AUTOR
Alejandra S. Sirtori

NACIONALIDAD
Argentina

CORREO ELECTRÓNICO
sirtoriales@gmail.com

FILIACIÓN INSTITUCIONAL
Hospital Materno Infantil San Roque (Paraná, ER)

FORMACIÓN DE POSGRADO
Médica especialista en Psiquiatría. Cursante de la Especialidad en Medicina Legal (UNL)

AUTOR
Vanesa V. Restano

NACIONALIDAD
Argentina

CORREO ELECTRÓNICO
vanesarestano@gmail.com

FILIACIÓN INSTITUCIONAL
Hospital Materno Infantil San Roque (Paraná, ER) y Universidad Autónoma de Entre Ríos

FORMACIÓN DE POSGRADO
Magíster en Clínica psicoanalítica con niños (UNR)

TÍTULO

Adolescencias y urgencias subjetivas

TÍTLE

Adolescence and subjective emergencies

AUTOR

Alejandra S. Sirtori
y Vanesa V. Restano

RESUMEN

En el presente ensayo psicoanalítico nos proponemos articular urgencias subjetivas y lazo transferencial en adolescentes que ingresan por urgencia subjetiva en un Hospital público. Tomamos pequeñas viñetas extraídas de situaciones clínicas abordadas por el dispositivo de guardias en salud mental y cómo ello queda articulado a la clínica con sujetos y comunidad donde la trama se encuentra enlazada a la urgencia subjetiva en adolescentes.

PALABRAS CLAVE

Adolescencias – urgencias subjetivas – producción de subjetividad – hospital

SUMMARY

In this psychoanalytic essay, we propose to articulate subjective emergencies and transference bonds in adolescents admitted to the Child Hospital for subjective emergencies. We use short vignettes taken from clinical situations addressed by the mental health on-call team and how

this is articulated in clinical practice with individuals and communities, where the plot is linked to subjective emergencies in adolescents.

KEYWORDS

Adolescence - subjective emergencies - production of subjectivity - hospital

Introducción

Este ensayo surge de las inquietudes, preguntas y análisis sobre la práctica profesional interdisciplinaria en Guardias de Salud Mental Infanto Juvenil en un hospital de la región centro del país, donde nos encontramos con el aumento constante de demandas al dispositivo de guardias en salud mental, con presentaciones actuales de adolescentes que se han ido complejizando. Sujetos que despliegan diversas sintomatologías y manifestaciones que nos interpelan la praxis y que son leídas como solicitud de lazos que sostengan aquello desgarrador de las vivencias relatadas.

Observándose que la consulta al hospital aparece en algunas oportunidades como un aliciente a la falta de estos, lo que requiere interrogarnos como profesionales dentro del hospital público, sosteniendo y resguardando la ética. Siguiendo a Sotelo (2009) la urgencia en salud mental se aleja de una lógica asistencialista y se inscribe en una ética psicoanalítica, es decir apunta a sostener su posibilidad de subjetivación.

En la institución hospitalaria surgen múltiples demandas: la del sujeto que consulta, el hospitalario, área de niñez, justicia, escuela. Y el desafío consiste en sostener una ética del deseo y de la escucha, sin quedar absorbidas por la lógica del saber institucional.

Resulta difícil, de a momentos, mantener neutralidad en el posicionamiento, donde la demanda de lazos y los montos de angustia se desanudan de manera constante. El no saber tampoco resulta posible de ser tolerado por los pacientes; exigen palabras, cuerpo, construir su propio sentido. Aquello que luego puede irse construyendo en el transcurso del análisis en los próximos meses, si ello es posible. Escenario que puede verse en la intervención en urgencia, aquello que debería poder construirse en el contexto de un lazo transferencial, muchas veces imposible cuando lo actual irrumpe y desarticula.

Se opera con intervenciones que apuntan a la escucha flotante, esa atención libre, sin centrarse en una idea preconcebida. Tomando sus palabras, puntualizando, señalando. Devolviendo preguntas. Pero estos adolescentes que están llegando en los últimos meses exigen una lectura aún más fina de la posición del analista dentro de una institución hospitalaria y una ética aún más rigurosa en relación con el deseo del analista. Dado que por sus tiempos subjetivos se encuentran en proceso de constitución de su posición deseante.

Ello implica acompañar a un sujeto en constitución que se encuentra atravesando los desafíos del desarrollo psíquico y subjetivo epocal, donde se observa que los modos de producción de subjetividades han cambiado, reflejo de la sociedad donde estos adolescentes están inmersos, la cual les devuelve, en su mayoría, vivencias disruptivas.

Nos preguntamos sobre el abordaje y la posición del equipo de salud mental, analizando pequeñas viñetas extraídas de situaciones clínicas abordadas en el dispositivo de guardias en salud mental del Hospital y cómo ello queda articulado a la clínica con sujetos y comunidad donde la trama se encuentra enlazada a la urgencia subjetiva en adolescentes. De este modo, la intervención queda enmarcada en acompañar a un sujeto en constitución, que se encuentran atravesando los desafíos del desarrollo psíquico y subjetivo epocal, junto al impacto de vivencias disruptivas.

Desarrollo

Puntos de partida

La práctica de la clínica psicoanalítica dentro de una institución de salud tiene sus particularidades, y al momento actual, cada vez más articulada a problemáticas sociales complejas. De este modo la clínica con sujetos que consultan aparece afectada por vivencias traumáticas que irrumpen en el sujeto, impactan en la subjetividad de tal modo que afectan el despliegue de los recursos simbólicos del mismo y colocan al analista frente a desafíos que exceden los encuadres y marcos tradicionales de intervención.

En su tesis de Maestría, Restano (2023) señala que esta institución hospitalaria es polivalente y las guardias en salud mental son pasivas. Por ello son los médicos pediatras del servicio de guardia médica central quienes reciben las demandas de atención, realizan las primeras valoraciones y derivación pertinente de intervención. La autora señala que en los inicios del dispositivo (2015), ante las complejidades de los ingresos de niños y adolescentes, las solicitudes de los médicos de abordajes por salud mental se encontraban signados por significación denigratorias y moralistas.

Tomando de referencia dicha tesis, encontramos que en la actuali-

dad las demandas de intervención por guardias en salud mental infanto juvenil se han acrecentado y es aún mayor en complejidad, en relación al momento de la investigación antes mencionada. Si bien se ha logrado mayor articulación y trabajo interdisciplinario dentro del hospital, continuamos pesquisando que persisten y resisten resabios, por lo cual continúan convocando al dispositivo de guardias en salud mental con significaciones psicopatológicas tales como: excitación psicomotriz, intento de suicidio, auto y heteroagresividad, entre otros. De este modo dando lugar a nombrar al adolescente por su manifestación sintomática, es decir, un circuito con características de patologización protocolizada y medicalización.

Sin desconocer los cuadros antes mencionados, podríamos significar que la situación de urgencia estaría del lado de contextos sociales complejos que impactarían en la constitución subjetiva, e imposibilitan otros modos de significar el padecimiento. Donde estos adolescentes que al parecer no responden a las expectativas sociales, definidos como peligrosos, violentos y diagnosticados con cuadros aplastantes, que denotan prejuicios, desconocimiento y de algún modo patologización de la infancia.

Las viñetas

Situación J.

En las viñetas que presentamos emergen discursos fragmentados, silencios densos que interrumpen el curso del relato, imágenes, cuerpos marcados por el sufrimiento, y un contexto social con dificultades para posibilitar espacios donde tramitar algo de aquello que irrumpió en la subjetividad de estos pacientes.

J. ingresa para valoración por salud mental con 12 años de edad. La solicitud viene de la institución socioeducativa de una localidad del interior de la provincia. Contábamos como datos que desde sus dos años de edad estuvo a cargo de la abuela materna, momento en que el adulto responsable de la niña "desapareció" desconociendo, aún hoy, su paradero. Y que hace pocos días se encontraba institucionalizada.

Semanas anteriores a conocer a J., un familiar hace una presentación en el Juzgado de Familia, donde refiere preocupación ya que habría

sido agredida física y verbalmente por su nieta. Momento en que interviene minoridad de personal policial y la guardia de Consejo provincial de niñez en el domicilio. En esa oportunidad J. insulta al personal, rompe objetos, los expulsa del domicilio. Se decide su ingreso a una Residencia Socioeducativa luego de evaluarse que no habría otro adulto que pudiera hacerse cargo de su cuidado.

Desde la residencia donde se alojaba J., en ese momento, se solicita la valoración de la niña al equipo de Guardia Interdisciplinaria en Salud Mental, por presunto episodio de excitación psicomotriz. Cursó unos pocos días de internación. Durante esta intervención pudo referir: sentirse culpable por el fallecimiento de familiar, quién se suicidó luego de que ella narrara una situación de abuso que sufría por parte del mismo. Manifiesta habérselo dicho a su cuidadora quien en primera instancia no le habría creído, pero luego expulsó a este hombre de la casa que compartían. Posteriormente el señor se quitó la vida (situación que se reconstruye luego).

En las primeras entrevistas que se sostuvieron con el único familiar referente de J., la describe con frases y significaciones tales como: "una niña rara", "desde la escuela siempre me pedían psicólogos", "decían que se había puesto muy agresiva", "una vez quiso agredir a una compañera con una tijera (a los 7 años aproximadamente)", "una chica de carácter fuerte, le gusta estar sola". Manifestó que la adolescente no aceptaba la presencia de la pareja de esta. La adolescente se encontraba tranquila durante este tiempo en el hospital, pudo dar lugar a la palabra y no presentaba criterios de continuidad de internación, por ello se articuló con el equipo tratante de su ciudad de origen la continuidad del abordaje en la comunidad.

Aquí comenzó un largo camino donde cada uno de los intentos por alojarla en la Residencia fueron fallidos y finalizaban con la llegada de la joven, a la guardia del hospital y su reingreso constante a la internación. Al indagar qué causaba esos fallos en el intento de alojarla, nos encontramos que la institución expresaba: "imposibilitada para sostener a una joven con padecimiento subjetivo".

Ante la repetición circular, es que el Equipo de Salud Mental, decide sostener esta internación, hasta poder garantizar algún "otro" lugar de egreso, que pueda ofrecer cuidado y que aloje el desvalimiento de esta adolescente. Desvalimiento, que hasta el momento solo encontraba similares y/o distintos modos de expulsión.

Situación B.

B. ingresa por guardia en reiteradas oportunidades, frente a diversas situaciones, algunas marcadas por entredicho con su adulto adoptivo, otras con despliegues de agresiones verbales o físicas.

La adulta adoptante se presenta como una profesional desplegando saberes y posicionamientos algo rígidos, su discurso da cuenta de dificultades de movimientos filiatorios, donde sus modos de estar y palabras parecieran hacer estallar a B. Manifiesta imposibilidad de contención y significa las conductas de la adolescente como "violentas". Suele recurrir a llamar a personal policial o ella misma la ingresa al Hospital.

Desde la guardia pediátrica se convoca a salud mental, no por excitación psicomotriz, sino que expresando la siguiente frase: "acá esta B. de nuevo…"., refiriendo demandas diversas y constantes de la adolescente. Quien al parecer quisiera llenar un hueco, encontrar un borde. Discurso que se repite desde las salas de internación donde queda internada, y a veces no siempre "alojada".

Al ingresar a la sala, la joven demanda con palabras y cuerpo, solicita diversos objetos y situaciones, pareciera que no cesa su demanda. Su historia da cuenta de desprotección y desvalimiento, atravesada por situaciones del orden de lo traumático desde muy pequeña con su familia de origen. Estuvo alojada en residencias socioeducativas hasta su adopción en tiempos de latencia.

B. pregunta: *"¿Quién sos?* Una joven que las internaciones son el hospital público, pero su abordaje terapéutico, o sobre abordajes transcurren en el ámbito privado: cuenta con un equipo interdisciplinario privado de profesionales compuesto por: 2 Psiquiatras (una en esta ciudad y otra en otra cuidad con quien realiza sesiones virtuales), 2 Psicólogos (uno hace abordaje individual y otro vincular junto a su madre adoptiva), 3 Acompañantes terapéuticos, Psicopedagogía, Terapista Ocupacional. Se le suman terapias alternativas, abordaje holístico, constelaciones familiares, entre otras. Sumado a los distintos profesionales que nos encontrábamos de guardia.

Situación A.

A. ingresa traída por personal de minoridad de la policía, en la valoración médica se constata hematoma la zona de las escapulas, refiere abuso sexual por parte de familiar de manera sistemática que habría

comenzado hace alrededor de un año y continúa al momento actual. Además, refiere amenazas y maltrato físico por parte del mismo. Como datos relevantes surge que la adolescente vivía con el Sr. S. y hermanos menores. En relación a sus progenitores puede expresar que cuando era pequeña se fue a otra provincia, dejándola a ella y sus hermanos al cuidado de un Sr.

En el primer contacto con A., se encontraba acompañada por una referente Comunitaria (ONG), la misma puede referir que conoce a A. hace unos meses, a través de la fundación donde la adolescente acudía en horarios nocturnos a retirar bandeja de alimentos. Refiere que, a partir de entonces, establecen un vínculo, lo cual permitió a A. relatar las situaciones que vivía en su domicilio.

Momentos previos al ingreso de A. al hospital, la adolescente le pide ayuda vía mensaje de texto donde denunciaba que su abusador le habría revisado el celular donde encontró mensajes anteriores pidiendo ayuda por los abusos reiterados de éste, él la golpea en la zona de las escapular (el hematoma que presentó en el ingreso al hospital) y la encierra en su dormitorio. Esta situación motivó a la referente de ONG a radicar la denuncia en la comisaría de su localidad quien articula con otros organismos. En paralelo A. logra escapar por la ventana de su habitación y encontrarse en una plaza donde se trasladan posteriormente a la institución hospitalaria.

A. se presenta con cierta desconfianza al diálogo, con monto elevado de angustia, manifestando no querer ver a sus convivientes actuales y temer por ser "llevada por su vivienda"; se le devuelve que las personas allí presentes y las instituciones, estamos para cuidarla y defender sus derechos, expresión que logra mermar su angustia, posibilitando la expresión de su situación actual.

Los primeros tiempos de A. tanto en internación como luego en la institución para menores donde es alojada se caracterizan por dificultades en pronunciar palabras, relatos entrecortados, montos de angustias altos. Refiere que los recuerdos la invaden, la atormentan, no logra conciliar el sueño. Comienza a realizarse cortes en sus brazos, surgen episodios de salidas repentinas e impulsivas de la residencia, caracterizados por avisar y regresar a las pocas horas. Se pone en riesgo: Caminar sola por la noche en zonas peligrosas, hablar vía mensajes con desconocidos exponiendo su cuerpo, entre otras y deja evidencias para que los adultos

referentes de la institución y su terapeuta lo sepan. Aparecen momentos de dificultades en el control de impulsos, pero no podría pensarse como un franco cuadros de excitación psicomotriz.

Las diversas manifestaciones de A. aparecen a modo de acting out, como una demanda constante. Aparece monto pulsional a modo de expulsión del afecto, desenlazado que de algún modo puja, a través de la demanda constante, en enlazarse a algo.

Indicación de internación

En B. se evalúa que, si bien no había criterios de internación, la misma era necesario indicar para que opere a modo de instaurar una pausa, entendiendo que algo del dispositivo ambulatorio no estaría funcionando, buscando interrumpir una dinámica de sufrimiento psíquico que no estaría pudiendo sostenerse en el entorno habitual. Entendiendo la internación no como encierro, sino como interrupción de un curso subjetivo que se encuentra desbordado, y como tiempo lógico y clínico para la reconfiguración psíquica.

En A. se evalúa la internación como una intervención necesaria en un circuito de sufrimiento. Los primeros elementos con los que contábamos, que no eran las palabras de la adolescente, daban cuenta que se encontraba capturada en una secuencia de repetición, violencias, desbordes, desolación y negligencias que requería ser interrumpidas. Pensando en la internación como una suspensión momentánea del lazo con ese afuera disruptivo y traumatizante.

En J. la indicación de internación se consideró cuidadosamente. Sabíamos como equipo de salud mental que la internación no debe utilizarse como solución habitacional, sino como respuesta a una urgencia subjetiva. Sin embargo, nos encontrábamos con una adolescente que no contaba con referentes adultos que estuvieran dispuestos a cuidarla, ni instituciones del área de menores que se encontraban en condiciones de alojarla.

Es decir, estábamos frente a un contexto de vulnerabilidad social que debíamos articular y trabajar interinstitucionalmente para generar el espacio que pueda sostener y alojar a J. No sabíamos cuánto tiempo nos iba a llevar. Solo teníamos a la paciente en el hospital, sin lugar que la re-

cibiera; y la falta de alojamiento constituye una vulneración de derechos. Y ella solo nos tenía a nosotros, el Equipo de salud mental.

En estas situaciones se pensó en un tiempo para que algo pueda devenir. Crear un espacio donde se recupere algo del orden de lo simbólico: del decir, del lazo, de la posibilidad de un tratamiento. En términos institucionales, se pensó en un lugar de protección y puesta en pausa. Que el acto pueda ser escuchado, alojado, inscripto.

Y sobre todo un lugar donde reordenar, configurar redes: referentes familiares si los hay, escuela, comunidad, justicia, instituciones de infancias. Pensar estrategias de intervención, articulación institucional y sostén.

Urgencias subjetivas

La urgencia subjetiva no siempre coincide con una urgencia médica. Desde el psicoanálisis, se define como una irrupción en el aparato psíquico que desborda los recursos del sujeto para tramitar un exceso de goce, angustia o realidad. Se manifiesta como pasaje al acto (intento de suicidio, autolesiones, violencias), acting out (conductas impulsivas, sexualización precoz, fugas), desorganización del pensamiento o del lenguaje, irrupción delirante o alucinatoria.

Siguiendo a Sotelo (2009), la urgencia subjetiva se define por la ruptura de una escena psíquica donde el sujeto queda afuera de los lazos que lo sostenían. No se trata de una urgencia del cuerpo, sino de una urgencia del lazo. Y la particularidad es que no siempre hay demanda de análisis. Sino que actúa: aparece el acting out, el pasaje al acto, la inhibición extrema, el silencio.

En J., A. y B. puede leerse que lo urgente es la ruptura con el lazo, una irrupción que desestabilizó a las mismas. De este modo en la presentación clínica lo que irrumpe no es solo un síntoma, sino una crisis del lazo con el otro, una fractura en la consistencia subjetiva del sujeto.

El lazo transferencial

Al ver llegar al equipo de guardia, B. refiere: *"quién sos",* y frente a la

suma de profesionales que intervienen nos preguntábamos sobre la noción de lazo transferencial. En el capítulo "Subjetividad en riesgo", Bleichmar (2014) trabaja la función del terapeuta como tercero que permite bordear el exceso de goce. Y señala la importancia del lazo transferencial como central en la práctica psicoanalítica y en cualquier dispositivo clínico que trabaje con el sufrimiento psíquico.

Estas palabras de B. nos indicaban que en la numeración de profesionales intervinientes posiblemente no se había constituido, hasta ese momento, un terapeuta en función del tercero. Entendiendo el lazo transferencial como sostén subjetivante en adolescencias con desestructuración psíquica, donde el análisis del síntoma por sí solo es insuficiente, es necesario la función del sostén del lazo clínico.

Siguiendo a Bleichmar (2014), este lazo puede ser la única vía de acceso a la subjetividad cuando otros vínculos simbólicos están fracturados, es el eje del trabajo clínico. Para ello resultó necesario reorganizar las intervenciones y que alguien opere como ese otro.

A. había atravesado experiencias de violencias, abusos, abandonos, el lazo con el otro estaba marcado por la desconfianza, vivencias traumáticas. Para trabajar con A. se apostó a establecer el vínculo transferencial, con presencia diaria y constante, respondiendo a cada demanda. Entendiendo que sin transferencia no hay discurso subjetivado, solo demanda médica o institucional. El lazo transferencial permitió que la adolescente diga algo de sí, incluso sin saberlo.

Siguiendo a Bleichmar (2014) este lazo, en contextos de gran fragilidad o traumáticos, puede ser la única función de sostén subjetivo. De este modo, en la práctica institucional fue necesario operar como tercero que permita delimitar el exceso de goce, angustia o impulsividad. Ofreciendo un espacio de tiempo, escucha y vínculo confiable que posibilite en A. reinscripciones simbólicas.

Es decir, alojar a A. sin invadir, pero tampoco abandonar. Esta función del lazo transferencial permitió abrir al discurso, siendo el impacto clínico de acceso al inconsciente. Operando como sostén subjetivo, funcionando como apuntalamiento. Observándose en la clínica que permite encauzar el acting out hacia la palabra, como reinscripción simbólica.

J. se encontraba en un estado de alta vulnerabilidad subjetiva y social. Había ausencia de vínculos familiares significativos o contenedores, falta de pertenencia a grupo sociales, escolares o comunitarios, historia

de abandono, ruptura de lazos, negligencia, violencia. Desconfianza hacia adultos y las instituciones.

Con J. la construcción del lazo transferencial resultó ser crucial, pensado como la vía para construir subjetividad allí donde había desamparo. Implicó una ética del cuidado y la presencia.

En las situaciones expuestas puede observarse que la instauración de un lazo clínico resultó ser el primer efecto terapéutico. En crisis las jóvenes no podían simbolizar; necesitaron otro que no interprete de inmediato, sino que aloje, sostenga y escuche sin invasión.

Se operó desde el sostén cotidiano: estar, escuchar, nombrar, alojar. No abandonar, pero tampoco invadir. Ofreciendo un marco simbólico y estable, posibilitando que lo simbólico produzca anudamiento de lo subjetivo con lo social. Poner palabras a lo vivido. Nombrarlas en la institución como sujetos, no como problemáticas.

En estas adolescentes la transferencia se construyó a partir del acto clínico de una presencia sostenida, capaz de alojar lo que no tiene forma, lo que está fragmentado. Resultó ser el primer eslabón de lo que, al momento de la internación, no existía en el afuera.

Mientras se iban tejiendo lazos interinstitucionales, un dispositivo de sostén clínico y comunitario que funcione como alternativa a la internación. Cada una de las situaciones requirió distintos tiempos lógicos hasta que pudieran brindarse las condiciones necesarias de externación y continuidad de tratamiento ambulatorio en el hospital con el mismo Equipo de salud mental que venían trabajando desde los inicios.

Articulación urgencias subjetivas lazo transferencial

Nombrar rápidamente como psicosis, border, suicida, excitación psicomotriz, entre otros, puede cristalizar posiciones que anulan la posibilidad del devenir subjetivo. Por ello resulta necesario establecer el lazo transferencial, lo que posibilitará el despliegue de la palabra antes de catalogar en un diagnóstico.

Encontramos necesario la articulación del lazo transferencial en urgencias subjetivas, desde una perspectiva de clínica situada, donde estas adolescencias surgen atravesadas por lo traumático, la exclusión social y la desorganización psíquica.

Bleichmar (2009) trabaja la idea de que el analista en la urgencia, no se alía ni con la pulsión ni con el mandato social, sino que introduce una función de corte, de mediación. de este modo la transferencia en la urgencia no es neutralidad absoluta: es una posición activa que sostiene la subjetividad sin empujar a la acción. Y lo articula con su idea de terapeuta como tercero que puede bordear lo traumático sin invadir ni re- traumatizar.

Por su parte Sotelo (2009) plantea que la urgencia no remite solo a un diagnóstico psiquiátrico, sino a un sujeto que irrumpe en escena porque no puede tramitar lo que lo habita. Subraya que en la urgencia el analista debe funcionar como un operador de subjetivación, incluso si no se trata de un tratamiento analítico clásico.

Para ambas autoras la instauración del lazo transferencial en la urgencia es una intervención clínica en sí misma, muchas veces más eficaz que una interpretación clásica. De este modo la intervención consiste en alojar el sufrimiento sin devolverlo como un diagnóstico.

Podríamos articular que las intervenciones del equipo de salud mental habrían estado marcadas por una presencia reguladora, no impulsiva ni invasiva, capaz de cortar el circuito del acting out y crear las condiciones de posibilidad para un trabajo posterior.

B. demandaba presencia, sus modos de manifestación daban cuenta de un psiquismo endeble, frágil, con modos de funcionamiento psicóticos y develando verdades con su discurso. Una de las expresiones refiere: "*mi mama y compañeros de escuela se me meten en la cabeza como dándome besos*". *"No quiero vivir más con mi mamá"*. *"La voy a matar a mi mama"*. Pide *"apuntes bonitos de la facultad"*. Se interviene significando su demanda como un modo de entender lo que le sucede.

En B. esos modos de manifestación aparecen desenlazados, divididos en afecto y representación y de a momentos se enlazan en ideas que quedan fijadas y vinculadas pensamientos intrusivos, ideas perturbadoras al control (ej. "Quiero que escribas esto acá", "quiero que me hagas apuntes", "quiero que llames a otros") que sugieren ciertas características que permitirían pensar que en ese momento de la internación operaba al modo de neurosis obsesiva que posiblemente aparece como reacción frente a la angustia que le generan situaciones vivenciadas que desconocemos o que dan cuenta de conflictos inconscientes relacionados a la angustia que le genera su propia agresión.

En términos de Bleichmar (2014), la adolescencia es un momento estructurante del psiquismo, donde se reconfigura la posición del sujeto frente al deseo, al cuerpo, al Otro y al goce. Actualizándose cuestiones edípicas y narcisistas no resueltas. La autora introduce la idea de desestructuraciones del aparato psíquico, lo llama "síndrome de borde": situaciones en las que, sin llegar a una psicosis estructural, se desarman funciones yoicas, como la prueba de la realidad, el juicio crítico o el control pulsional.

En B. podríamos inferir que nos encontrábamos con desestructuración del aparato psíquico que se expresan a través de confusión, fragmentación del pensamiento, delirios transitorios, ideas fijas. Fue necesario insistir en evitar encasillar rápidamente a la adolescente en una estructura, dar lugar a la importancia de reconocer el lugar de lo traumático, acompañar en la reinscripción simbólica del cuerpo, del deseo, del Otro.

En A. fue necesario sostener la presencia, la función de terceridad, una función que posibilitó mediar y dar lugar a la palabra. Es decir, crear condiciones de simbolización. En cuanto a las intervenciones no apuntaron a interpretar el trauma desde un saber exterior, sino que se dejó afectar por el lazo transferencial, permitiendo que emerja algo del sujeto más allá del significante del Otro.

De este modo, podríamos señalar que cuando el lazo transferencial con A. se instaló, las intervenciones posibilitaron ligar esas sensaciones, imágenes, que surgían de la situación traumática, poner palabras, armar trama y también ubicar lo vivenciado dentro de la prohibición.

Es decir, siguiendo a Lacan, la posición del analista no como una función técnica ni como un mero rol profesional, sino como una ubicación ética, estructural y clínica, que se articula con el deseo que orienta su práctica. Entendiendo que esta posición es una implicación subjetiva que trasciende la aplicación de la técnica, y que se sostiene en una ética del acto analítico.

Probablemente estas adolescentes estuvieron privadas de la posibilidad de interrogarse el porqué de ciertos modos de manifestación, apareciendo explicaciones que obstruyen la curiosidad y recubrieron el vacío de cualquier vínculo operando como obstáculo para el descubrimiento de nuevas posibilidades. Esto no constituye determinismo, sino que la

posibilidad que aparezcan instituciones y adultos que puedan ofrecer lo que Puget (2002) llamó "el nuevo evento", presente en cualquier configuración vincular. De este modo en A. la situación de la ONG, la institución hospitalaria y las intervenciones analíticas operaron como el "nuevo evento".

En B. podría pensarse que el "nuevo evento" podría estar situado en la institución hospitalaria que operó marcando un corte a lo desorganizador de las intervenciones múltiples con las que llegó. En J. su situación se inscribe en el campo de la urgencia subjetiva, entendida no solo como un momento de irrupción sintomática sino, como lo expresa Sotelo (2012), el colapso de las coordenadas que permiten a un sujeto sostenerse en el lazo con el Otro. En esta situación el padecimiento psíquico no puede pensarse escindido de su contexto social. Es decir, nos encontrábamos con una subjetividad fracturada por la ausencia de vínculos estables, la pérdida de referentes afectivos y la falta de un lugar simbólico donde inscribirse.

La escucha analítica, en estas situaciones, no se reduce a una escucha pasiva, sino que implica una presencia activa, una ética del "bien-decir", al modo de Lacan, que se diferencia radicalmente del diagnóstico o la interpretación desde el sentido común. Como advierte Freud (2012), no se trata de precipitar el recuerdo o de forzar su enunciación, sino de propiciar un contexto donde el sujeto pueda recordar, repetir y reelaborar en los tiempos que su subjetividad lo permita.

Conclusión

En el análisis de las situaciones que conforman este ensayo psicoanalítico emergió algo en común en las solicitudes de intervención por Salud Mental: las consultas de las adolescentes fueron una urgencia subjetiva en tanto irrumpió la emergencia de la angustia en las manifestaciones de estos, lo cual dio cuenta del sufrimiento psíquico y desorganización de los procesos intrapsíquicos.

En las situaciones planteadas, nos encontramos, en un primer momento, que se encontraban en situación de vulnerabilidad psicosocial con manifestaciones que dan cuenta de sufrimiento psíquico, de urgencia

subjetiva. Aparece el fenómeno de acting out y verbalizaciones que lo significaban como desborde pulsional donde las presentaciones actuales vienen más por el lado del goce y no tanto por el lado del inconsciente. Es decir, podríamos puntualizar que en las situaciones que ingresan por urgencia aparece la pulsión en juego, pero con falta de significantes que limite, que agujeree, que permita la falta. Estas adolescentes aparecen en (ego)sintonía con las manifestaciones comportamentales.

Esto nos interpela, observando las prácticas dentro de la institución, con atención al momento histórico y al campo de la salud mental, atravesado por las teorías psicoanalíticas que permiten puntuar en la subjetividad de cada sujeto e incluye una perspectiva de derechos que procura no vulnerar los mismos y el posicionamiento ético.

Más allá de la singularidad de J., B. y A., se observa que las manifestaciones posiblemente surgen cuando colapsa el monto de angustia o energía psíquica y aparecen a modo observable como montos pulsionales con dificultades en la tramitación. La situación de J. pone de manifiesto cómo los adolescentes caen, cuando las instituciones se ven dificultadas para constituirse como otro capaz de sostener el malestar, más allá de la internación. Es decir, la falta de lugar físico que las aloje se entrelaza con la falta de lugar en el deseo del Otro, lo que intensifica su estado de desamparo.

Podría pensarse que los modos de sus manifestaciones se articulan como fenómeno de acting out en un entramado de situaciones subjetivas, familiares y sociales desfavorables. En B. posiblemente los adultos referentes no pudieron, en ese momento, contener, pautar y ayudar a tramitar, ligar el remanente excitatorio, tanto pulsionales como externos, inundando la capacidad metabolizadora del adolescente. Y en A. las conductas disruptivas de autolesión, acting out, situaciones de exposición y ponerse en riesgo, son signos de un sufrimiento que exigían ser alojados.

Esto da cuenta de inscripciones, aspectos subjetivos, que permiten vislumbrar el contrato narcisista de cada niño dentro del ámbito familiar en que el sujeto se encuentra. Donde la construcción de legalidades presenta fragilidades. Según afirma Bleichmar, es fundamental rescatarla como cuestión central de la infancia, porque la derrota de la impunidad es lo que brindará garantías de la construcción de un recontrato intersubjetivo en la sociedad actual.

Podríamos decir que estas manifestaciones observables aparecen en el Hospital como nuevos modos de producción de subjetividad en las infancias, con la ruptura del lazo social y la fragilidad en los vínculos siendo el denominador común. En sus manifestaciones repiten en actos (como conducta actual, no como representación) y este material que llega vía puesta en acto. Dirigida a otros que lo signifique. De este modo en el abordaje de las adolescencias en contexto de urgencias subjetivas, la internación pensada como pausa se revela como un recurso clínico necesario y éticamente comprometido.

En J., A. y B. aparece el desborde pulsional, el acting out, el sufrimiento que irrumpe sin mediación simbólica. Entonces en la urgencia de ambas fue necesario responderla como un llamado a alojar al sujeto en su fractura, especialmente atentos a los tiempos subjetivos de la adolescencia.

La internación se configura aquí como una interrupción subjetivamente situada, una pausa que habilita la posibilidad de poner en palabras lo que se pone en actos. Instaurar un tiempo clínico que permita desplegar una escucha orientada por el deseo, sostener la transferencia, construir red y reintegrar a las adolescentes en un entramado simbólico que aparecía debilitado o ausente.

De este modo el Hospital se constituye como un dispositivo clínico-institucional que operó como "nuevo evento" que pueda alojar lo insoportable y abrir una vía de tratamiento posible. Es decir, la práctica en salud mental, desde una perspectiva psicoanalítica, se inscribe entonces como la posibilidad de crear condiciones para que el sujeto pueda ser incluido en su singularidad, sin ser invadido ni abandonado.

El lazo transferencial constituye el eje central de la práctica clínica en salud mental. Es lo que permite que algo del sufrimiento pueda ser tramitado, sostiene la posibilidad de tratamiento y restituye al sujeto un lugar desde donde hablar, es decir, un lugar como sujeto del inconsciente.

En contextos institucionales como el Hospital, sostener la transferencia exige una posición clínica sensible, ética que no se limite a la contención, sino que, apuesta a alojar al deseo, aun cuando éste esté silenciado o enmascarado por el acting out o el síntoma. El lazo transferencial como una apuesta política por la subjetividad: implica reconocer que hay alguien ahí que puede ser escuchado, incluso en medio del caos o la urgencia.

Referencias bibliográficas

Bleichmar, S. (2009). *La construcción del sujeto ético*. Paidós.

Bleichmar, S. (2014). *Violencia social – violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Noveduc.

Freud, S. (1914/2012). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras completas, Tomo XII*. Amorrortu.

Puget, J. (2002). Sobre la función del testigo y la corrupción "radiactiva". Página 12. Recuperado:https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-10059-2002-09 12.html

Restano, V. (2023). Malestar psíquico en niños de 6 a 10 años derivados a la Guardia en Salud Mental. Un estudio en el Hospital Materno Infantil "San Roque" de Paraná, Entre Ríos (Inédito). Tesis de Maestría en Clínica psicoanalítica con niños y niñas. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

Sotelo, I (2009). El sufrimiento psíquico en la urgencia. En G. Dueñas (Ed), *La urgencia en salud mental. Psicoanálisis en lo institucional* (pp. 147- 162). Topia.

Sotelo, I. (2012). Clínica de la urgencia. JCE ediciones.