (risas).

Empezás a recuperar mucho de todo lo que estudiaste a medida que te vas dando cuenta de que te va apareciendo la clínica. A mí me pasó que dejé un poquito los libros porque me empezó a sorprender la clínica y ahí después retomas. Pero no es un cuentito. Aparece.

Lo interesante de todo lo que has estudiado es que después te permite una lectura de la realidad y un “poder hacer”.

Otra cosa que aparece es el desarrollo narcisístico. Es un psiquismo muy abierto al afuera todavía. Entonces, bueno, hay que trabajar, hay que consolidar algunas cuestiones.

Otra cosa que también pienso es que es importante convertir en aliadas a las instituciones educativas. Cuesta... cuesta muchísimo. Hay que vencer mitos y prejuicios, pero estamos hablando mucho con los colegas y con los colegas que, a pesar de todos los tironeos que tenemos, hay que buscar lugares donde los jóvenes y los niños tengan condiciones de jóvenes y niños. Y no queden en esa encerrona adulta, porque quedan muy preocupados por la situación económica, porque ellos tampoco tienen dinero. Como se ha escuchado mucho, una vez que han podido salir de la urgencia, caen en la ingesta excesiva de pastillas, cortes, tristezas agudas, depresiones muy potentes. Y sobre todo estos estados, esas crisis de angustia, expresada en mucho llanto y con mucha vergüenza, de haberse podido expresar de esa forma, de que esa haya sido la forma de presentación. Eso ha convocado a los adultos también...

E: Claro, y en relación a esto último, ¿qué me puede contar de cómo llegan los adolescentes? ¿Vienen solos o, por lo general, vienen acompañados de algún adulto, de un grande, de un amigo...? ¿Cómo es la llegada de los adolescentes a la institución?

E: Mirá, yo tengo que hacer un antes y un después porque cuando nosotros estábamos en el centro y éramos Casa del joven, yo encontraba mucha más demanda espontánea. Demanda no del orden psicoanalítico. Tal vez estoy utilizando otro término. En psicoanálisis la demanda es otra cosa, en realidad podemos hablar de pedido. Vamos a hablar de pedido para no dar confusión.

Pedidos de pibes que estaban ahí cerca. Nosotros contábamos con talleres de literatura, de cuentos, de ediciones de cuento, tiradas cortitas, fanzines, muchos años... Yo estoy desde el 2014, pero Casa del joven existía hace veintipico de años, para que vos te des una idea.

Bueno, ahí había mucha más demanda espontánea, llegaba con amigos que estaban ya en tratamiento y entonces querían ir a la psicóloga o al psicólogo o charlar con alguien. También padres que

espontáneamente caían y te decían: “*No sé qué le pasa a mi hijo*”, “*Quiero charlar con alguien*”. Todo esto existía mucho más.

Ahora, en este momento, nuestro modo de organización es otro, nos estamos acomodando. Estamos lejos... es un edificio nuevo y hermoso, pero está muy lejos. Entonces, jóvenes que vienen, jóvenes universitarios, jóvenes que ya tienen acompañamiento de adultos y tienen moto y tienen un manejo de colectivo. Para ellos también es muy significativo poder venir acá. A muchos les encanta, porque es un lugar muy lindo, pero queda súper lejos.

Eso es lo que yo noto en relación a todo lo que se pretenden con las leyes que hablan acerca de las juventudes y adolescencias en relación a la autonomía progresiva. Yo ahí veo como un tironeo. No es que alguien, que no sea del barrio, llegue tan fácilmente... Hay tránsito pesado, mucho camión, mucho lleno de cosas, hay accidentes, hay muchas avenidas por acá, estamos rodeados de comunidad gitana, barrio industrial y todo esto ha cambiado nuestro panorama.

Creo que ha sido algo positivo tener al Centro de Atención Primaria de la Salud al lado y como hemos estado en buena comunicación con ellos, bárbaro. Sobre todo, respecto al tema de atención a Juventudes.

Te doy una viñeta clínica. La vez pasada tuve una paciente que me trajo una plantita, muy amorosa, Día de la madre, Día del psicólogo... Pero ¿qué pasaba? Podía hablar con dificultad porque se había autoperforado la lengua. Había comprado todos los implementos porque hoy en día es muy fácil tener acceso a eso, porque vos abrís Mercado Libre y aparecen hasta elementos para tatuar, tinta, elementos para perforarse y todo eso. Bueno, ella llegó y estaba con la lengua que apenas podía hablar. Entonces todo muy lindo, la plantita y todo eso. También está con tratamiento psiquiátrico, por una grave crisis que la llevó al Hospital San Martín y vino acá en un par de oportunidades, hasta que despejamos esa urgencia... No fue fácil. Pero ese día vino con la lengua en esas condiciones, así que me vino bárbaro que el Centro de Salud estuviera al lado. Además, vino acompañada de la mamá y la abuela, con quienes hay muy poca diferencia generacional y una actitud muy de acompañar, pero que no tienen mucha eficacia adulta. Buena voluntad, pero poca eficacia. Entonces ese día tuvo que ser atendida en el Centro de Salud.

No siempre considero que se da todo lo que yo al menos esperaba que sea una atención de corte psicoanalítico, pero sí se producen actos en relación a eso. Te puedo decir que, ante eso, vamos primero por lo orgánico.

E: Se atiende primero la urgencia a nivel de lo orgánico, lo corporal.

E: Es que sí, porque la urgencia es el todo. Porque no somos seres de luz como estamos acostumbrados, tenemos cuerpo... Y entonces el tema fue, y esto es bien clínico, ¿vos no sabías que esto traía estas consecuencias? Te encontrás con algo muy propio del adolescente, del joven, que es decirte: *“No, no, no, pero yo ya sé, ya sé. Nada malo me iba a pasar porque yo ya me hice este arito, este otro arito y este, pero siempre me fue bárbaro”*. Y como esa cuestión de sentirse *Wonder Woman*, muy propio de esto, de poco sentido de la realidad. Esto es algo que nosotros, en este trayecto clínico, que pretendemos clínico, tratamos de que algo de eso se ponga en juego, porque los años pasan. Y ese joven que te consulta de 14, 15, 16, en par de años, tiene 18. Entonces, bueno, esa pregunta: *“¿Sabías los riesgos que tiene?”*. Tanto que lo sabía, pero llegó con la lengua que no puede venir a hablar con la psicóloga. Entonces, vamos a hacer una cosa, vamos a despejar dudas y vamos al Centro de Salud. Y después volvió, un poco mejor y pudo hablar sobre eso.

E: En ese sentido, es muy provechoso que esté el Centro de Salud.

E: Te diría que sí, la verdad que sí. O sea, cierta cuestión del orden, del sentido de la realidad... ¿Antitetánica puesta? ¿Vos sabés si tenés vacunas puestas? *“Ay, no sé”*, te dicen... *“Se ocupa mi mamá”*. Hay que reordenar todo ese tipo de cuestiones. Eso es un tema bien clínico. Y es a lo que se apuesta desde acá. Al menos mi clínica va en ese sentido.

Como te decía, te encontrarás con ese tipo de respuestas que es muy propio de los jóvenes.

E: Y ante estas condiciones, más allá de que entiendo que es caso por caso, ¿A qué apuntarían las intervenciones con los adolescentes?

E: Las intervenciones apuntan a comenzar a ver, con el joven, qué ocurrió después de un acting. La verbalización de lo acontecido es muy importante, más allá de, como vos decís, es muy caso por caso... Empezar a desentrañar esa frase que los habita, que los atrapa y que los tiene sufrientes. Muchas veces, dada la gravedad de la situación, es como dice Gisela Untoiglich: *“Los diagnósticos se escriben con lápiz”* y es en serio que tienen que estar escritos con lápiz.

Te diría una cosa, que es de mi autoría: Un diagnóstico no es destino. Acá te encontrás con psicosis y andan bárbaro, después de una buena intervención... gente que estudia, gente que sostiene a sus novios, gente que va a la facultad; y vos sabés que es psicótico y es psicótico. Que su modo de plantarse ante lo que le ha tocado va por ese lado, pero con una buena estabilización, una escucha y profesionales que están marcando la cancha: cuidado con esto, cuidado con esto otro, por qué no vamos por acá... Hemos visto buenos avances. También con neurosis súper graves.

La apuesta clínica es primero salir de la urgencia. Cuando llegan acá gran parte ya lo han hecho los efectores que son receptores de las urgencias subjetivas como lo son el Hospital San Martín, el

Hospital Escuela, los Centros de Salud; en algunos casos las demandas llegan directamente, pero te diría que en gran parte a nosotros llegan cuando ya han pasado por esas instancias y ellos son quienes los derivan con nosotros.

Nosotros tratamos de encontrar otros modos para que puedan expresar eso que los habita, donde no se ponga en juego algo tanpreciado, como es su propio ser, su cuerpo, el cuerpo de los otros también... por qué no...

Acá también, en relación a Pulsión y destinos de pulsión, también nos encontramos con algo que sortea la represión que es el Arte. Acá hay talleres de Arte, porque hay cosas que son difíciles de decir y otras que directamente son imposibles de pronunciar. No importa la estructura, hay cosas que quizás no sean dichas nunca, pero son expresadas de otro modo.

Por tanto, contamos con el arte y tratamos de acercar a los pibes también a los talleres, dado la lejanía tratamos de que sean ordenados más o menos, para que puedan ser accesibles de alguna manera para ellos. Porque entendemos todo lo que implica el costo de los pasajes y demás, sobre todo si tienen que ir acompañados por otro adulto.

Bueno, por un lado, eso. Pero insisto que lo importante es comenzar a construir un afuera, al modo joven. ¿Qué es el modo joven? Es un descubrimiento constante. Yo no lo tengo y ellos tampoco. Pero los acompañamos. Yo los acompaño y vemos de qué se trata.

E: ¿Cómo los atraviesan a ustedes, los profesionales que intervienen, estas urgencias?

E: En principio, no podemos decir que no nos atraviesan. Todos tenemos una sensibilidad y todos necesitamos de otros. Es con otros. Acá la formación de equipos ha sido clave, el saber que tenes que trabajar a determinada hora, pero sabiendo que en el consultorio que está al lado hay alguien es sumamente importante. Yo te puedo decir, después de mis años de laburo, en lo público y en lo privado, es muy gratificante cuando algo de esto sucede. Aun teniendo que atender situaciones graves.

Cuando vos atendés situaciones gravísimas, las lees o te las presentan y te querés agarrar la cabeza, lo tenés al joven en frente y ya te imaginas con quién puede ir bien. Ya te imaginas cuál es el equipo.

Ojo, a veces es una cosa lo que vos lees y otra, muy diferente, es lo que el joven tiene para decirte. Algo que calma mucho a las urgencias subjetivas que nos traen los jóvenes es saber que lo escucha un adulto. Te lo dicen. Te lo dicen con mucha vergüenza, porque vienen y lloran. ¿Cómo no van a llorar?

Pero bueno, acordate que estamos en un mundo donde esto de ser intenso, donde hay un marcaje muy fuerte en relación a la expresión de los sentimientos, de las emociones... Y aquí es donde cobra valor

el solo hecho de que alguien de otra generación pueda escuchar. A partir de ahí se movilizan muchas cuestiones.

Trabajar interdisciplinariamente también es algo que destaco mucho, porque de eso se trata. Muchas veces, por el modo de presentación, después de la admisión va con el psiquiatra que se ocupa de una estabilización del cuadro. A veces, porque viene con un franco desencadenamiento de un brote psicótico, a veces porque viene con un estado de locura... Pero los estados de locura ocurren en todas las estructuras (risas). Muchas veces se hace necesaria una intervención medicamentosa para estabilizar eso, luego le sigue un esquema de sostén. Pero lo más importante y, te diría, el centro de todas nuestras intervenciones, está en lo que el joven tiene para decir acerca de lo que le está pasando o qué es lo que está pasando en su entorno.

E: Bien. Y en cuanto a desafíos y dificultades que encuentra, a nivel clínico e institucional, ¿qué me podría comentar?

E: Desafíos, muchísimos. Desafíos en relación a cómo incorporar determinadas instituciones para que vayamos todos en un mismo sentido, aunque de diferente forma. El diálogo institucional, a veces, se torna un poco desorden. Es complejo con el tema de residencias, por ejemplo. Porque insisto, el joven alejado de su familia por el solo hecho de que no puede estar con una familia que le vulnera los derechos, da rienda suelta a todo lo que los habita por dentro y eso que los habita por dentro, leído por los adultos y adultas, muchas veces los vulnera igual... Todo esto también da lugar a protestas, pero que no son protestas al modo adulto. Uno como adulto, si queremos protestar por algo, no nos vamos a autoflagelar, no vamos a tragar vidrio, no nos empastillamos... Qué sé yo, nos unimos acá junto con otros compañeros y vamos a casa de gobierno, nos ponemos de acuerdo... Tenemos otro modo. Tenemos otra organización psíquica, social, gremial por así decirlo...

En las escuelas se producen también muchos mitos y prejuicios, donde necesitan... ellos te lo piden, te preguntan, qué hacer con el chico y qué diagnóstico tiene (y qué diagnóstico, y qué diagnóstico... mucha insistencia con esto).

Muchas veces esto encarnado en colegas. O sea, depende de qué institución te aloje laboralmente... muchas veces te ves justamente hablando con ese discurso, de modo más o menos acrítico... En algunas ocasiones es por ahí...

Pero se puede seguir trabajando. Tenemos muchos desafíos, pibes que quieren laburar, pibes que se le hace muy difícil seguir estudiando y pibes con consumo problemático no sé... Yo he encontrado muy pocos chicos con consumos problemáticos, con consumos sí... Que te cuentan que consumen ocasionalmente, sí. Pero con consumos problemáticos que les impida algo, te diría que son los menos. Lo que pasa es que bueno, inmunes a las pérdidas amorosas y bueno, no. Hay distintas vías por las

cuales tramitar las diferentes situaciones por las que atraviesa un joven y no se bancan mucho la angustia... ¿Cómo hacemos nosotros con nuestra propia angustia? Compartir con otros y ya tenemos nuestra experiencia.

Acordate de algo, por más que estemos de este lado... muchos años de análisis. Es fundamental. No es por un deber ser, es por un querer estar. Porque somos de otra generación, pero también fuimos adolescentes, entonces si no las trabajas primero con vos... No hay un modo ideal, pero si te tiene que encontrar bastante más armado.

Cosas que vas a llevar a supervisión, por supuesto que sí. Cosas que vas a llevar a tu propio análisis, pero más vale... Claro que sí. Cosas que vas a querer charlar en un break con otro colega, por supuesto. Eso existe y es saludable, es parte del trabajo.

Como contra, queda lejos este lugar. No es como en el centro que encontrás muchos más clubes, espacios de esparcimiento para los pibes, un skate park por acá a mano... y hay mucho por hacerse. Hay gente que se tiene que tomar dos bondis y eso es una macana brutal...

E: Y, para ir cerrando, ¿Qué aprendizajes puede recatar de su trabajo en la institución?

E: Lo bueno que rescato de mi trabajo en la institución es la gran diferencia que encuentro en mi trabajo en lo privado. Esto que vos me decías de la interdisciplina, in situ, yo lo encuentro acá. Para mí es una gran satisfacción. La posibilidad de encontrarte con el psiquiatra o con las trabajadoras sociales, la posibilidad de realizar una entrevista conjunta porque sabes que laburas con padres también, porque sabés que necesitas hacer alguna puntuación o alguna cuestión por el estilo, la posibilidad de presentarle al joven la institución e ir encontrándonos con los profes de música, de artes plásticas y que ahí mismo se pongan de acuerdo para participar en algún espacio. Eso en lo privado no lo encuentro, pero para mí es una fuente de gratificación. La oferta de la institución es lo que más rescato de mi trabajo aquí.

E: ¡Muchas gracias por su tiempo!

Entrevista N° 5

Fecha: viernes, 16 de diciembre de 2022

Tiempo aproximado de la entrevista: Cincuenta y dos minutos (08:50 hs. a 09:44 hs.)

Lugar: Centro de Salud Mental de las Juventudes

Lugar donde se recibió: Universidad Nacional de Mar del Plata

***Ejercicio profesional:* 12 años**

E: En principio me gustaría preguntarle, ¿hace cuánto se recibió de Psicóloga/Licenciada en Psicología y dónde estudió la carrera?

E: Me recibí en el año 2011. Estudié la carrera en la Universidad Nacional de Mar del Plata, en la Facultad de Psicología de la UNMdP y llegué acá, a Paraná, en el 2014, para hacer la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Así que bueno, vengo de otra unidad académica. Mi último final fue en marzo de 2011 y defendí mi tesis en octubre del mismo año, ahí cerré el ciclo de grado.

Estuve un año y medio, dos años, trabajando en otros espacios, tratando de insertarme en lo que creía en ese momento, que era lo que más me gustaba o lo que más me convocaba. Siempre con la idea de continuar formándome y aspirar a formarme en todo lo que tiene que ver con el trabajo interdisciplinario e intersectorial, el laburo con otros y otras del campo de la Salud Mental. Fue así que llegué acá a Entre Ríos, para hacer esa formación de posgrado y después ya me quedé.

E: Claro, ¿y hace cuánto trabaja en esta institución?

E: Comencé a trabajar en el Estado, en Salud Pública en el 2014, en el marco de la residencia, luego llegué acá por una rotación en segundo año de la RiSAM. Cuando terminé la residencia circulé por otros espacios laborales, también públicos, entre ellos el CoPNAF. Y tuve el placer y el agradecimiento también de que me convocaran para volver a trabajar acá, en el marco de otras condiciones laborales. Estoy de nuevo en este espacio desde febrero del 2020 como trabajadora más estable. Hace un año nos mudamos al Complejo Integral de Salud Comunitaria.

E: Perfecto. En cuanto a su concepción de adolescencia, ¿qué me podría contar?

E: Bueno, los Centros de Atención Primaria de la Salud tienen la particularidad de que acompañan a las personas en todos los ciclos de vida. Muchas veces lo que ocurre es que comenzamos acompañando infancias y pasan los años y continuas en referencia, en contacto y acompañando otros momentos vitales. Muchas veces apostamos a que los abordajes sean familiares, trabajamos en ese sentido y tratamos de acompañar los procesos vitales a lo largo de los ciclos.

La llegada de las adolescencias suelen estar asociada a cuando algo no está funcionando, con las otras franjas etarias trabajamos mucho más, lo que es prevención y promoción de la salud integral, pero con las adolescencias es más complicado. Por ahí, con las adolescencias y las masculinidades es algo que nos venimos planteando mucho en relación a cómo acercarnos desde otro lugar, no cuando lo disfuncional aparece o está instalado.

Me parece que esto sucede en general en el campo. Las adolescencias socialmente suelen ser asociadas o entendidas desde todo lo malo. En el imaginario circula esto del ciclo de vida en que lo revolucionario, que es tan saludable, aparece desde lo negativo, desde lo peyorativo, entonces entiendo que esto también dificulta la llegada de los adolescentes.

Desde mi posición profesional, creo que es el momento vital de poder trabajar en ese acompañamiento que se puede construir con las adolescencias. Es un tiempo muy fructífero para poder instaurar, sembrar e inscribir un montón de cosas, respecto a las posiciones subjetivas y a la grupalidad, lo social... Es el tiempo propicio para poder instaurar un montón de cosas, por eso lo pienso como un tiempo muy fructífero para que cuando esos acompañamientos puedan ser posibles, que nosotras las profesionales y los profesionales lo pensemos desde ese lugar. Por esto también considero que es importantísimo planificar y concretar la llegada a las adolescencias y el trabajo con las adolescencias desde el lugar de la prevención y la promoción.

Es un tiempo vital y posible de hacer intervenciones oportunas, de crear condiciones y crear oportunidades en conjunto con los y las adolescentes para que un tiempo posterior sea más saludable.

Generalmente, cuando entramos en contacto con las adolescencias, es cuando están estalladas o cuando las aduleces que acompañan esas adolescencias ya no pueden hacer más o no saben cómo... Ese suele ser el modo y el momento en el que se posibilitan los acompañamientos. Pienso que es una deuda para nosotros como equipo de salud, de pensar qué otras cosas, qué otros modos, qué otros lados son posibles con las adolescencias.

En síntesis, eso, creo que es un tiempo muy fructífero para la inscripción de modos, de recursos, de herramientas, que posibiliten modos más saludables de transitar otros momentos vitales.

E: Buenísimo. Sí, entiendo que el posicionamiento de la institución acompaña todo esto, sobre todo con la propuesta de talleres grupales abiertos a la comunidad joven, a los adolescentes, que propician el encuentro, el acompañamiento mutuo entre pares...

E: Exacto. Por supuesto que sí. Esa es la idea, pero que no deja de ser complejo porque muchas veces se escucha en el discurso que los talleres, los espacios grupales, lo comunitario es como lo más... ¿Cómo decirlo? Como si lo único que importara y lo único que generará efectos subjetivos son las instancias psicoterapéuticas individuales o trabajar solo y exclusivamente con la singularidad del adolescente o la adolescente.

Yo entiendo que esos espacios implican un tiempo de construcción que a veces es mucho más complejo. No digo que no sea complejo un trabajo psicoterapéutico con las adolescencias, pero sí que a veces construir y sostener esos espacios de prevención y promoción es complejo, es difícil, lleva

mucho desgaste y no me parece que haya que subestimarlos, no son excluyentes de otros espacios y tienen la misma importancia y la misma perspectiva de salud, quizás más tradicionales o más clásicos, incluso que el imaginario social tiene instalado como lo único que espera o que busca cuando llegan a los efectores de salud. Te dicen: “*Vengo por un turno en psicología*”, quizás un trabajo que nos concierne a nosotras como profesionales sea ofrecer e instaurar otras posibilidades y espacios, porque los abordajes en Salud Mental o los abordajes interdisciplinarios pueden ofrecer otros espacios.

E: Claro, y que esto puede enriquecer aún más las intervenciones.

E: Exacto. Sobre todo, porque esos espacios lo que generan es la promoción de lazos sociales y si hay algo que en las adolescencias que es importante es justamente eso. Allí vemos cómo los pares sostienen subjetividades, entonces eso es lo que me parece más potente de los espacios grupales. Después, bueno, cada espacio tendrá su impronta, el motivo por el cual convoca, si hay una tarea o no... Me parece que el denominador común de todas esas actividades, espacios, dispositivos que tienen esta impronta de promoción, prevención y la actividad comunitaria tiene esto de potente: la promoción de lazos sociales y de conformación de redes.

E: ¿Qué entiende por urgencias subjetivas?

E: Las urgencias subjetivas tienen que ver con momentos de quiebre, de ruptura, cuando la persona ya no está pudiendo con eso que le pasa. Claramente, tiene que ver con un padecimiento psíquico, un padecimiento subjetivo que desborda. Es tal el punto de sufrimiento que no se puede con esas herramientas o esos recursos, que incluso en ocasiones no se registran como tales, pero que más o menos le permitían a la persona sostener una cotidianeidad.

Me parece que principalmente eso, es un punto de ruptura, un punto de quiebre, de desborde, en donde es necesaria la intervención con la pausa. En eso que desborda, que no se puede contener, que aparece muy disruptivamente, de manera abrupta y que rompe con todo eso, me parece que la intervención requiere que instauremos un tiempo de pausa. En eso que conmueve y que demanda una intervención ya, en la inmediatez, me parece que la respuesta siempre es instaurar un momento de pausa, poner un parate y barajar de nuevo. Intentar barajar de nuevo con la persona que está transitando ese momento de mucho sufrimiento psíquico. Me parece que tiene que ver con eso.

E: ¿Cuáles serían las modalidades de presentación de las urgencias subjetivas que llegan a la institución y cómo se inicia una consulta de urgencia?

E: Bueno, en principio, no contamos con un dispositivo de guardia. Si hay en el Centro de Salud que forma parte del Complejo Integral de Salud Comunitaria, un equipo de guardia de enfermería, pero no

de Salud Mental. En términos generales, no contamos con un dispositivo apropiado, pensado, para recibir las urgencias subjetivas. En general.

Sí, somos conscientes que siendo parte de un efector de salud y como profesionales de la Salud Mental pueden llegar situaciones de urgencia y es importante evaluar qué posibilidades de alojarlas tenemos, en este contexto institucional y con los recursos con los que contamos.

Pero sí, por supuesto que en nuestro trabajo habitual recepcionamos constantemente contingencias. A mí me gusta llamarlo así, contingencias. Sucede que tenés una actividad planificada y llega repentinamente una persona desbordada demandando una atención en particular y bueno trabajamos así, con la contingencia.

Más allá de que no hay un dispositivo de guardia, a veces la referencia es muy importante para las personas llegan con estas demandas de urgencias. Por eso es importante reconocer y estar preparado para ello, porque laburamos día a día con las contingencias, pero, en ciertas condiciones, podemos alojar esas urgencias subjetivas e instaurar este tiempo de pausa y evaluar qué acompañamiento es posible desde acá; mientras que, en otras eventualidades, debemos también ser consciente que a veces no es posible, por las condiciones y los recursos institucionales, en esos casos, la intervención es poder referenciar o poder acompañar a que la persona llegue a esos dispositivos que sí están preparados para alojar la urgencia subjetiva, cuando el grado de complejidad y gravedad así lo amerita.

En términos de contingencias, digamos de estas situaciones en que las personas llegan repentinamente demandando una atención de urgencia en Salud Mental, las problemáticas o las situaciones más recurrentes son las crisis de ansiedad, sobre todo esas situaciones que implican un grado de ansiedad muy importante, crisis de angustia, cuando existe un gran monto de angustia que se traduce en el cuerpo y la persona registra que algo le está pasando porque el cuerpo le habla de esa manera; pero también es muy frecuente que los adolescentes lleguen por consumos problemáticos o intentos autolíticos. Es lo que escuchamos y lo que podría transmitirte ahora, en términos generales, como lo más recurrente con respecto a demandas puntuales.

E: ¿Cómo llegan los adolescentes?

E: Generalmente, suelen llegar acompañados por un tercero o que, incluso, insiste para que lleguen. Nosotros contamos con el dispositivo de recepción de demanda, que es un dispositivo de primera escucha, en el que se produce un primer acercamiento a ese motivo, a esa demanda, a ese pedido que realiza la persona. Esa primera intervención la hacemos en equipo, es un dispositivo interdisciplinario, está disponible los días lunes, eventualmente contamos con dos equipos, uno de mañana y uno de tarde. Los turnos se dan los días viernes, para ese lunes que sigue.

En relación a las adolescencias, suelen ser los adultos y las adultas las que se acercan a pedir ese turno o ese espacio. Es muy extraordinario, en términos de que no es lo que suele suceder en el día a día, que llegue un adolescente, un joven, una joven, pidiendo algún tipo de escucha o consultando cómo funciona, cómo se gestionan los turnos y demás. Siempre suele ser por pedido de otra persona.

E: Perfecto. ¿Y también por derivaciones de otras instituciones?

E: Sí, por otras instituciones también. Generalmente por el servicio de retención de derechos del CoPNAF de esta zona que es La Posta. Solemos trabajar en articulación entre el Centro de Salud Mental de las Juventudes y el Centro de Salud Ñuberí, sobre todo para el abordaje familiar, por ejemplo, cuando un joven o una joven viene teniendo una participación en un espacio grupal o tiene su espacio psicoterapéutico individual y hay un equipo que viene acompañando, generalmente se solicita brindar un espacio de escucha también para las aduleces que acompañan a esos jóvenes. Así que se trabaja mucho el trabajo articulado por ese lugar. Las escuelas también. Este año no han sido las mayores demandas para los adolescentes desde esas instituciones. Han sido más del servicio de protección de derechos.

E: Bien, perfecto. Y con respecto a que esto de las urgencias subjetivas, o las contingencias, no atraviesan solamente a los adolescentes o a los jóvenes y las jóvenes o a las familias que acompañan, sino también a los profesionales que recepcionan esas consultas. ¿De qué manera los atraviesa a los profesionales y como lo trabajan?

E: Claro, entiendo que te refieres a cómo nos cuidamos en relación a nuestro trabajo.

E: Exactamente.

E: Gran pregunta (risas). A mí siempre me atravesó ese interrogante respecto del cuidado de nuestra Salud Mental porque eso también repercute en cómo intervenimos, en cómo acompañamos, en cómo generamos esos espacios de cuidado, cuidándonos también nosotros y, últimamente, también me vengo preguntando por el cuidado cuando llevamos a cabo actividades de prevención y promoción, comunitarias y demás porque también generan un desgaste importante, si bien no es el contacto directo con el padecimiento psíquico y se trabaja más desde un lugar de la salud, no quita que eso también conlleva un desgaste y de alguna manera también de lugar a que surja o que las personas se habiliten a hablar de su padecimiento.

También hay algo del cuidado que hay que poder dar lugar desde el lugar de trabajadora desde el lugar de prevención y promoción. La ventaja es que nosotros trabajamos en equipo, somos un equipo consolidado de Salud Mental, de ya varios años de trabajar en esta lógica, así que ese es el principal recurso de cuidado, sobre todo pensando siempre en dispositivos en donde las coordinaciones o

quienes estamos facilitando esos espacios, esos dispositivos, sea un equipo. Ese me parece que es el principal recurso de cuidado.

Tenemos las reuniones de área, que son una vez al mes. Eso también es un recurso de cuidado, no solo es un espacio de pase de información, sino que tiene otra lógica de poder dialogar sobre situaciones, de poder plasmar y transmitir los interrogantes que tenemos en relación a esas situaciones que acompañamos, de pedir acompañamiento. Es un lugar donde podemos plantear: *“Miren compañeras... Estoy trabajando en esta situación, no sé cómo lo ven ustedes, cómo les parece que podríamos continuar, qué otros espacios se podría proponer...”*. Eso tiene que ver con socializar algunas situaciones y pedir de alguna manera sugerencias, señalamientos. Son como pseudo-supervisiones, si se quiere. No tenemos espacios de supervisión propiamente dichos, con la formalidad que implica, pero sí, lo dialogamos en equipo y eso es un espacio de cuidado. Es un espacio de encontrarnos en la vorágine del laburo, respetarlo y sostenerlo.

El dispositivo de recepción de demanda es un espacio de cuidado, porque esa primera escucha que realizamos en compañía de un compañero de otro campo disciplinario, en compañía de otra disciplina; porque en el caso de aquellas situaciones que implican una gravedad importante o tienen que ver con una urgencia y hay que pensar la intervención, poder pensarlo con otros y otras es un recurso para cuidarnos. El trabajo de esa manera es un recurso de cuidado.

Mi espacio personal de análisis, ese me parece que es el espacio supremo de cuidado. Es el espacio más propio en el que uno puede trabajar. Espacio que a veces se torna espacio de supervisión y que a veces uno lleva algo de su laburo.

Y después, a nivel más general como institución tenemos las reuniones de equipo ampliado, que se llaman “Reuniones de personal”, pero a mí esa cuestión de personal me da la sensación de lógica privada y no me gusta mucho ese término. Pero sí, una vez al mes, tenemos esas reuniones, que son como una jornada donde todo el equipo del centro de salud se aboca a trabajar esas cuestiones. A veces tenemos capacitaciones, a veces es la organización por el festejo de la primavera, la organización de la peña, a veces tiene que ver con plantear términos organizacionales. Bueno, son jornadas en las que incluso se debate qué decisiones se van a tomar a nivel institucional. Esto también me parece un recurso de cuidado a nivel más macro.

Es como un varieté. Y también hay recursos que uno lo va construyendo en la práctica e implica una responsabilidad poder registrar cuándo se necesita de otra cosa, cuándo esos espacios que nos tendrían que servir de cuidado no están siendo de esa manera.

E: Con respecto a la teoría Psicoanalítica, ¿qué lugar ocupa en tu práctica clínica?

E: Bueno, yo trabajo desde ese lugar. Mi modo de leer la práctica es desde ese lugar, de pensar a las personas con las que trabajo, de pensar la escucha desde ese lugar y también vengo pensando mucho en el Psicoanálisis en territorio, sobre todo estando en un Complejo Integral de Salud Comunitario. De la formación de grado salimos muy con el cuadernito, el consultorio privado... Pero a mí me gusta pensar las intervenciones desde la clínica ampliada.

Muchas veces se cuestiona, desde las teorías más dogmáticas, que si no es con un diván, si no es en el marco de las cuatro paredes de un consultorio, si no es de esa manera, no es Psicoanálisis; pero, a mí me parece, que sí es posible el Psicoanálisis en los hospitales, centros de salud y cualquier efector de salud mental comunitario, no solo desde esta lógica más tradicional del consultorio, del uno a uno, con esta impronta más clásica, de cómo ha surgido el Psicoanálisis además, sino también de otras formas, porque hay otros Psicoanalistas posibles en el territorio, en el barrio y en los lugares donde habita la gente.

Me parece que es posible pensar las subjetividades desde esos lugares, desde esta lectura psicoanalítica y de trabajar para que haya un trabajo allí.

También creo que esas lecturas le traen algo saludable al psicoanálisis como campo. Bueno, ya lo decía Lacan: “Tenemos que estar a la altura de las subjetividades de la época”. Y eso me parece que es una responsabilidad de quienes ejercemos la práctica desde ese lugar y entendemos que ese método es el modo para construir subjetividades más saludables y que las personas puedan ser protagonistas de sus vidas. Hacer esos aportes y traer estos cuestionamientos, también permite que dejemos de hacer del Psicoanálisis un campo tan sagrado que no se pueda modificar o que eso es lo único, cuando en verdad hay otras aristas.

A mí me parece que, quien escucha, si lo puede leer desde ese lugar, si puede escuchar a esa persona desde el psicoanálisis, me parece que es posible hacer intervenciones para construir eso otro... Si está atento a esos efectos del sujeto, si está atento o atenta a esos traspieses, si está atento a la escucha desde esa posición, me parece que es posible el psicoanálisis en territorio, en las actividades barriales, en una celebración de primavera, en una peña característica de la comunidad, como un festejo por el fin de año... Tiene que ver con cómo se escucha.

E: ¿Qué importancia tienen los diagnósticos a nivel institucional?

E: Utilizamos los diagnósticos a nivel de codificación porque es un lugar importante que nos permite la carga de esa prestación a nivel del programa Sumar se nos da recursos económicos y es una manera de poder sostener algunos de los espacios grupales y las actividades comunitarias diríamos. Desde ese lugar, se le ha dado una importancia a que cada uno de nosotros y nosotras que somos parte del equipo, carguemos esa prestación para poder tener más ayuda económica. Es una codificación que se

hace desde el CIE-10, en términos generales, cuando se registran aranceles que corresponden a las personas que no tienen obra social.

Por otro lado, en términos disciplinares, es importante el diagnóstico, yo siempre entiendo que es en términos de procesos que muchas veces tiene que ver con un diagnóstico referido a la subjetividad y a la singularidad; y, a veces, también es un diagnóstico situacional para poder evaluar cómo esa subjetividad está transitando, con qué recursos cuenta, con qué no, qué factores promueven que la persona pueda sostener en el espacio que se le ofrece.

Lo que no se trabaja es en el uno a uno de decirle a la persona: “Tu diagnóstico es: ...”, ni tampoco surge la pregunta de qué diagnóstico tengo, me parece que en la escucha no ha trabajado con eso, no me han preguntado: ¿Qué diagnóstico tengo? Porque además muchas veces ya vienen diagnosticados por el señor Google (risas). A veces el trabajo tiene que ver con descontracturar un poco eso, romper con la cuestión del trastorno y poder llevarlo a que es un momento, una circunstancia, un proceso... A veces, claramente, los nombres alivian, tranquilizan y es una forma de saber qué me está pasando. Tiene que ver con devolver algo en relación a momentos de crisis, lo que se transita en momentos de crisis, si es esperable o no, tiene que ver con validar algo de eso que se siente.

Eso en términos generales, con respecto a la institución; y, más en particular, en relación a cómo yo trabajo.

E: Con respecto a la transferencia, ¿cómo considerás que opera en las situaciones de urgencias subjetivas?

E: La transferencia es un elemento que nos guía en la práctica. En la urgencia no sé si hablar de transferencia; por ahí lo que se establece en la urgencia, cuando no hay una continuidad de cuidado, un tiempo que permita construir un vínculo terapéutico, me parece que ahí es más válido hablar de referencia o de lo que se produce ahí, en ese momento, en relación a la entrevista que se está desarrollando y que puede ser la oportunidad de poder construir un vínculo donde algo de la transferencia se pueda poner en juego y que, además, permita dirigir la cura, si vamos a algo más técnico si se quiere.

La transferencia es el elemento que orienta desde la cuestión diagnóstica, hasta la cuestión del lazo, lo que se pone a jugar en el espacio con esa persona y que permite leer su posición subjetiva en los vínculos y por eso es lo que orienta.

Nos orienta en relación a cómo intervenir, en qué tiempo. Claramente, eso no siempre sucede, porque también está la contratransferencia, más clásico, pero que también a nosotras como psicoterapeutas nos despierta todo lo que el otro pone a jugar acá en el espacio, en términos transferenciales.

Me parece que es eso, un elemento orientador del desarrollo de ese dispositivo terapéutico que se está construyendo.

Y también lo pienso en los espacios grupales, lo transferencial como emergente en las grupalidades y cómo eso también nos puede orientar en cómo trabajar con esos emergentes. A veces en un tiempo *a posteriori* y otras veces si es posible intervenir en ese momento.

Es el elemento principal al que debemos estar atentas para leer lo que está sucediendo y pensar esas intervenciones consecuentemente, como un efecto de esas lecturas...

E: ¿Hace consultorio privado?

E: No, actualmente estoy trabajando en salud pública. Estoy trabajando acá, también compartido con la dirección de Salud Mental de Atención Primaria, así que también tengo un trabajo en gestión. Y, como te decía antes de que comencemos, formo parte del Dispositivo de Tratamiento Comunitario (DTC), SEDRONAR, de Paraná, que tiene su sede y depende del Centro de Salud Mental de las Juventudes, eso son dos veces a la semana.

Hice consultorio privado. Sobre todo, esos dos añitos cuando apenas me recibí, en los que estuve incursionando por dónde quería ir. En ese momento trabajé en infancias, sobre todo. Luego hice la residencia y durante ese tiempo tenés bloqueada la matrícula, así que solo tienes una dedicación exclusiva a lo que haces en el marco de las residencias. En cuarto accedes a un desbloqueo de la matrícula, por lo que podés comenzar a proyectar otros laburos al finalizar la residencia. Comencé consultorio privado y decidí cerrar ese espacio, esa práctica, en el 2021. A principios del 2021.

Me pasa que estoy muy habituada a trabajar en equipo, con otros y con otras y sentía mucha soledad en el consultorio privado. Si bien uno está en comunicación con otros profesionales que intervienen, se me jugaba algo de eso. Y mucho de esto, me lo potenció la pandemia. Porque bueno, era como estar 24/7, era muy difícil poner un límite a lo virtual en ese tiempo, que entiendo que también era necesario y que, a veces, era el modo de acompañar, pero me resultó muy pesado sostener ese espacio. Además, eran situaciones muy complejas, porque la pandemia había agravado todo el contexto, lo había potenciado y yo sentía mucha soledad en ese espacio.

De todos los espacios laborales que tenía, porque claramente es así, es muy difícil, en términos concretos, sostener tu vida solo con un espacio laboral, me refiero a lo económico. Vas a escuchar muy seguido que tenemos 2 o 3 trabajos, más cuando estás en salud pública.

De todos los espacios que tenía, el consultorio privado era el espacio en el que menos disfrutaba mi práctica. No digo que siempre haya que disfrutar o que siempre la práctica tenga que ser satisfactoria, no quiero caer en ese discurso imperativo, neoliberal, en el que, sino trabajar de lo que te gusta, no...

Porque a veces también trabajar de lo que nos gusta, nos trae desgaste, eso que me preguntabas hoy, nos trae desgaste, nos arrasa, nos genera mucho estrés y no significa que no nos guste.

Pero bueno, esto. De todos los trabajos que tenía era el que menos disfrutaba y ya se me estaba haciendo muy pesado, era como un compromiso sostener el espacio y estaba entrando en el “deber ser”.

En el discurso circula esto de que si sos Psicóloga, tenés que hacer consultorio privado porque es lo más tradicional y quizás en estos últimos años vengo pensando mucho en lo no tradicional de la práctica o de lo que se espera de la psicología. Algo de eso es apostar a espacios que no son los tradicionales y construir esta perspectiva de por qué es importante la psicología en esos espacios, porque es importante que alguien de la psicología construya esos espacios, porque es importante que la psicología pueda dialogar con otras disciplinas, trabajar en el campo de la salud mental desde esa perspectiva, desde la interdisciplina.

También me vas a escuchar hablar mucho en plural, a veces me registro mucho en ese orden, no hablando tanto de la práctica como psicóloga y yo como psicóloga y la psicología, sino que a veces me escucho mucho en esta lógica de lo plural. También porque después de tanto tiempo de trabajar en equipo que discursivamente pienso de esa manera, pero me parece que lo más importante es nunca dejar de pensar la disciplina en esos espacios, porque si no no es posible tampoco el trabajo interdisciplinario.

Hay que fortalecer lo disciplinario, hay que seguir pensando esto por qué la psicología, cómo la psicología, en qué momento, hasta dónde la psicología también exclusivamente en esos espacios, para poder pensar de otra manera.

E: Teniendo en cuenta la práctica clínica en lo institucional, ¿qué desafíos o qué obstáculos se están presentando sobre todo ante la recepción de situaciones complejas, contingentes, de urgencias subjetivas?

E: En este momento en particular, el principal obstáculo es la altura del año en el que ya hay un nivel de agotamiento importante, comienzan las licencias, entonces nos tenemos que reorganizar como equipo para poder estar quienes no estamos de licencia.

Los mayores obstáculos a veces es construir con la otredad la demanda, porque en estos tiempos también llega la cosa de YA, YA, YA, necesito esto YA, hay que resolver esto YA. Esto también lo pienso como una urgencia, que quizás no sea una urgencia subjetiva propiamente dicha, pero el pedido, la demanda, viene de esa manera que a veces deja al equipo perplejo y no sabes la respuesta, o se te dificulta crear y generar ese momento de bueno, paremos y pensemos antes de intervenir.

Tampoco es que hay que estar todo el tiempo pensando, porque a veces tenemos ese vicio en Salud Mental de estar pensando, pensando y repensando y que todo hay que repensarlo, pero también hay un momento de la acción. Uno tiene que pensar, para actuar y a partir de ahí volver a repensar; ese es el ciclo. No es siempre pensar o solamente pensar.

A veces estos pedidos llegan tan abruptamente, rompiendo con la dinámica que el equipo tiene planificado y a veces el obstaculizante de ese pedido que viene exigiendo una respuesta inmediata es construir la demanda. Eso sería para mí un obstáculo de este tiempo.

Y los desafíos creo que es sostener los espacios grupales, sostener actividades de prevención y promoción, sostener actividades comunitarias... digo sostenerlas porque esos pedidos vienen en la individualidad y hay que resolverlo ya y demás, a veces terminamos entrando en esa lógica de lo asistencial y se responde de manera asistencial. Cuando esto pasa, muchas actividades grupales que teníamos planificadas se suspenden y quedan para otro momento... Entonces me parece que sostener esos espacios es un desafío, sin excluir o dejar de lado los espacios individuales, pero habilitando otros espacios. También sostenerlos desde lo material, hablo de recurso humano, por supuesto.

Para mí también es un desafío y algo que estoy pensando en trabajar el año que viene es el trabajo con las masculinidades, en términos de accesibilidad al sistema de salud, también intensificar el trabajo con los adolescentes y los jóvenes, pero en los barrios. No pienso tanto en términos de los que lleguen acá, sino de ir a los barrios pensando en enfocarnos en las juventudes.

Con el equipo de SEDRONAR estamos haciendo un relevamiento y un mapeo del barrio Mosconi y vamos casa por casa teniendo breves entrevistas con las personas, tenemos un recurso que armamos para la recolección de datos y muchas veces ponemos el foco en esos diálogos que tenemos y que además pensamos que son en sí mismas intervenciones en salud desde una mirada integral, porque en esas instancias nosotros hacemos orientación, hacemos difusión de información... Mucha gente que inclusive está acá cerca no sabe qué hacemos en el Complejo, para qué está cada institución, qué espacios ofrecemos... Por eso pensamos que son intervenciones en salud, porque brindar información es también crear las condiciones para que las personas lleguen y se pueda trabajar algo de eso. Es un barrio que tiene mucha población adolescente y joven, por lo que a partir de esa intervención queremos proponer dispositivos orientados a adolescencias y juventudes.

Por eso digo que un desafío para el año que viene es crear ese espacio, concretarlo, ir viendo qué es lo que traen los jóvenes y todo ese movimientos, pero que esté orientado a eso y a los barrios.

Claro que considero que este puede ser el modo de que los pibes lleguen a los efectores de salud, pero también considero que lo primero es que lleguemos nosotros hasta allá. También viendo qué es lo que podemos ofrecer desde salud; porque muchas veces no alcanza solamente con salud, entonces la

intervención que podemos ofrecer es trabajando en conjunto, en articulación, con otros sectores, para que la continuidad del trabajo sea de otro sector o con otro sector.

Otro desafío que tenemos es el de crear el dispositivo de IVE, que hemos venido teniendo reuniones este año, pero somos varias trabajadoras que tenemos el deseo de que ese dispositivo se concrete y comience a funcionar el año que viene. Así que ese también es un desafío, el obstáculo para ese desafío es que somos relativamente pocas profesionales que quisiéramos y podríamos sostener ese dispositivo. Pero bueno, también estamos viendo la forma de que sea más interinstitucional. Así que bueno, tiene más de desafío que de obstáculo.

E: Bueno, para ir finalizando, ¿qué aprendizajes considera que le dejó su tránsito y el desarrollo de su ejercicio profesional en esta institución?

E: Uff... que me sigue dejando, además, porque es un aprendizaje continuo.

Primero, la potencia del trabajo en equipo. Creo que eso es lo principal. El gran aprendizaje que yo tuve y que tengo es el desconstruir la práctica. Lo primero que me trajo es lo necesario que es a veces el hecho de desconstruir espacios. Lo asocio ahora con el cuadernito, la forma tradicional en que se piensa la psicología y el psicoanálisis, de qué se espera de un psicólogo o una psicóloga. Me trajo lo valioso que puede ser la espontaneidad, de enriquecer la aptitud de la improvisación y de no perder nunca la capacidad de sorpresa, de asombrarse. Cuando vos crees que todo está tan embarrado, que no hay forma de salir de eso... hay algo que me parece que hay que darle valor y que es la capacidad de asombrarse. A veces, cuando crees que nada de lo que estás haciendo tiene valor, hay algo, algún elemento que aparece, que te sorprende, que te asombra y que me parece que es una forma de retribución no económica del trabajo que hacemos; lo asocio también con el disfrute que te decía de los espacios laborales. Ese fue un gran aprendizaje.

También un gran aprendizaje que está siendo es el de pensarme en espacios no convencionales. Yo formo parte del equipo de coordinación del espacio de libres creadoras, que es un espacio de mujeres emprendedoras, que estamos construyéndolo siempre, desde el 2017 y bueno, yo nunca había estado antes en un espacio grupal, en mi práctica profesional, ni de pregrado, ni cuando me recibí, ni cuando estaba en la RiSAM y trabajar acá me trajo todo eso. Por eso milito mucho los espacios, los defiendo, son espacios que implican mucho laburo y organización. Son espacios que promueven mucho la alegría. La alegría para mí es Salud Mental. Llevo la alegría como bandera. Producir alegría con otros y otras es Salud Mental, es la posibilidad de construir otros sentidos en la cotidianeidad, en la vida, en una entrevista, en un encuadre psicoterapéutico. Suelo trabajar mucho con el humor y hago devoluciones desde ese lado porque me parece que construir alegría con otros y otras es Salud Mental, es Psicología, es Psicoanálisis y desde ese lugar también laburo.

Así que otro aprendizaje sería: La alegría como bandera y la importancia de defender los lugares que con tanto compromiso creamos, porque a veces se subestima lo comunitario como que solo es ir al barrio y lo profesional solo tiene jerarquía si se hace en un consultorio o la clínica es solo asistencial, cuando eso no es así porque en lo comunitario también hay efectos subjetivos y saludables.

La psicología tiene que ver con eso también. Con poder jerarquizar algunos espacios cuando es necesario y también descomprimir esas lógicas que nos condicionan tanto al punto de no permitirnos intervenir o intervenir con inseguridad. Como dejar al otro o a la otra en un espacio tan vacío porque tengo tanto miedo de intervenir porque el libro me dice esto que... aparece el silencio. El silencio, que en ocasiones es una intervención super apropiada, puede en otros casos dejar al otro en el vacío total. Bueno, todo eso de aprendizaje.

E: Sí, en sintonía con todo lo que me contabas anteriormente. Me gustó mucho lo que me transmitiste, porque a diferencia de las otras entrevistas, en este caso apareció con mucho más énfasis el enfoque comunitario, la importancia de la grupalidad, el psicoanálisis en territorio, así que eso lo valoro mucho.

E: Bueno, para mí es un gran ejercicio, te diría no abrir puertas, abrir ventanas te diría con respecto a estas cuestiones más heterodoxas. No digo que el encuadre no sirva, porque también es algo muy importante y algo que se construye y si es necesario, tiene que haber un mínimo de encuadre, pero también a veces que el encuadre no nos condicione a intervenir, o que se convierta en algo tan sagrado que nos deja impotentes e imposibilitados de intervenir y de poder devolver otras cosas.

E: Bueno, si te parece terminamos por ahora. ¡Muchas gracias por tu disponibilidad y predisposición!

Entrevista N° 6

Fecha: viernes, 19 de mayo de 2023

Tiempo aproximado de la entrevista: Veinticinco minutos (09:00 hs. a 09:25 hs.)

Lugar: Centro de Salud Mental de las Juventudes

Lugar donde se recibió: Universidad Católica Argentina

Ejercicio profesional: 18 años

Entrevistadora: ¿Hace cuánto se recibió de Psicóloga o Licenciada en Psicología? ¿Dónde estudió la carrera?

Entrevistada: Me recibí en el año 2005, es decir, hace 18 años. Y estudie la carrera en la U.C.A.

E: ¿Hace cuánto trabaja en el “Centro de Salud Mental de las Juventudes”?

E: Trabajo acá en el Centro de Salud Mental de las Juventudes desde el año 2020, cuando todavía era Casa del Joven. Un año y medio antes del traslado.

E: ¿Cuál es su concepción de adolescencias o juventudes? Dependiendo de cómo prefiera usted denominarlo.

E: Sí. Te diría que prefiero juventudes. En plural, en principio, para tener en cuenta la pluralidad, la diversidad, con relación al modo en que se transita ese momento de la vida. La franja etaria que abordamos desde acá es desde 14 a los 24 años. Nosotros en principio teníamos como límite los 21 años, pero bueno, considero que es algo que se puede extender, ampliar... Las adolescencias o juventudes implican una transición en la que se deja de ser niño y se comienza a incursionar por el mundo de los adultos. Es un momento preparatorio que implica pasar a ser plenamente responsable y autónomo... en algunos casos, porque se pueden presentar casos en los que ciertas dificultades no permiten que se produzca esto. Eso sería lo que te puedo decir.

E: Perfecto. También, teniendo en cuenta otro de los puntos centrales que abordará mi trabajo de investigación, me gustaría preguntarle: ¿qué entiende por urgencia subjetiva y cómo identifica una situación de urgencia subjetiva en la institución?

E: Bueno, yo entiendo que las urgencias subjetivas tienen que ver con una vacilación fantasmática. Había algo que venía operando, funcionando, permitiéndole a ese sujeto sostenerse en el mundo, pero, en determinado punto, de repente, aparece algo que genera un impacto, un encuentro con algo que se torna un poco ominoso y allí entiendo que se produce una vacilación en el modo de mirar la realidad, hay algo que no trastabilla y eso es lo que genera el estado de crisis subjetiva, de urgencia, de un sufrimiento insoportable... y resulta oportuno poder intervenir en ese momento.

Con respecto a cómo identificamos las situaciones de urgencias subjetivas que llegan a la institución, cabe destacar que nosotros no trabajamos con guardias, como sería en un hospital donde hay una guardia y llegarían espontáneamente situaciones urgentadas, atravesando un momento crítico donde uno puede identificar actings, pasajes al acto, autolesiones, malestar o sufrimiento intenso que produce una crisis que lleva a alguien a consultar a una guardia.

Acá nosotros no tenemos ese servicio de guardia, pero, sin embargo, en el marco de un tratamiento que puede llevar su tiempo, que se está cursando, o puede suceder que de repente había un turno dado, pero llega un caso en estado crítico que hace que tengamos que atenderlo o mismo en la parte de

admisión, yo trabajo en la parte de admisión o, mejor dicho, de recepción de demanda, suele aparecer algo de estas urgencias subjetivas.

Así que sí... en un turno dado, en algunas situaciones de admisión, nos podemos encontrar con un joven que llega en una situación de urgencia. Generalmente, a través del propio discurso, uno lo puede entrever. No siempre se expresa a través del discurso, a veces ni siquiera en la palabra puede tener lugar ese malestar, ese sufrimiento; pero sin dudas se expresa de otro modo. Por ejemplo, no puede parar de llorar o no puede ni siquiera hablar. Eso nos pone en un lugar de tener que estar atentos, porque significa que allí hay algo que no se está pudiendo sostener, hay algo de lo insostenible allí... por lo menos desde esa hipótesis.

E: Bien, y con respecto a esto, ¿cuáles considera que son las presentaciones más frecuentes de urgencias subjetivas en los jóvenes que acuden a esta institución?

E: Bueno, como te comentaba, debido a que no contamos con una guardia, no es tan frecuente que lleguen las presentaciones típicas de las urgencias subjetivas. Generalmente, llega el relato de familiares, de las instituciones o del propio joven respecto de un padecimiento que puede tener múltiples presentaciones: autolesiones, inhibiciones, aislamiento, consumo, intentos de suicidio, intentos autolíticos, estados depresivos... Eso sería a grandes rasgos.

E: Bueno, y en estos casos de los que estamos hablando, ¿a qué suelen apuntar las intervenciones?

E: Bueno, en primer lugar, a escuchar. Dejar que eso se exprese y que de nuestro lado podamos ofrecer un espacio de escucha que, de algún modo, acompañe, en la medida de lo posible, en la construcción de algún sentido que tienda a operar de sostén. O, si eso no es posible, por lo menos, tender a abrir la intervención y dar lugar a una red que pueda sostener en ese momento. Por ejemplo, a veces, en algunas situaciones, en las entrevistas de admisión o de recepción de demanda, que son interdisciplinarias, siempre se hacen en el marco de la interdisciplina... pero que sea interdisciplinaria no implica que haya un profesional Psiquiatra... o puede llegar una situación de urgencia en el marco de un tratamiento que está planteado como psicoterapia individual, sin medicación y sin otras disciplinas, porque depende de la complejidad y la situación que se dé la necesidad o no de sumar disciplinas y dispositivos.

Hay casos en que la solicitud que se hace es la de venir a los espacios de psicoterapia y, en ese marco, puede suceder que de repente aparezca una situación de urgencia subjetiva y, allí, será necesario complejizar la intervención o el enfoque del tratamiento para estar a la altura de la situación y, al menos, armar una red que pueda acompañar y sostener esto. Por ejemplo, buscar un compañero Psiquiatra, que pueda hacer una valoración antes de que el joven se vaya, indicar una medicación en

caso de que fuera necesario porque se ve que la situación está muy complicada y requiere de la farmacología, o derivas de acá al hospital... que lo hemos hecho. Nos ha pasado tener una entrevista y encontrar que hay un riesgo cierto e inminente.

Me pasó con una usuaria que venía solamente al espacio de psicología y cuando llega a la institución, me comenta su abuela que había tenido una crisis hace dos días, no se había comunicado con nadie, tenía autolesiones, cuando llega vemos que tenía ideas autolíticas, estaba sin medicación... En este caso consideramos que lo más apropiado era realizar una derivación y la derivamos al Hospital San Martín, para que allí le hicieran una valoración y se considerara si era pertinente una internación, porque había condiciones de riesgo cierto e inminente y no había una condición familiar para alojar, sostener, acompañar... una situación bastante complicada y bueno... en ese caso, esa fue la intervención.

E: Claro, ¿considera que este tipo de intervenciones o, bueno, otras intervenciones que seguramente se despliegan en esta institución producen efectos terapéuticos?

E: Yo creo que sí. En esto de la red o de activar ciertos recursos, además de una interconsulta, ya sea con Psiquiatría o mismo con el Hospital San Martín, el hecho de poder tomar entrevistas a los familiares, para darles herramientas, hacer un seguimiento de lo acontecido, por ejemplo, agendando una entrevista al otro día o a los pocos días... Bueno, todo lo que se pueda con relación a generar un acompañamiento, establecer vínculos con la escuela, hacer una intervención con la escuela para que estén atentos en torno a aquellos chicos escolarizados que consultan. El foco está puesto en ir armando un sostén. Y tiene efectos, por supuesto que sí. Pienso que sí, porque esto se comunica... este registro que se hace del sufrimiento, esto de darle un lugar, de alojar ese malestar, ese padecimiento y darle la importancia que tiene que tener, genera efectos terapéuticos.

A veces sucede que, en los jóvenes que atendemos; sobre todo en los más jóvenes, es decir, en los adolescentes de 14 a 17 años, es frecuente encontrarnos con un sufrimiento que no tiene registro a nivel familiar. En estos casos, darle la importancia que tienen que tener o recuperar la importancia de esa situación de sufrimiento y poner a los familiares y a la escuela al tanto de la gravedad o magnitud de ese malestar, poniéndonos a trabajar en conjunto, comprometiéndonos, conmover algo de eso... genera otra cosa, tiene efectos. Sobre todo, tiene efectos en los jóvenes porque es como “ya no soy invisible”. Estas intervenciones son terapéuticas, por supuesto.

E: Perfecto, ¿De qué factores considera que depende que se produzca esto?

E: Depende mucho de las familias y de las otras instituciones que rodean al adolescente o al joven. De nuestro lado, de la interdisciplina, porque la complejidad de los casos lo requiere. En realidad, la Ley de Salud Mental plantea que toda intervención debe ser interdisciplinaria, pero la realidad

institucional hace que muchas veces, lamentablemente, no contemos con el suficiente recurso humano como para abordar todas las situaciones que llegan de manera interdisciplinaria porque no nos da la capacidad en relación con el volumen de demanda. Pero sí, cuando la situación es grave y compleja, donde hay diferentes dimensiones que requieren ser abordadas desde el trabajo social, la farmacología, la psicoterapia, los dispositivos de taller... Allí bueno, recurrimos a todos los recursos que tengamos disponibles, incluso a intervenciones interinstitucionales: con escuelas, con organizaciones barriales u otras organizaciones de referencia, con la familia...

Pero bueno, en los casos que más o menos hay otros sostenes, es decir, chicos que están escolarizados, que van a la escuela o a la facultad, que tienen cierto ordenamiento familiar, donde las situaciones están más o menos ordenadas y hay una serie de derechos garantizados, suele aparecer mayor autonomía y el deseo de venir a un espacio de psicoterapia... bueno, por ahí se lleva más o menos. O también, en otros casos, las intervenciones son más puntuales, y cuando se termina la situación más crítica, por ejemplo, se termina con el tratamiento farmacológico, porque la psiquiatra o el psiquiatra, deciden dar por finalizado el tratamiento desde su especificidad, entonces lo continuamos nosotros. Todo depende del caso...

E: ¿Me podría dar un ejemplo de alguna situación/viñeta clínica en la que se hayan producido efectos terapéuticos?

E: Bueno... Como viñeta, en este momento, no se me ocurre ninguna en particular. Pero si te puedo decir que hay casos en los que hay llegado en una situación muy complicada, a nivel de urgencia subjetiva, donde aparece... Bueno, en salud mental se convive siempre con el riesgo de vida. El riesgo de vida siempre está. Pero si bien uno tiene que valorar riesgo cierto e inminente, a veces hay riesgo cierto... pero no inminente. O hay riesgo, pero uno nunca sabe la decisión del sujeto en relación a su sufrimiento, en qué momento no va a tener recursos para responder, para sostenerse desde un lugar más vital... Han llegado muchas situaciones en la que los jóvenes llegan de esta manera, desbordados y si... conmueve mucho, nos interpela en relación a si esa intervención será suficiente... Se intenta apelar a la palabra, a construir algún sentido ligado a lo vital, a acompañar ubicando algo de las coordenadas de tiempo y espacio en relación a que esto está pasando, ahora... es un momento... vamos a salir de esto... Para que esa desesperación también encuentre algún orden y ha pasado que con una entrevista o con una interconsulta y una apelación a lo familiar... También cierta frecuencia, cierta intensidad en el sentido de decirles a los familiares que nos vamos a seguir viendo mañana de nuevo o en el lapso de unos días, como te digo, con cierta intensidad en esta intervención y pasa... Pasan las crisis. Después se puede retomar, se puede volver a trabajar con otros tiempos y otros marcos.

E: Al momento de abordar estas situaciones complejas en el marco de esta institución, ¿con qué obstáculos, desafíos y dificultades se encuentra, tanto a nivel clínico como institucional?

E: Bueno, lo que te comentaba hoy: el volumen de demanda es alto y nosotros no somos muchos, entonces, por ahí, el trabajo interdisciplinario, el encuentro con otros colegas se complica por los tiempos. Lo tratamos de hacer obviamente, pero siempre es complejo.

Y también me parece que este lugar... Bueno, los servicios de colectivos bastante nefastos de Paraná, dificulta la llegada. Es lejos, está muy lejos.

Ahora bien, no solo entra en juego la cuestión de distancia y de llegar hasta acá. Porque me ha tocado recibir a muchos usuarios de la zona y por ahí tampoco vienen. En esto también, volviendo a lo que me preguntabas en relación a cómo pensaba la juventud, el acompañamiento familiar, por lo menos los primeros años de la juventud o adolescencia, después capaz que ya no, yo creo que, desde los 19 años en adelante, pero hasta ahí... si no hay acompañamiento familiar, alguien que inste a venir, que le diga “no fuiste”, “perdiste el turno que te dieron”, si no acompañan... y bueno, a veces resulta muy difícil sostener, porque vienen, no vienen... Se hace muy intermitente, muy difícil el tratamiento, entonces eso se nota...

E: Para ir finalizando con la entrevista, le quería preguntar ¿qué aprendizajes puede extraer de su práctica profesional en esta institución?

E: Bueno, yo ingresé a esta institución en pandemia. Entre en año 2020. Yo vengo del CoPNAF, allí trabajé desde que me recibí hasta que llego a esta institución, 15 años, en los que he trabajado con niños, con adolescentes, con jóvenes, desde los diferentes programas del CoPNAF; es decir, maltrato, violencia familiar, abuso, consumo de sustancias y otros programas de salud mental del CoPNAF. Tengo bastante recorrido en esto. Y bueno, un recorte del aprendizaje que me deja mi pasaje por esta institución, como continuación de mi trabajo en el CoPNAF también es lo valioso que es para este momento de la vida, para esta franja etaria con la que trabajamos, los pares y los lugares donde los jóvenes participan de propuestas grupales, llámese un club, sea una reunión con amigos, un encuentro informal, el compartir en los recreos cuando hablamos de la escuela y, en relación a esto, pensaba en todo el padecimiento mental que se produjo a partir de la suspensión que trajo aparejado la pandemia que, por ahí, para otras etapas o momentos de la vida no fue del mismo modo. Los adultos, dentro de todo, nos la arreglamos; pero los jóvenes, no. Así que bueno eso, mi aprendizaje es ese.

E: Perfecto. Muchas gracias por participar de esta entrevista, realmente agradezco su predisposición y su tiempo. Nos mantenemos en contacto para poder compartir los resultados.

E: Bueno, muchas gracias. Estaré atenta para conocer los resultados.