

#Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la CABA

13ra Edición | Marzo 2026
ISSN 2953-4895

“Psicología Clínica y Adolescencias”



ASOCIACIÓN DE
PSICÓLOGOS
DEL GOBIERNO DE LA CABA

EDITORIAL

Adolescencias en disputa

Cuando la respuesta punitiva reemplaza al Estado.

La discusión pública en Argentina en torno al proyecto de reforma del régimen penal juvenil que propone bajar la edad de imputabilidad a 14 años irrumpe en un momento decisivo para pensar las adolescencias, especialmente porque entendemos está claramente dirigida a sectores sociales con mayor vulnerabilidad y menor acceso a derechos.

Es decisivo no sólo por la complejidad social que atraviesan nuestras y nuestros jóvenes, sino porque revela con crudeza cómo el Estado decide situarse frente a ellos, como garante de derechos o como administrador del castigo.

Hablar de adolescencias es hablar de un tiempo de transición subjetiva, de identidad en construcción, de cambios profundos que reorganizan cuerpo, pensamiento, vínculos y pertenencias. Desde la psicología sabemos que es una etapa donde la apertura al mundo convive con la fragilidad; donde la posibilidad de proyectar futuro depende, en gran medida, de la presencia de adultos, instituciones y políticas públicas capaces de acompañar ese tránsito.

Por eso nos preocupa que, frente a dificultades reales entornos vulnerados, falta de recursos, violencias estructurales, escuelas debilitadas, salud mental relegada la respuesta del Gobierno sea endurecer el sistema penal, en lugar de fortalecer las redes que sostienen la vida.

Cuando un Estado discute bajar la edad de imputabilidad, lo que discute en el fondo es cómo responde a sus propios fracasos

a la ausencia de políticas de inclusión,
a la debilidad de sus dispositivos de prevención,
a la falta de atención temprana de los malestares subjetivos y sociales.

Las adolescencias no son el problema son el síntoma de un orden que no asume su responsabilidad.

EDITORIAL

Castigo o cuidado, dos modelos en tensión

Desde la psicología clínica, comunitaria y de la salud entendemos que, cuando el Estado se retira de su función de sostén y acompañamiento, emergen respuestas sociales que buscan ordenar el malestar. Allí donde faltan políticas públicas consistentes, presencia territorial, acceso real a salud mental y dispositivos educativos capaces de reparar, se abren espacios que rápidamente ocupan discursos simplificadores y punitivos.

En ese corrimiento, las adolescencias comienzan a ser interpretadas más como riesgo que como etapa vital.

Los jóvenes dejan de ser vistos como sujetos en desarrollo y pasan a convertirse en depositarios del miedo y del enojo social. Ese desplazamiento no solo contradice todo lo que sabemos desde la psicología sobre este momento de la vida marcado por vulnerabilidad, búsqueda de identidad, necesidad de referentes y construcción de futuro sino que además desresponsabiliza al Estado adulto, que abandona su propia función.

Al mismo tiempo, vemos un retorno preocupante a una lógica de tutelaje, que reinstala la figura del Estado que controla y disciplina, en lugar del Estado que acompaña y garantiza derechos. Se trata de un retroceso que desconoce avances normativos y marcos de protección construidos durante décadas.

Es fundamental decirlo con claridad, reconocemos profundamente el dolor y la angustia de las víctimas de delitos.

Desde nuestra práctica sabemos que el daño traumático tiene efectos duraderos, afecta la vida emocional, desorganiza la cotidianidad y altera los vínculos. Una sociedad justa debe acompañar, cuidar y reparar a quienes han sufrido violencia.

Pero comprender a las víctimas no implica confundir justicia con castigo anticipado.

EDITORIAL

El sufrimiento legítimo no habilita políticas que desplacen la responsabilidad penal hacia adolescentes cada vez más jóvenes. Las víctimas necesitan reparación, acompañamiento psicológico, justicia eficaz y políticas que prevengan la violencia.

Lo que no necesitan y lo que no resuelve el problema es un sistema penal que coloca el foco donde no está la causa del delito.

Bajar la edad de imputabilidad no previene, no repara y no protege.

Es una salida falsa que prioriza la reacción antes que la comprensión y sacrifica a los más jóvenes para calmar angustias que deben abordarse por otras vías.

Una sociedad que deposita su seguridad en el castigo temprano a sus juventudes es una sociedad que renuncia a su capacidad adulta de crear futuro.

Y renunciar a las adolescencias es renunciar a sí misma.

Una mirada desde la psicología qué necesitan hoy las adolescencias

Quienes trabajamos en salud mental dentro del sector público conocemos de cerca las trayectorias vitales de muchas adolescencias en contextos de vulneración historias marcadas por discontinuidad escolar, violencias territoriales, consumos problemáticos no acompañados, padecimientos subjetivos sin atención, familias sin recursos materiales ni simbólicos.

Frente a esos escenarios, la respuesta no puede ser la cárcel como sustituto de políticas públicas.

La pregunta no es cómo castigarlas antes, sino cómo acompañarlas mejor.

Cómo construir políticas reales de prevención.

Cómo garantizar accesos oportunos y concretos a salud mental.

Cómo sostener escuelas que restituyan futuro en lugar de funcionar como última frontera.

EDITORIAL

Cómo fortalecer dispositivos comunitarios que devuelvan lazos, pertenencia y horizonte.

La APGCABA frente al debate

Desde la Asociación de Psicólogos del GCABA afirmamos con claridad que el castigo temprano no cuida, no previene y no protege.

Nuestra responsabilidad ética es defender políticas basadas en derechos, en evidencia y en una comprensión integral de los procesos subjetivos y sociales.

Y nuestra responsabilidad gremial es señalar que las medidas punitivas no solo son ineficaces, sino que profundizan desigualdades y dañan aún más a quienes ya se encuentran en situaciones de vulnerabilidad extrema.

El debate sobre la edad de imputabilidad no es técnico: es ético, político y profundamente humano. Nos obliga a decidir qué lugar les damos a las adolescencias.

Si las vemos como sujetos de derecho o como sujetos de castigo.

Si elegimos acompañarlas o disciplinarlas.

Si construimos futuro o lo cercenamos.

Las adolescencias no son el porvenir: son el presente que debemos cuidar hoy.

Entendamos que el miedo no puede legislar por nosotros.

Y que la Psicología Clínica como práctica, ética y compromiso siga recordando que toda vida joven merece un Estado que escuche, sostenga y acompañe, como garante de derechos, no como administrador del castigo.

Andrés Añón

Secretario General de la
Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la Ciudad
de Buenos Aires

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y ADOLESCENCIAS

Estimadas y estimados lectores, colegas, compañeros, amigos: un nuevo número de #SOMOSAPGCABA vuelve a ser una interesante excusa para comunicarnos. En esta ocasión propusimos transmitir lo particular de la práctica en Salud Mental con Adolescentes. Los textos que nos han acercado las y los autores de esta 13ª edición, dan cuenta de las lecturas y respuestas posibles a los padecimientos y conflictivos de nuestros y nuestras jóvenes.

Además de la crisis evolutiva, propia del tiempo adolescente, el complejo contexto actual y los efectos de la pandemia, profundizan las desestabilizaciones, síntomas y actos en adolescentes, observables en la clínica.

Nos resulta indispensable reflexionar y dar testimonio sobre esta particular clínica

en los textos de nuestras y nuestros psicólogos que trabajan en los Hospitales Públicos de la CABA.

La temática desarrollada en estos escritos de las y los colegas muestran, como es habitual, el interés, seriedad y esfuerzo que nuestro colectivo pone a trabajar en las diferentes problemáticas que atañen a nuestra profesión.

La claridad con la que desarrolla su mirada crítica el Secretario General, en la editorial de este número, es sólo un ejemplo de cómo nos posicionamos las y los psicólogos en la CABA frente a las adolescencias.

Esperamos que cada uno de estos textos pueda enriquecer el análisis de nuestros lectores.

Irene Scherz - Oscar Cott

¿Querés publicar en el próximo número?

> **Tema de la próxima edición:** "Abordajes grupales en Salud Mental"

> **Condiciones para la presentación:**

Trabajos en Word o Pages de entre 3/4 páginas. Letra Arial 11. Interlineado 1 1/2. Mail: ischerz@gmail.com.

Nota: Avisamos a los y las autores y autoras que los textos podrían ser modificados en la redacción según línea editorial pero no en su contenido. Fecha límite: 15 de julio de 2026.

EQUIPO EDITORIAL

Director:

Andrés Añon

Directores Editoriales:

Irene Scherz

Oscar Cott

Diseño y diagramación:

Romina Malla, para Zulu Estudio

**SALUD MENTAL PERINATAL:
EMBARAZOS, MATERNIDADES
Y PATERNIDADES EN
LAS ADOLESCENCIAS.
“UNA CLÍNICA ORIENTADA
POR LA OPORTUNIDAD”**



Vanesa Laura Franzese

vanesafranzese@gmail.com

Psicóloga Clínica con Orientación Perinatal. Psicóloga de Planta del Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Integrante del "Programa de Acompañamiento para Madres Adolescentes y su hijos/as" (PROAMA).

Palabras Preliminares sobre el contexto laboral

La Maternidad Sardá, es un hospital público de referencia y derivación a nivel nacional y regional, especializado en Perinatología, siendo parte del tercer nivel de atención. El mismo aplica en su atención el Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en las *Familias con Enfoque Intercultural*,¹ dicho modelo plantea como uno de sus objetivos la creación de una estrategia para acompañar los embarazos en las adolescencias.

Programa de Acompañamiento a Madres Adolescentes

El Servicio de Salud Mental integra el Programa de Acompañamiento a Madres Adolescentes (PROAMA). Este programa interdisciplinario hace más de tres décadas está conformado en la institución. El objetivo del mismo es brindar

un entramado institucional en el cual las adolescentes embarazadas puedan recibir una atención integral durante el proceso de embarazo, parto, nacimiento, puerperio y crianza.

Es importante aclarar que desde el Programa se acompaña la decisión de cada persona gestante de continuar o interrumpir el embarazo (de acuerdo a las legislaciones vigentes) y brindar consejería en opciones, así como también la posibilidad o no de ejercer un rol de cuidado hacia la o el recién nacido/a.

Cabe destacar que se tienen en cuenta para el abordaje clínico, otras identidades de género considerando a todas las personas con capacidad de gestar pero la población que asiste al programa hasta el momento son mujeres que así se autoperceben.

En ocasiones la vivencia del embarazo o el parto son los motivos que vinculan a las adolescentes por primera vez con el sistema de salud

siendo una oportunidad para poder plantear problemáticas acalladas hasta el momento, tales como violencia de género, noviazgos violentos, violencia familiar, vulneración de derechos, entre otras.

Intervenciones en Salud Mental Perinatal en las Adolescencias

La especificidad de nuestra atención es considerar la crisis vital de la gestación, el acontecimiento del nacimiento y la vivencia del puerperio, experiencias únicas e intransferibles, a la vez que las mismas acontecen durante un periodo de la vida complejo y precioso, como son las adolescencias. Tiempo lógico en el que se juegan desafíos, movimientos subjetivos y cambios físicos, hormonales y emocionales referidos a la pubertad y a la vivencia subjetiva de la adolescencia.

Por tal motivo se generó este modelo de atención diferenciado: el PROAMA. No podría plantear este modelo de atención sin un

¹ Languía, M y González, M., Solana, C., Basualdo, M., Di Pietrantonio E, Bianculli, P., Ortiz, Z., Cuyul, A., Esandi, M. Maternidades Seguras y Centradas en las Familias con Enfoque Intercultural. UNICEF. 2012.

equipo amable en el que prime la **interdisciplina**: Tocoginecología, Trabajo Social, Pediatría, Nutrición, Salud Mental, personal Administrativo y de enfermería que colabora en los enlaces de las usuarias a los distintos servicios.

Asimismo la **Intersectorialidad** y la **Corresponsabilidad** es parte cotidiana de nuestra labor; es habitual el enlace con el sector de Justicia u organismos de Protección y Promoción de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Desde el equipo de atención incentivamos la permanencia o reinserción escolar de las usuarias adolescentes, dado que al estar escolarizadas/os hay otra institución que acompaña estas vivencias complejas. Por tal motivo se realiza enlace con el sector de *Educación*, impulsando la escolaridad y haciendo nexo con escuelas (Ej: en CABA con referentes del Programa Alumnas/os Madres y Padres y Embarazadas del Gobierno de la Ciudad). Asimismo, de ser necesario se establecen

enlaces con otros *efectores de Salud*.

El compromiso en la tarea, la creatividad en las actividades grupales, intervenciones oportunas en la atención, son los pilares de nuestro trabajo cotidiano, para generar espacios de confianza y confidencialidad en el que las jóvenes puedan acercarse, solicitar atención, pensarse, hablar y sobre todo un equipo que las pueda escuchar y acompañar en sus decisiones.

Se brinda orientación a los referentes afectivos significativos de las adolescentes que consultan en el programa, sobre todo cuando la situación así lo requiere.

Las épocas fueron cambiando a lo largo de éstas tres décadas, y el equipo fue y continúa aprendiendo para otorgar una atención coherente a partir de las leyes que habilitan la palabra de las y los adolescentes, siendo protagonistas en el proceso de su atención.

Esta perspectiva de trabajo: de Salud Integral, de Género, de Derechos Humanos, de Respeto por las Niñeces y Adolescencias, de Promoción de la Autonomía, y de Reducción de Riesgos y Daños, se traduce en los distintos espacios de atención e intervención en salud.

Las *intervenciones desde el Servicio de Salud Mental* en la atención de adolescentes implican dispositivos de Entrevistas individuales



por consultorios externos, entrevistas por solicitud de interconsultas en las diversas áreas de internación: obstétrica, neonatal, ginecológica. Entrevistas a familiares y/o referentes afectivos significativos. Coordinación de Talleres de promoción y prevención de la salud en sala de espera y Talleres de preparación integral para el nacimiento y la crianza en las adolescencias.

A continuación realizaré una breve mención de las intervenciones en Sala de Espera del Programa de Acompañamiento a Adolescentes, que realizamos desde el Servicio de Salud Mental.

Proyecto de trabajo “Para que el que espero no desespere” (2008)²

Desde el año 2008, llevamos adelante desde el servicio de salud mental, actividades de talleres en salas de espera de adolescencia. Las salas de espera de un hospital público especializado en perinatología, son un espacio privilegiado para trabajar temáticas vinculadas al cuidado integral de la salud y la promoción de derechos.

Los fundamentos principales que sostienen estas actividades son los siguientes:

- Intentar aprovechar y darle utilidad al tiempo que las personas usuarias aguardan en las salas de espera,

convirtiendo dicho tiempo en productivo.

- En algunos casos el acontecimiento del embarazo, parto/nacimiento y puerperio, sea el primer y hasta en ocasiones el único motivo que contacta a las personas con el sistema de salud.

- La mayoría de las personas usuarias viven lejos del hospital y sin duda alguna es primordial optimizar el tiempo que transcurren en la institución.

- En la práctica cotidiana se vislumbra que de las personas que realizan controles prenatales, una baja población concurre a los Encuentros de Preparación Integral para el Nacimiento y la Crianza.

Los objetivos de esta actividad radican en:

- Reflexionar y promover el pensamiento crítico sobre mitos, creencias y prejuicios respecto a la vivencia de embarazo, parto, puerperio, maternidad/ paternidad y crianzas, salud sexual reproductiva y no reproductiva.

- Dialectizar, reflexionar y brindar recursos útiles e información pertinente frente a temáticas tales como la Violencia de Género, Violencia Familiar, Bullying, Crianza Respetuosa.

Características de la actividad: La sala es un espacio potencial de encuentros subjetivantes, un escenario complejo, con posibles intervenciones oportunas. Es un lugar en el

que transcurren cantidad de escenas simultáneas, personas que ingresan y egresan al espacio, confluencia de universos simbólicos diferentes, personas usuarias y acompañantes de diferentes edades, también circulan profesionales de la salud, personal Administrativo del Hospital, con quienes debemos generar alianzas de trabajo para llevar adelante el espacio de taller.

Las y los adolescentes y sus acompañantes que habitan una sala de espera no están expectantes a ser convocadas a una actividad, todo lo contrario, su objetivo es ir a una consulta en salud, y les sorprende la propuesta, hasta en ocasiones genera reticencia y desconfianza. En esos casos tendremos que desplegar las habilidades que cada uno de nosotros identifique como fortalezas para generar un espacio de participación respetuosa, donde la confianza sea la matriz de apoyo de nuestras intervenciones, habilitando la participación activa y voluntaria, la escucha, el acuerdo y el disenso. Ubicamos al taller de sala de espera como parte de la atención en salud.

Los espacios de talleres proponen la construcción colectiva de saberes y saber hacer, intercambiando opiniones desde las experiencias y saberes previos de las y los participantes.

Considero que asimismo los talleres son una vía de llegada a la comunidad en tanto que las y los participantes podrían

² Franzese, V. Proyecto de trabajo: “Para que el que espere, ¡no desespere!. Obra inédita. DNDA. (2018) - Renovación 2024.

transmitir a otros miembros de su entorno lo abordado en la actividad, de modo que sus contenidos trascienden los muros del hospital.

En ocasiones la participación de las personas en los talleres de sala de espera, *revela la existencia de un Servicio de Salud Mental*, así como también conmueven situaciones personales que generan la inquietud de solicitar atención por consultorios externos del Servicio de Salud Mental. Y es allí donde el plus del objetivo propuesto en los talleres también cobra otra dimensión.

Tenemos que estar advertidos que podemos confrontarnos con el relato de experiencias adversas y desafortunadas, vivenciadas por las y los participantes y también que existirán críticas al sistema de salud como hacia la misma institución. Estará en cada uno de nosotros como integrantes del equipo de salud, el dar lugar, alojar, mediar y orientar a las personas y construir un aprendizaje colectivo.

Si bien las temáticas propuestas son fundamentalmente cuestiones de salud mental perinatal, no podemos desestimar la escucha atenta de nuestra clínica cotidiana, razón por la cual se incluye el tratamiento de temas como noviazgos violentos, bullying, violencia de género, violencia familiar, derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, crianza

respetuosa, entre otros. Así como también incluir el tratamiento de fechas significativas como el día internacional de lucha contra el cáncer de mamá, la semana mundial del parto respetado, día de la salud mental perinatal, entre otros.

Para el abordaje de cada temática he pensado, diseñado y producido el *material de manera autogestiva*. Ejemplos de las intervenciones son: “*La Historia de Juliana*”³ (para noviazgos violentos), el cuento “*Sos fea*”⁴ (para trabajar sobre Bullying), el “*Juego del semáforo: para una crianza sin violencias*”⁵. En este último se realiza la lectura de escenas y/o situaciones problemáticas que describen cierto imaginario social acerca de las modalidades de crianzas. Las y los participantes dan sus opiniones al respecto y conjuntamente se reflexiona acerca de si debemos “*detener*” esa pauta de crianza (prendemos la luz roja), “*prestar atención*” (prendemos la luz amarilla) y si se identifica como una *pauta favorable* de crianza (prendemos la luz verde). Son intervenciones que mediante propuestas lúdicas permiten abordar temáticas controversiales.

3 Franzese, V. “La Historia de Juliana” en Proyecto de Trabajo: “Para que el que espere, ¡no desespere!”. Obra Inédita. DNDA. (2018) - Renovación 2024.

4 Franzese, V. “Sos fea”. Obra Inédita. DNDA. 2019. Renovación 2025.

5 Franzese, V. “El juego del semáforo para una crianza sin violencia” en Proyecto de trabajo: “Para que el que espere, ¡no desespere!”. Obra Inédita. DNDA. (2018) - Renovación 2024..

Los talleres en sala de espera de los consultorios de adolescencia son espacios instituyentes que nos acercan a las pacientes, dado que construyen confianza, vehiculizan interrogantes, dialectizan temáticas que aún hoy son difíciles de conversar... La presencia de los profesionales en dicho espacio genera apertura al diálogo y colabora en generar espacios de espera confortables, alojando amorosamente la espera de las y los adolescentes que allí aguardan, considerando el taller como parte de la atención en salud. Que resuene a Viva Voz en las salas de espera este saludo: ¡Muy buenos días! ¿Cómo están?... y ¡que fluya la circulación de la palabra y la comunicación!

**LA CONQUISTA DE LA
INDEPENDENCIA.
SOSTÉN CLÍNICO EN EL PASAJE
DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA A
LA VIDA ADULTA.**

**Carlos Cao***cao.cdc@gmail.com*

Psicoanalista. Psicólogo clínico Hospital Zubizarreta, equipo de adolescencia.

Un tiempo grande en independencia

A los 19 años relaté en análisis un sueño que, con el tiempo, adquirió para mí un valor de orientación. Entraba al edificio de la facultad de psicología (UBA) por la sede de Independencia y, al subir los primeros escalones, encontraba suspendido en el aire un reloj de bolsillo gigantesco, antiguo, girando lentamente sobre su eje. No me producía temor, sino una impresión difícil de precisar: la sensación de estar frente a una escala del tiempo distinta de la propia.

En aquel momento transitaba una etapa marcada por desfasajes: una relación de pareja atravesada por diferencias de edad y de proyectos, el ingreso todavía incierto a la universidad, y la pregunta —más vivida que formulada— por el modo de separarse de ciertas referencias familiares y amorosas sin perder sostén. La imagen del sueño condensaba algo de ese problema: la necesidad de un tiempo más amplio que el de la urgencia biográfica.

Podría decirse hoy que ese reloj figuraba la función que el espacio analítico puede ofrecer en determinados momentos de la vida: introducir un “tiempo grande” allí donde la experiencia subjetiva se vive bajo la presión de decisiones que organizan el pasaje de la adolescencia a la vida adulta.

La independencia que suele nombrar ese pasaje no se

reduce a la autonomía económica ni a la separación material de la familia. Supone, más bien, la construcción progresiva de una posición singular respecto de los otros significativos —familia, parejas, amistades— y respecto del propio deseo. En ese tránsito, la terapia debe operar como un espacio de sostén temporal, capaz de alojar vacilaciones, duelos y reordenamientos identificatorios que no admiten apuro. En otros términos, es más importante ubicar el qué, y el cómo, más que el cuándo. Este trabajo se propone interrogar esa función.

Regular en vez de reprimir

Si la adolescencia tardía y la juventud temprana pueden pensarse como un proceso de independencia, no se trata de una declaración solemne sino de una serie de operaciones pequeñas, conflictivas y a veces silenciosas, más cercanas a una campaña prolongada que a un acto fundacional. Como en los procesos históricos, la independencia subjetiva no se concede fácilmente: se construye en tensiones, retrocesos y decisiones que reorganizan los vínculos. Esto porque, aunque los adultos declaren su conformidad o hasta exijan esta independencia, muchas veces sus acciones concretas y sus dichos al pasar dejan claro que tampoco le es simple.

En la primera infancia, la represión del impulso cumple



PH: Google Maps | Susana Clur

una función estructurante: introduce la ley allí donde todavía no hay recursos simbólicos para tramitar el deseo. Pero en la adolescencia la lógica cambia. El problema ya no es la irrupción pulsional sin mediación, sino la necesidad de aprender a regular lo que se desea sin anularlo. Reprimir el impulso en este momento puede producir obediencia momentánea, pero suele empobrecer la capacidad de decisión y de responsabilidad, cuando no generar la conducta reactiva de arrojo beligerante en la dirección prohibida. La tarea clínica consiste más bien en acompañar el pasaje desde la prohibición externa hacia formas de autorregulación que no impliquen renunciar al deseo propio.

Las batallas decisivas

Los procesos de independencia se juegan en escenas concretas. Decir que no a ciertas “colaboraciones” familiares, apartarse de un proyecto que no contempla las propias necesidades, o tomar distancia de intereses que el grupo de amigos da por obvios pueden adquirir el estatuto de batallas decisivas. No porque definan toda la vida futura, sino porque introducen un precedente: la posibilidad efectiva de sustraerse de un mandato sin romper necesariamente el lazo.

Sun Tzu (2010) describe, entre los distintos terrenos de la guerra, aquel que presenta una entrada fácil y una salida muy complicada, el “terreno difícil”. En la adolescencia

nos encontramos con algo así. Podríamos decir que el crecimiento y el desarrollo llevan a las niñeces a la etapa siguiente, pero es más complejo ponerse de acuerdo sobre lo que es salir de la adolescencia. Se suele apuntar en contra de la expresión “quemar etapas”, como algo siempre desaconsejable. Según esta mirada, se deben realizar determinadas acciones en ese momento y que luego, por extemporáneas traerían aparejadas ciertas dificultades indeseables para ese otro momento de la vida. Pero en la adolescencia, muchas veces nos encontramos que, si no quemamos una etapa, la salida se puede dificultar, poniendo en riesgo la vida

(literal). Estamos en la feliz posición de coincidir con el estrategia que, en esas circunstancias, aconseja no detenerse: avanzar sin vacilar, “quemar las etapas”. Avanzar entonces al objetivo, la autonomía progresiva. En definitiva, frente a determinadas coyunturas clínicas, el movimiento mismo puede producir condiciones que la espera, no sólo no genera, sino que pueden empeorar.

Françoise Dolto (1990) subrayó que la independencia económica constituye una base material decisiva para la emancipación subjetiva. No garantiza por sí sola la autonomía, pero modifica profundamente la relación con el entorno. Cuando la subsistencia deja de depender directamente de la familia, disminuye la eficacia de ciertas presiones y amenazas. Sobre esa base pueden construirse los mecanismos que permiten sostener un proyecto vital singular.

En este punto resulta útil recordar una idea central de Winnicott (2015): el crecimiento hacia la independencia no implica la desaparición del ambiente de sostén, sino su transformación. La independencia absoluta no existe. En esa gesta, los padres deben “sobrevivir” a los movimientos de separación de sus hijos, tolerando la pérdida del lugar de autoridad incuestionada sin romper el vínculo que

sostiene el crecimiento. En determinados momentos de transición vital, el dispositivo terapéutico puede asumir parcialmente esa función de ambiente facilitador.

Declaración de no sometimiento

¿Y cuál sería ese punto de llegada, esa posición que nos señala que se salió de la adolescencia? El autor nos da una idea muy clara: “el adulto puede identificarse con la sociedad sin un sacrificio demasiado grande de la espontaneidad personal” (op. cit., p.109).

Para finalizar. En los procesos de independencia que marcan el final de la adolescencia, el dispositivo terapéutico puede operar como una retaguardia simbólica: un espacio donde se sostienen las tensiones propias de la separación mientras el sujeto construye las condiciones materiales y psíquicas de su emancipación.

Referencias

- Doltó, F. (2009). *La causa de los adolescentes*. Buenos Aires: Seix Barral. (Trabajo original publicado en 1988).
- Sun Tzu. (2010). *El arte de la guerra*. Buenos aires: Plutón. (Obra original del siglo V a. C.).
- Winnicott, D. W. (2015). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós. (1965 corresponde a la publicación original en inglés de *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*).

**RELATO DE GUARDIA:
PENSAMIENTOS INTRUSIVOS
EN LA ADOLESCENCIA**

**Lic. Joaquín Pérez Pravaz***joaquinperezpravaz@gmail.com*

Psicólogo de guardia - Hospital Gral. De Agudos "D. Vélez Sarsfield".

Este caso ocurrió este año en la guardia de un hospital general del gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

Se presenta Leo a la guardia con su madre y su hermanita de cuatro años de edad. Leo tiene 17. Viene con una nota de su médica pediatra que lo atendió ese mismo día, pidiendo una interconsulta por guardia de salud mental debido a episodios de angustia y ansiedad que Leo venía presentando. La psiquiatra que nos acompañaba muy oportunamente vio las expresiones de Leo, angustiado, pierna inquieta, notablemente nervioso por lo que tenía que contar. Le propuso a la madre que por favor se retirara, que íbamos a verlo a Leo solo y luego la llamábamos. La madre se retira, nos quedamos con él, que nos empieza a contar cuáles son los motivos que lo trajeron a la guardia. Primero empieza describiendo su sintomatología física: temblores, sudoración, adormecimiento de brazos,

opresión en el pecho; típica descripción de un ataque de ansiedad. Agrega además que está dudando de él mismo y que esto le pasa ya desde hace un par de años. Presenta pensamientos intrusivos recurrentes de realizar ciertas acciones que él tiene miedo. No especifica al principio qué. Dice que hace cuatro días toda su sintomatología se intensificó mucho más. Hace cuatro días, exactamente, le dice a su madre que quería hablar con ella porque ya no aguantaba su malestar y le expresa sus gustos sexuales. Ahí nos miramos con el equipo y decimos: *"bueno, está afirmando su sexualidad, tiene 17 años"*. Empezamos a hacer intervenciones de ese lado, pero Leo seguía insistiendo en que había ideas que lo hacían dudar de él mismo y de si era una buena o una mala persona. Ahí seguimos preguntando: *"pero ¿cuál es el contenido de estas ideas?"* Y Leo responde que tiene miedo de hacerle daño a alguien, que tiene ideas de hacerle daño a la gente. Cuando indagamos

sobre estas ideas, le pedimos que nos ejemplifique: habla de hacer daño físico y, con algo de timidez, agrega que también sexualmente. Empieza hablando sobre el daño físico, casi como tratando de evitar hablar de lo otro. Él expresa que a veces se le viene la idea de pegarle al padre, pero que inmediatamente intenta cuestionar ese pensamiento, lo cual le genera malestar emocional. Dejamos que siguiera hablando un poco y retomamos lo que había dicho del daño sexual. En ese momento, angustia. Leo empieza a llorar. Entre lágrimas y con esfuerzo para poder expresar lo que le pasaba -no le fue nada fácil-, nos logra decir que el problema era la edad de la agresión sexual. Nos dice que él quiere mucho a su hermanita de cuatro años, pero tiene estos pensamientos intrusivos de hacerle daño sexualmente. Inmediatamente despliega una cantidad de culpa importante. Dice que él no quiere hacerle daño, pero que no puede evitar estos pensamientos, él dice: *"yo soy una buena persona, pero*

estos pensamientos me hacen dudar”. ¿Y cómo no con todo lo que implica socialmente tener dichos pensamientos?. Agrega que no están todo el tiempo, pero aparecen y hace más de 10 años que los tiene. Acto seguido tuvimos que hacer la pregunta que tanto nos inquietaba y como profesionales nos costaba realizar, por temor a la respuesta y lo que implicaba: “¿*Estos pensamientos los llevaste a cabo en algún momento?*” Afortunadamente su respuesta fue que no, sentimos el alivio como equipo y seguimos con la entrevista. En ese momento de desborde emocional le explicamos que hay una gran diferencia entre querer **hacer daño** a alguien y tener **miedo de hacerle** daño a alguien. Pareciera que con esa intervención, simple, logró calmarse un poco y recuerda cómo fue cuando le contó a la madre sobre esto y que le dijo algo que lo reconfortó: “*No aguanté más y le tuve que contar a mi mamá que me dijo algo parecido. Me dijo que yo no era como esas personas malas porque yo siento culpa por lo que me está ocurriendo*”. Con solo mirarnos con el equipo nos transmitimos el mismo mensaje: “*qué bien que su madre manejó la situación*”, obviamente le validamos los dichos de su madre y le dimos la razón.

Hay una gran importancia acá en el sostén de la familia, en una madre que escucha, que acompaña, que no juzga, que se angustia y que seguramente tiene temor a lo que le está pasando a su hijo,

pero que lejos de elegir entre el bienestar de uno o del otro, elige el de ambos, tanto el de su hija como el de su hijo. Más adelante y oportunamente, la madre cuenta que él dormía con su hermanita en la misma habitación y que esa misma noche los separó. Ahora la hermana duerme con ella y con el papá en su habitación. La reducción de respuestas críticas o punitivas y el aumento de conductas de apoyo emocional se asocian con mejor pronóstico. Del mismo modo, las medidas ambientales de protección implementadas —como la separación de dormitorios— responden a criterios de manejo clínico del riesgo percibido sin reforzar interpretaciones de peligrosidad estructural, equilibrando cuidado y no estigmatización.

Acá el diagnóstico diferencial era clave. ¿Qué le estaba pasando a Leo? ¿Era un caso de posible pedofilia, era un TOC grave o era un caso de Esquizo-toc? Como equipo nos posicionamos más por las dos últimas opciones. A Leo no le generaba ningún placer la posibilidad de llevar a cabo estos pensamientos, no fantaseaba con intención de placer sexual, todo lo contrario, lo martirizaban. Ya casi finalizando la consulta, hacemos pasar a la madre. Leo se encontraba más tranquilo. Lo primero que le pregunta la mamá apenas lo ve es si contó todo, a lo que responde que sí, que lo importante lo pudo decir, por lo que le afirmamos a la madre que charlamos sobre lo principal que le estaba pasando

a su hijo. La médica psiquiatra le indica risperidona y lorazepam. Le explicamos porqué la risperidona y que si la googlea seguro le va a aparecer que es un antipsicótico, pero que por la dosis que le dio, tiene otra función. Mientras la trabajadora social y yo intentábamos hablar con la madre para tranquilizarla y hacerle ver la importancia de que Leo comience un tratamiento lo más pronto posible, que lo que le estaba pasando tenía un buen pronóstico con el tratamiento adecuado.

Desde el modelo cognitivo-conductual, los pensamientos intrusivos de contenido agresivo o sexual son comprendidos como fenómenos mentales no elegidos que adquieren

relevancia clínica cuando son interpretados de manera catastrófica y moralizada, especialmente a través de creencias de responsabilidad excesiva, sobreestimación de la amenaza y fusión pensamiento-acción. En este marco, la intervención realizada en guardia al diferenciar explícitamente entre tener miedo de hacer daño y querer hacer daño constituye una maniobra de reencuadre cognitivo inmediato, orientada a debilitar la fusión pensamiento-acción y a reducir la atribución de peligrosidad al contenido mental.

Asimismo, la validación del malestar emocional y la normalización del carácter involuntario de las intrusiones se alinean con los principios

de la psicoeducación en TOC, estrategia considerada fundamental en etapas iniciales del tratamiento para disminuir culpa, vergüenza y conductas de ocultamiento, facilitando la adherencia terapéutica posterior. Desde las terapias de tercera ola, particularmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la intervención puede comprenderse como un primer movimiento de defusión cognitiva contextual: no se busca eliminar el pensamiento, sino modificar la relación del sujeto con él, reduciendo la literalidad y permitiendo observarlo como evento mental transitorio. En esta perspectiva, la intensa culpa expresada por Leo no es interpretada como indicador de riesgo, sino como señal de la vigencia de valores prosociales

PH: Google Maps | Cambiaso



de cuidado y protección, lo cual orienta el trabajo terapéutico hacia la acción comprometida con dichos valores más que hacia el control del contenido mental.

Finalmente, la indicación farmacológica en contexto de guardia puede entenderse como una intervención de contención sintomática aguda, dirigida a disminuir hiperactivación ansiosa e intensidad de las rumiaciones, facilitando el posterior acceso a tratamiento específico ambulatorio.

Conclusión

El caso presentado ilustra la complejidad clínica y ética que implican los pensamientos intrusivos de daño sexual en la adolescencia, así como la importancia de una evaluación que distinga rigurosamente entre contenido mental, intencionalidad y riesgo real. La presencia de egodistonia marcada, culpa intensa, temor al pasaje al acto y búsqueda espontánea de ayuda orienta y ayuda a pensar tanto el diagnóstico como el pronóstico y a tomar decisiones terapéuticas.

En este sentido, la consulta del adolescente, la respuesta empática de su madre y la adecuada lectura clínica del equipo configuran factores protectores significativos y permiten pensar en un buen pronóstico funcional, siempre que se garantice la continuidad del abordaje mediante intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas validadas

empíricamente. El caso subraya, finalmente, la necesidad de dispositivos de urgencia capaces de sostener la complejidad subjetiva sin reducirla a categorías moralizantes, favoreciendo una práctica clínica ética, contextual y basada en evidencia.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (Eds.). (2020). Manual de psicopatología (3. ed.). McGraw-Hill.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1). Siglo XXI.
- Echeburúa, E., & Salaberria, K. (2007). Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo: Avances y limitaciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 7–38.
- García-Palacios, A., & Botella, C. (2017). Terapias de tercera generación: Características, fundamentos y evidencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 73–84.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (2.ª ed.). Desclée de Brouwer.

**ENTRE LA URGENCIA
Y EL CUIDADO:
¿ADOLESCENCIAS EXILIADAS?**



Ayelén Cibeira

ayecibeira@gmail.com

Psicóloga asistente de la Dirección General de Salud Mental (DGSAM). Especialista en Psicología Clínica. Residencia en el Hospital Tobar García (2019-2023) y Beca en Psicología de enlace en el Hospital Garrahan (2023-2025).

Las infancias y las adolescencias son períodos constitutivos del psiquismo, caracterizados por grandes cambios, intensas pasiones, miedos, sobresaltos, crecimiento y transformación. Se trata de etapas vitales en las que el soporte de los otros, tanto pares como adultos, resulta fundamental para su desarrollo. Como señala la Convención sobre los Derechos del Niño: *“No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana”*.

Sin embargo, lamentablemente no todas las infancias y adolescencias son iguales. Algunas de ellas se encuentran trágicamente sumergidas en las más profundas miserias humanas, teñidas de múltiples violencias, abusos, ilegalidades, ausencias o frente a Otros supuestos garantes del cuidado que no logran ejercer adecuadamente su función. Ante estas situaciones,

debemos estar alerta: la violencia que irrumpe en términos de desamparo o maltrato afecta de manera particular a estas infancias. Las marcas que deja no solo son visibles, sino que resultan de muy difícil cicatrización.

Se trata de niñeces y adolescencias que casi no han recibido palabras de afecto, caricias desinteresadas ni miradas amorosas que funcionaran como signos de reconocimiento de aquellos sujetos. Tampoco contaron con límites que los protegieran frente a excesos que pudieran causarles algún perjuicio. Frente a esto, los profesionales de la salud mental nos vemos con frecuencia forzados a dar respuesta a las formas más temibles en que la exclusión social se expresa. Somos demandados a aliviar este padecimiento que, en algunos casos, toma la forma de gritos incesantes, episodios de llamativa agresividad o incluso de los fenómenos más alucinantes para escapar de la realidad.

Sería una ardua tarea, por no decir imposible, describir en qué consiste la clínica de internación en un hospital infanto-juvenil especializado en salud mental. Considero que solo desde la experiencia vivida en primera persona puede comprenderse la magnitud de lo que se describe. Un esbozo bastante reduccionista sería mencionar: ideaciones suicidas irreductibles, desorganizaciones conductuales severas y trastornos del control de los impulsos enmarcados en contextos familiares muy complejos.

Puede parecer evidente, pero no está de más destacar que las conductas disfuncionales de estos niños, niñas y adolescentes implican un padecimiento subjetivo. Como señala Gabriela Dueñas (2013), si el foco se centra en ver a *“niños que se portan mal”*, poco se podrá hacer más que retarlos o sancionarlos. Por el contrario, si lo que se ve es a *“niños que la pasan mal”*, tal vez se pueda construir junto

a ellos un marco donde ese dolor encuentre algún tipo de apaciguamiento.

La disposición a alojar la locura de un modo que privilegie al sujeto que la porta supone un corrimiento del contenido que también hace al caso. La internación aparece, así, como un paréntesis que brinda un lugar a esas infancias y adolescencias enloquecidas que no pueden permanecer con su familia porque constituyen un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Frecuentemente, cuando las internaciones se prolongan, nos encontramos con pacientes que poseen un gran manejo institucional. Conocen cada recoveco del hospital e incluso los secretos mejor guardados. Se especializan en cómo conseguir excepciones y hasta los límites de lo innegociable. Recuerdan el nombre de todos los profesionales y personal de maestranza. Algunos incluso llaman a estos trabajadores “tío”, “abuela” o “papá”. Son pacientes que logran que toda la institución los reconozca porque se hacen escuchar.

Deprivados socialmente, aún siguen haciendo transferencia y persistiendo en enlazarse. Son aquellos que, “afuera del hospital”, no encuentran un Otro que los soporte frente a sus desbordes. En los hospitales se les ofrece un lugar, pero el precio a pagar es extremadamente alto: se produce su salida de la trama social, perdiendo referentes y vínculos durante ese período. Esta medida puede volverse

iatrogénica si se extiende por causas sociales. Una vez rota la trama social, resulta muy difícil hallar otro lugar que los aloje fuera del hospital, ya que las familias son casi inexistentes o excede su capacidad de contención.

Un hospital aloja, cuida y escucha; pero no es un lugar para vivir. No obstante, suele ser el único refugio que garantiza a esos chicos que serán recibidos de forma incondicional.

Demonizar la internación es un intento hipócrita de tapar el sol con el dedo. Los verdaderos monstruos están fuera del hospital. Las representaciones sociales sobre la “locura” y los estigmas continúan obstaculizando la reinserción social.

Entonces: si no es el hospital, ¿dónde? Las Residencias Asistidas de Rehabilitación Psicosocial afrontan el desafío de no convertirse en ese Otro que rechaza a estos chicos y deben establecer un vínculo de confianza que permita construir objetivos claros para el egreso. Existen distintas formas de abordaje que dependen de las residencias y de los estilos profesionales. En este escrito se propone compartir un recorte experiencial de mi rol como psicóloga en la Residencia Asistida de Rehabilitación Psicosocial Avellaneda (DGSAM).

El bautismo

Cuando comencé a formar parte del equipo técnico, hace unos años, Juan tenía 16 años y el diagnóstico de trastorno de desregulación

disruptiva del estado del ánimo. Presentaba antecedentes de varias internaciones por Salud Mental y se encontraba alojado en la residencia desde los 12 años. Por lo que me habían relatado, se caracterizaba por tener reiterados episodios de heteroagresividad, así como conductas oposicionistas y desafiantes.

Uno de mis primeros días, me encontraba sola en la oficina del equipo profesional y Juan ingresó para mantener una entrevista. En un descuido mío, tomó la llave de la oficina, se fue corriendo y me dejó encerrada. De esta manera, se acercó desde la ventana que da al patio y me dijo: “Llamá a la policía, al SAME, a quien quieras, no le voy a dar a nadie las llaves”. En ese momento, hago una pausa y le respondo: “Qué problema... ¿y ahora dónde voy a dormir a la noche? tampoco hay nada para comer. Por lo menos, traeme algo para cenar si vas a dejarme encerrada”. Juan se comenzó a reír y le fue a mostrar a sus compañeros la llave como quien gana un trofeo. Por mi parte, me quedé en la oficina terminando unos informes pendientes. A los pocos minutos, escuché abrir la puerta y, para mi sorpresa, era Juan. Me entregó las llaves y dijo: “Guardalas bien”. Se sentó y continuamos la entrevista, a lo que me preguntó: “¿Vos pensabas que yo no te iba a devolver la llave, no?”. Le respondí que no lo sabía, que yo era nueva en el hogar y lo estaba conociendo.

Haydee Heinrich (1996) destaca que solo se puede confiar en el Otro y suponerle un saber en

la medida en que se le supone una falta. De esta forma, si las actuaciones son un intento de cavar esa hiancia en el Otro, el analista es llamado a ocupar ese lugar de manera distinta, mostrando su falta, poniéndola en juego. Mostrar mi enojo con Juan era encarnar ese rechazo al que está acostumbrado a recibir y al que responde muchas veces con agresividad.

No tomar ese encierro en su sentido literal y ponerlo a jugar abrió otras respuestas posibles. Esa través del chiste, el equívoco y la ironía que algo de la subjetividad logra aparecer. Mi intervención fue una apuesta, que podría no haber funcionado: Juan es quien finalmente anuda el sentido de la escena. Se generó así nuestro encuentro. Desde entonces, Juan vino a visitarme incontables veces a la oficina para continuar nuestras entrevistas. Por su parte, yo tomé nota de su valioso consejo y procuré siempre guardar bien las llaves.

Conclusiones

Los padecimientos subjetivos severos infanto juveniles nos llevan, en notables ocasiones, a los límites de nuestra praxis. La frustración o la impotencia, de vez en cuando, nos acompañan. Resulta esencial, entonces, poder apoyarse en el trabajo en equipo, anclado en lo comunitario: no sólo entre profesionales, sino también con operadores socioterapéuticos, usuarios y sus referentes afectivos, acompañantes terapéuticos, personal de mantenimiento, cocina, maestranza y administrativos. Además de nuestra coordinación, los equipos tratantes de los hospitales y los organismos de

protección de derechos.

La tarea en Salud Mental dentro de estos dispositivos supone el abordaje de realidades inabordables. Asumir esta imposibilidad como punto de partida nos obliga a concentrarnos en problemas concretos, acotados, microscópicos. Pequeñas y múltiples intervenciones diarias, en lugar de grandes soluciones definitivas. Nuestro eje fundamental gira en torno a que estos chicos puedan volver a la escuela presencial, al club de barrio, a la colonia de verano, a la plaza o al cine, para reencontrarse con su familia, amigos o formar nuevos vínculos. La labor en este tipo de residencias consiste en asumir el compromiso de buscar los restos de infancias y adolescencias que quedaron sepultados por coyunturas dramáticas y complejas. Implica intentar ayudar a restituir algo de eso que la sociedad, a veces, parece dar por perdido. Sin embargo, solo trabajamos como meros facilitadores: los logros son de los jóvenes. Nosotros asistimos; sin embargo, son aquellos adolescentes que acompañamos quienes verdaderamente definen y tejen sus propias redes para salir a flote.

Bibliografía

- Dueñas, G. (Ed.). (2013). La patologización de la infancia: ¿Niños o síndromes?. Noveduc. Convención sobre los Derechos del Niño. Fundación UNICEF-comité español (2016).
- Heinrich, H (1996). Cuando la neurosis no es de transferencia. Rosario: Homo Sapiens.

05

**NO SABEMOS QUÉ HACER
CON S**

El trabajo con el adolescente, su familia
y la construcción de un lazo amoroso.

05



Lic. Carolina Liebermann
carolina.lieber@gmail.com

Psicóloga UBA. Especialista en Psicología Clínica. Docente UBA. Ex residente y Jefa de residentes del Hospital Pirovano. Ex concurrente del Hospital de Niños R. Gutiérrez. Psicóloga de planta del servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández; equipo Adolescencia. Afiliada a APGCABA.

Introducción

¿De quién es la demanda de tratamiento en el caso de los adolescentes? Muchas veces es de los jóvenes mismos, quienes piden “un espacio para hablar”, para poder confiar sus preocupaciones, sus intereses; en ocasiones presentan cuestiones que los angustian, y buscan ayuda para abordarlas.

En otras oportunidades, los pacientes son derivados *por otros* (escuela, familiares, otros profesionales de la salud). Dicha derivación puede partir de preocupaciones o signos de alerta que adultos del entorno notan en los adolescentes, como signo de una mirada que ubica allí algo que requiere atención y escucha. Pero en repetidas ocasiones, son los familiares quienes consideran que ese menor tiene que “ir al psicólogo”, pero desde una postura de desagrado, de rechazo, ante manifestaciones que son expresión misma de la adolescencia, o síntomas de algo que ocurre justamente a nivel familiar. ¿Cómo trabajar con estos pacientes... y sus familias?

Este trabajo parte de un caso clínico atendido en el servicio de Salud Mental de un Hospital General, para reflexionar acerca de qué ocurre en la subjetividad adolescente ante la ausencia de una mirada amorosa constitutiva, y cómo el trabajo de un psicólogo puede apuntar a generar allí un lazo diferente.

El self adolescente

La adolescencia resulta una etapa vital clave para la

constitución subjetiva. Es una fase de cambios psíquicos y físicos determinantes, donde el entorno juega un papel predominante, tanto a nivel de los adultos como del grupo de pares. Con la llegada de los cambios puberales, se produce una segunda oleada de la sexualidad, y la posición fantasmática comienza a tomar forma. Se produce una reestructuración del mundo y los elementos que lo conforman, en un doble movimiento que va del desasimiento de la autoridad parental y el duelo por su imagen idealizada, hacia la exploración de la exogamia, cobrando mayor protagonismo el grupo de pares como soporte fundamental.

De este modo, se va constituyendo de a poco la sensación de identidad, de un cuerpo integrado y sexuado, de independencia. Pero para poder explorar aquel nuevo mundo de forma segura, cobra un papel muy importante el sostén familiar, como punto de apoyo estable desde donde partir, y al cual regresar. Una mirada adulta que anime pero que también cuide, que advierta sobre riesgos, que ponga límites, que invista libidinalmente al sujeto de forma amorosa.

El siguiente caso clínico invita a pensar: *¿Cómo se construye el self adolescente ante la falta de esta mirada amorosa? Y ¿cómo intervenir psicoterapéuticamente?*

El caso de “S”

S, de 15 años, comenzó tratamiento por consultorios

externos de Salud Mental en un Hospital General hace aproximadamente un año. Vive con su madre (quien lo tuvo con solo 14 años), su medio hermano y la pareja de la madre; aunque pasa mucho tiempo solo porque los adultos trabajan todo el día. En otros pisos de la misma vivienda (de un sector vulnerable de CABA) viven su tía, su prima (con quien tiene vínculo cercano) y su abuela. Esta última resulta un referente a destacar, siendo quien lo trae a las consultas, acude a entrevistas familiares frecuentemente y suele compartir más tiempo con él, mostrándose más atenta, y también preocupada ante algunas conductas de S. Es ella quien lo acompañó el día de la admisión, manifestando como motivo de consulta que presenta conductas agresivas, desafiantes y disruptivas en el hogar; y antecedente de comportamientos peculiares (como irse solo de la casa, a deambular, a los 5 años). “Es raro...” sentencia.

Como antecedente relevante, entre sus 6 y 12 años S vivió en Paraguay con la familia paterna, en un entorno rural, donde sufrió repetida violencia y maltratos, así como situaciones de ASI.

La familia es un contexto donde predomina el conflicto, los malos tratos y la falta de límites. Son frecuentes los gritos, y en el otro extremo también la indiferencia. S menciona, por ejemplo, que hicieron un viaje a la costa y “no lo invitaron”. La abuela expresa, con mezcla de preocupación y

desagrado, que S “no respeta”, “dice atrocidades”, “no hace caso”, “está siempre enojado o irritable, todo le aburre”, “está siempre con el celular”. Respecto a la madre, pese a ser citada, nunca ha asistido a las entrevistas, y el mismo S la describe como “una adolescente... no la respeto”.

Por otro lado, se evidencia la ausencia de una mirada adecuada de cuidado sobre S, ya que sus relatos incluyen situaciones de encuentros casuales con personas que contacta por internet (viajando a barrios lejanos y desconocidos), o paseos en horas de la madrugada en zonas francamente peligrosas de la ciudad. Si bien el juego con los límites y la exploración del mundo son manifestaciones normales de la adolescencia, en este caso hay conductas que han expuesto a S a riesgos reales, requiriendo abordar estas situaciones interdisciplinariamente en el Hospital, con intervención legal.

¿Qué registro hay en S de sí mismo, su cuerpo, su salud? ¿De qué modo lo registran y lo nombran en su familia? ¿Cómo es mirado?

No es azaroso el modo de nombrar al paciente en este escrito, ya que la S no solo es la inicial de su nombre, sino que remite a la expresión “ese”, “aquel”, distinto de nosotros, el señalado, el que está por fuera. En este caso, es justamente lo que se percibe de parte de varios de sus familiares cuando hacen referencia a él, con expresiones de desagrado, rechazo, queja... Sin implicarse

como parte de la escena en la que él se despliega.

S en el espacio psicoterapéutico

Pese a las descripciones recibidas de S, en los encuentros en el Hospital se pudo desplegar algo diferente e inesperado. En primer lugar, su presentación es visualmente llamativa. S siempre asiste a los turnos con looks vistosos y con una impronta muy marcada. Se observa que dedica mucho tiempo al maquillaje, el pelo y cada accesorio de su vestimenta, dando cuenta de que ha pensado cada detalle.

Puede inferirse que él sí invierte libidinalmente su imagen y su cuerpo; y esto se reafirma desde el espacio terapéutico, dando valor a esa imagen. “¡Qué canchero viniste hoy!”, “¡Me encanta tu look de esta semana!” no son expresiones triviales, sino intervenciones de la analista que apuntan a ubicar una mirada positiva sobre ese cuerpo, un Otro amoroso que aloja y sonríe, en lugar de criticar y rechazar.

Al hablar de su familia (los conflictos ocurridos, los malos tratos), lo hace con un tono de llamativa indiferencia. ¿Puede tratarse de una cuestión defensiva para protegerlo de la angustia?

Por otro lado, S sí se muestra más animado al hablar de su grupo de amigas de la escuela y las distintas situaciones que transcurren con ellas o con su prima (salidas, conversaciones). También despliega entusiasmo por la música y algunos cantantes,

como manifestación de intereses usuales y saludables para su edad. Al mantener entrevistas con referentes escolares, lo describen como un “adolescente normal”, tranquilo, que genera buenos vínculos con compañeros y adultos. En estos otros ámbitos aparece otra versión de S: positiva, viva, feliz.

El espacio terapéutico apunta a recubrir de brillo fálico a un sujeto que en el hogar ha quedado relegado a un lugar de pura falla; permitiéndole desplegar sus intereses y su impronta subjetiva, para despegarse de aquella identidad coagulada que lo ubica en un lugar complicado en su familia, y conmover dicho lugar para construir una posición diferente.

El trabajo con la familia: construir límites, insertar una mirada amable

Se ha trabajado de modo sostenido con su abuela, siendo la única que acude a las entrevistas. Por un lado, se ubicaron cuestiones de cierta urgencia y prioridad, al ver las salidas de S (sin límite de horario, hasta horas de la madrugada, sin conocimiento por parte de la familia de a dónde iba) que lo exponían a riesgos de modo real. Se señaló la necesidad de marcar permisos, límites y consecuencias. *No todo está permitido, no todo da lo mismo.* Los límites en este punto son un modo de cuidado, de amor, de marcar que S es *importante* para el otro familiar.

Por otro lado, en línea con lo expresado anteriormente,

desde un punto de vista simbólico se trabaja en torno a *poner a S en serie*, ubicándolo como un “adolescente normal”, para conmover ese lugar de rechazo en el que está ubicado en la familia. Por ejemplo, cuando la abuela se queja de alguna de las conductas que presenta, se le explica que “todos los adolescentes son un poco así...”. Al mismo tiempo, se señala la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo, para que también puedan *comprender* lo que los continuos maltratos le han generado al psiquismo de S, con miras a generar algunos cambios en las pautas de crianza actual, a la vez que conmover la mirada tan rígida puesta sobre él y sus conductas. Se apunta a que la abuela, como principal referente familiar y quien se muestra más permeable, pueda ubicarse como quien le da un

lugar, como un Otro que pueda alojarlo de modo amoroso.

Por último, resulta significativo mencionar una frase que S le expresó a la abuela, quien lo relató en una entrevista: “*La psicóloga es la única que me escucha, que me entiende*”. Un atisbo de que la apuesta del espacio analítico va cumpliendo su función.

Bibliografía

- Amigo, S. (2005). Clínica de los fracasos del fantasma. Ed Homo Sapiens. Argentina.
- Flesler, A. (2011). El niño en análisis y las intervenciones del analista. Paidós. Bs As.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual (Tomo VII). Amorrortu. Bs. As.
- Winnicott, D. (1981). El proceso de maduración en el niño. Ed Laia. Barcelona.

PH: Google Maps | Claudia de Urquiza



**TRANSICIÓN NIÑEZ-ADOLESCENCIA:
LA CLÍNICA GRUPAL COMO
SOPORTE DE LOS PROCESOS
DE SIMBOLIZACIÓN E
INSCRIPCIÓN DE LOS CUERPOS¹**

¹ Una versión preliminar de este trabajo fue presentada por nosotros en la Jornada 2025 Psicología Perspectivas clínicas y comunitarias actuales-APGCABA, 14 de noviembre de 2025.



Alejandro M. Villa

alejandrovilla2001@yahoo.com.ar

Programa de Juventud e Inclusión Educativa/CeSAC N°8/ Área Programática del Hospital J. M. Penna e Investigador Principal/ Consejo de Investigación en Salud; Ministerio de Salud/GCBA.



Patricia Orge

patri_orge@yahoo.com.ar

Programa de Juventud e Inclusión Educativa/CeSAC N°8/ Área Programática del Hospital J. M. Penna

Introducción y perspectiva conceptual

En dos estudios previos, uno de nosotros, ha discutido un conjunto de problemáticas del desarrollo psicosocial en la adolescencia en el contexto de la postpandemia del COVID 19 (Villa, 2023 y 2024). Allí propusimos seis problemáticas para las intervenciones en salud mental en dicho contexto:

1. Una dificultad de socialización con pares.
2. Una profundización del apego a las redes sociales y el consumo a través del teléfono celular.
3. Intensificación de situaciones de violencia hacia sí mismos, en la familia y con pares
4. Instalación de un proceso melancólico que se encuentra en tensión entre diferentes pérdidas en el curso biográfico, y las posibilidades de duelo
5. Una dificultad en la construcción de autonomía en relación a la familia
6. Profundización de la desvinculación de la escuela como lugar de aprendizaje y alojamiento simbólico.

Siguiendo estos hallazgos previos desde el año 2023 venimos trabajando en una propuesta asistencial que contempla abordajes clínicos grupales con adolescentes, la que incorpora una perspectiva biográfica adoptada por nosotros previamente en nuestras intervenciones e investigaciones (Villa, 2022). Se considera aquí a los dispositivos grupales como escenario de despliegue del enfoque paradigma del “curso de vida” (Roberti, 2017), en el marco

de una respuesta asistencial en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. Dicha respuesta asistencial puede ser considerada como tal en dos dimensiones. Por un lado, como estrategia de abordaje de las problemáticas emergentes en la pandemia, la que posibilita.

– Una respuesta estratégica a la Salud Mental de los adolescentes en el marco de un sistema que en general no es ágil ni responde a tiempo a una demanda que excede a la oferta.

– Promover y fortalecer el lazo social, debilitado por una permanencia excesiva en la virtualidad que ofrece la tecnología.

– El pasaje de lo intrapsíquico a lo intersubjetivo, su articulación y el despliegue de la vincularidad entre pares; con el análisis de las redes transferenciales, identificadoras y las producciones fantasmáticas que ocurren en el acontecer grupal.

En una segunda dimensión, nuestro enfoque facilita el despliegue y la intersección entre la trayectoria en curso biográfico, la historización y el trabajo de elaboración psicosocial en un grupo. Se trata de enfocar la trayectoria del pasaje de la niñez a la adolescencia; donde el acontecer grupal puede convertirse en un espacio común de historización de la niñez en el ingreso a la adolescencia considerando tres tipos de cambio de posiciones: social, cultural y psíquica (Villa, 2022) En esta

dirección, Aulagnier (1991) propone el armado de “un fondo de memoria”; y desarrolla el argumento acerca de que “aprender es historizarse” y “construirse un pasado”. Se trata de construir a la infancia como pasado en el marco de un vínculo y relaciones sociales; y de inscribirse en una genealogía que da continuidad en el cambio y será soporte del trabajo identificatorio.

El dispositivo grupal implementado tiene dos objetivos generales: por un lado, que los/as adolescentes puedan compartir con sus pares y encontrar soluciones terapéuticas a las problemáticas que les plantea la postpandemia: encierro y dificultad para socializar; pérdidas, problemas vinculares con adultos de la familia; ser testigo y/o objeto de violencia en la familia; violencia interpersonal con pares; problema de inclusión educativa (desempeño académico y comportamiento); acoso escolar; depresiones; entre otras; por otro lado, se busca que los/as adolescentes puedan expresar sus capacidades artísticas en un espacio grupal: plásticas, teatrales, musicales, literarias, etc.

Se trabaja con población de 12 a 17 años, mujeres y varones, en grupos de entre 6 y 10 integrantes, con entrevistas de admisión psicológica individuales previas. Los grupos tienen una frecuencia semanal de encuentros de 90 minutos y una duración inicial de tres meses. Luego se realiza una evaluación del proceso con los/

as integrantes; pudiéndose concluir o continuar los mismos, o también, fundarse un nuevo grupo con algunos de los integrantes iniciales.

Cada encuentro tiene una estructura básica:

a) reconstrucción de crónicas escritas y verbales de lo acontecido en cada encuentro (con el objetivo de historizar el trabajo grupal a lo largo del tiempo y construir una historia grupal singular);

b) trabajar con problemáticas emergentes que traigan los/as integrantes en cada encuentro;

c) un ejercicio de caldeamiento grupal específico para la tarea definida, según planificación previa para cada encuentro; d) una propuesta de producción grupal. Las propuestas de trabajo son dinámicas grupales que incluyen: juegos dramáticos; espacios de juegos de mesa; juegos de mesa cooperativos y de reflexión; investigación dramática de escenas; producciones plásticas y literarias; utilización de recursos multimediales; trabajos corporales con música; ronda de presentaciones y discusiones verbales de problemáticas.

Los grupos son coordinados por dos profesionales de salud mental (psicología y psicopedagogía).

Metodología y evaluación

Se evaluó sistemáticamente la implementación de dicho dispositivo grupal mediante el análisis de los procesos grupales de ocho grupos terapéuticos

implementados entre marzo de 2023 y la actualidad, en el CeSAC N°8, el que atiende población de barrios de emergencia de la CABA. Dicho análisis se basó en las crónicas escritas de los encuentros grupales que el equipo de coordinación elabora sistemáticamente. Allí se analizan el tipo de problemáticas surgidas; el tratamiento grupal que se realiza de las mismas; y las “formaciones imaginarias grupales” (Fernández, 1989) que se producen a partir de la subjetividad y la intersubjetividad entre los integrantes de cada grupo específico.

Se analizan los procesos grupales como un espacio transicional entre lo intrapsíquico y lo social/cultural. Se trabaja en el grupo con las distintas producciones imaginarias a través de los cambios en la estructura identificatoria en lo grupal, considerando “factores regresivos y progresivos de la cura en situación de grupo” además de la “tolerancia a la frustración”, donde el grupo puede constituirse en un continente para esto (Sujoy, 1990 y 1991).

Las problemáticas surgidas y el trabajo con la grupalidad

Los procesos del trabajo grupal muestran, hasta aquí, cuatro grandes problemáticas.

Conflictos en los vínculos con los adultos de la familia

En el contexto de estos conflictos se trata de la posibilidad de inscripción psíquica de múltiples pérdidas ocurridas en el acontecer

biográfico, las que cobran relevancia en la transición de la niñez a la adolescencia. Se observa una acumulación de pérdidas en la trayectoria biográfica y la incidencia de lo traumático. También es necesario diferenciar el duelo por los adultos de la infancia, de la lucha por el reconocimiento mutuo entre adolescentes y adultos. En este último caso se trata de la tensión entre demandas adolescentes y ausencia de adultos, que no pueden responder a éstas. Allí, también se destacan relaciones de generación conflictivas y pérdida de lazos con los adultos. Los/as adolescentes a menudo sienten vergüenza por el adulto “caído” en su lugar de autoridad legitimada. Se produce la paradoja de sostener a un adulto caído (Insúa, 2022; Janin, 2024). Es necesario trabajar con una necesidad y demanda de los/as adolescentes de otros interlocutores intergeneracionales adultos, diferentes a los de la escuela y de la familia.

La relación con el propio cuerpo y con los pares

Es importante destacar aquí los vínculos violentos que se producen con los pares.

Asimismo, se destaca un proceso de melancolización: retraimiento de las relaciones del yo sobre sí mismo; con tres dimensiones de dicho proceso:

– Des-investimiento narcisista. No sentirse reconocido por nadie y no reconocerse a sí mismo/a. Búsqueda de “encajar” y no sentir pertenencia en los grupos de pares.

– Des-investimiento de los objetos. Pérdida de vínculos amorosos con otros. Los/as adolescentes necesitarían “restarse del otro”, en los vínculos con los adultos (Insúa, 2022).

– Vivencia del otro como amenaza o la culpa sobre sí mismo por la pérdida del amor del otro. Agresión y relación violenta hacia sí mismo (autoagresiones, ideaciones e intentos suicidas) o sobre el otro.

Relaciones de género y cuerpo en la adolescencia

Particularmente, en este contexto, se hacen prioritarios los abordajes de los problemas del desarrollo de las masculinidades en la adolescencia. Se observa que a menudo los adolescentes ponen énfasis en hacerse respetar mediante el ejercicio de la violencia y esto es muy naturalizado por todos los actores sociales. Se observa una necesidad del trabajo de articulación entre desarrollo de género y la relación con el propio cuerpo, que pareciera que la ESI no trabajaría en la escuela. Particularmente los varones tienen dificultades para desarrollarse y percibirse “genitalmente”. En lugar de ello, priorizan representarse con los caracteres sexuales secundarios. En esta misma dirección hemos discutido previamente un proceso más amplio de infantilización en la pandemia (Villa, 2023): los/as adolescentes se colocan y los colocan como niños y hay dificultades para la construcción de la autonomía en la adolescencia.

Tanto la segunda como la tercera problemática se encuentran vinculadas a una dificultad generalizada de simbolización de relaciones con el cuerpo y en los conflictos con otros/as. Allí se torna un trabajo dificultoso la reapropiación y construcción de un cuerpo nuevo en la adolescencia. Dichas dificultades de simbolización obturan esto. No puede construirse un cuerpo genitalizado y por ello, creemos que existe un aplazamiento del ejercicio de la sexualidad. Los/as adolescentes son colocados y se colocan en posiciones infantiles. Ello va acompañado de una virtualización de los vínculos. Se trataría de la superposición de dos dimensiones de las dificultades de inscripción psíquica de un cuerpo: los duelos del desarrollo del cuerpo del pasaje de la niñez a la adolescencia, y la inscripción del cuerpo en la postpandemia luego de la rotura de los lazos con pares y los problemas vinculares con la familia en el ASPO.

Las preocupaciones y el desempeño académico en torno a la escuela

Esto es objeto de debate recurrente en los procesos grupales y aparece vinculado, primero, a las exigencias de los adultos de la familia con respecto al desempeño académico. Los/as adolescentes a menudo se sienten en falta frente a esto y se someten a una autoexigencia bastante marcada y sufren. Por otro lado, los/as adolescentes pueden reconocer que no pueden responder a las demandas de desempeño

académico; sea por falta de motivación por el estudio, por problemas de aprendizaje o ambas cosas. En estas dificultades cobra relevancia el tiempo dedicado al uso del celular y la adherencia a las redes sociales, los que interfieren con la posibilidad de poner atención al estudio y de concurrir a la escuela (cuando no se duerme bien por estar con las redes sociales).

Referencias bibliográficas

– Aulagnier, P. (1991). Construir (se) un pasado. Psicoanálisis-APdeBA. Vol. XIII-Nº3

– Fernández, A. M. (1989). El campo grupal. Buenos Aires, Nueva Visión.

– Insúa, G. (2022) ¿Cómo pudo despertarse con esa herida?. Estados abatidos en la adolescencia. Buenos Aires: Letra viva. Introducción, Caps. I, IV y XI.

– Janin, B. (2024) “Adolescentes: entre el heroísmo, la violencia y las leyes. El narcisismo en jaque”. Diario página 12, 31 de octubre.

– Roberti, E. (2017). Perspectivas sociológicas en el abordaje de las trayectorias: un análisis sobre los usos, significados y potencialidades de una aproximación controversial. Sociologías, Porto Alegre, año 19, nº45, p.300-335. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1590/15174522-019004513>

– Sujoy, O. (1990) "Factores curativos en los grupos terapéuticos de niños y adolescentes" (mimeo). Trabajo

presentado en el Ciclo Anual de Actividades Científicas del AAPPG, abril 1990.

– (1991) "Amor y odio en las configuraciones vinculares. Grupos terapéuticos de niños y adolescentes". Actas de Séptimas Jornadas Anuales de AAPAG "Acerca del amor y el Odios en las configuraciones vinculares". Buenos Aires, 25 y 26 de octubre de 1991

– Villa, A. (2022) “Biografías, sociabilidades y trayectorias sociales juveniles: un marco teórico metodológico para abordar la relación entre socialización en la violencia y los procesos de vulnerabilidad”. En Actas XV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, IIGG/Facultad de Ciencias Sociales/UBA ([link](#))

– (2023) “Las violencias y suicidios en la adolescencia en la CABA: las problemáticas de salud mental, las necesidades de cuidados y la accesibilidad al sistema de salud del GCBA en la postpandemia del COVID-19”. En Actas de XV Jornadas de Sociología/Facultad de Ciencias Sociales/UBA, 6-10 de noviembre, <https://jornadasdesociologia.sociales.uba.ar/2023/05/12/mesa-35-salud-cuidados-y-derechos>

– (2024) “Las intervenciones de cuidados de adolescentes en relación a las violencias en el contexto de la postpandemia de COVID-19”. En Actas de XVI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en salud y Población, IIGG/FCS-UBA, 7-9 de agosto de 2024 ([link](#))

07

**DE MAMÁ Y PAPÁ AL...
¿CHAT GPT?**

07



Carolina Maccarone

c.maccarone@hotmail.com

Lic. en Psicología, UBA. Orientación psicoanalítica. Concurrente Hospital Dr. E. Tornú. Especialista en TCA.



Camila Yegros

lic.camila.yegros@gmail.com

Lic. en Psicología, UBA. Orientación psicoanalítica. Concurrente Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Vicedirectora de la Fundación Psico_LSA.

Introducción

El presente análisis surge del trabajo realizado en la escuela técnica N°2 con la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud Mental (RIEPS) del Hospital Dr. Enrique Tornú.

Dicho espacio reúne la escucha de distintas voces, a partir de las diferentes profesiones que participan allí, como así también desde el recorrido vital de cada quien y su perspectiva.

Las propuestas e intervenciones que se realizan en la escuela apuntan no solo a dirigir la escucha hacia el adulto, sino convocar a los alumnos/as a participar de las actividades que se proponen brindando un lugar de escucha y reflexión, distinto al formato clásico ofrece la relación maestro-alumno.

Caída de ma-padres

Freud (1905) afirma que en la época de la adolescencia “se consuma uno de los logros psíquicos más importantes (...): el desasimiento respecto de la autoridad de los progenitores” (p.207).

Desde la teoría psicoanalítica, autores como Doltó resaltan que la adolescencia implica un “nuevo nacimiento”: el cuerpo cambia y, con él, la imagen inconsciente del cuerpo, lo que reestructura el modo en que el adolescente se percibe y se vincula. El adolescente se distancia de las figuras parentales para constituirse como sujeto autónomo, proceso que conlleva cuestionamientos, rebeldías y la búsqueda de pares e ídolos externos.

En relación a esta temática, desde las distintas propuestas que se han llevado desde la RIEPS, observamos que los jóvenes sostienen una comunicación más fluida con sus amistades, exponiendo que pueden hablar de determinados temas con ellos y no con sus familiares u otros adultos. Esto se debe a que se piensa al adolescente como quien “pasa por una muda respecto de la cual nada puede decir, y es, para los adultos, objeto de un cuestionamiento” (Dolto, 2004; p.17). Durante las intervenciones realizadas con el alumnado en la escuela, se han constatado pensamientos similares en función del relato que hacen de sus familias o profesores que se encuentran en el colegio.

Se observa como las figuras de autoridad — padres, docentes, instituciones — que antes ocupaban un lugar central en la transmisión de valores, normas y modelos de identificación, pasan a ser desplazadas por personas fuera del entorno familiar quienes ofrecen otros ideales de identidad y referencia.

En las últimas décadas, la aparición de entornos digitales y, más recientemente, la irrupción de la inteligencia artificial (IA) han modificado drásticamente la forma en que los adolescentes acceden a la información, como construyen su identidad y eligen referentes.

Si bien la tecnología tiene un espacio preponderante en la vida de las personas, resulta interesante analizar los modos de vincularse con el mundo

virtual en la adolescencia, el cual muchas veces, genera un estado de abstracción total y desinterés por la construcción creativa de lo singular.

Se ha registrado dentro de una actividad, opiniones de alumnos quienes ubicaban al “Chat GPT” como un vínculo cercano y esencial en su día a día. Asimismo, muchos mencionaron conversar sobre temáticas profundas, lo que evidencia que los/as jóvenes sienten que pueden generar un vínculo emocional y de confianza con la IA.

Esto último abre debate a la pregunta: ¿Qué tipo de lazo se puede desarrollar cuando el Chat GPT es el intermediario?

Reposicionamiento de la autoridad en tiempos de IA

En el último tiempo, la facilidad al acceso a la información con la que cuentan los adolescentes, generó que los dispositivos electrónicos, entornos digitales, e inteligencia artificial, entre otros, constituyan y construyan la identidad de los jóvenes como así también los ideales y referentes en quienes se ven reflejados.

Es por ello que surgen interrogantes en torno a cómo ello interviene en la relación con la autoridad y qué desafíos clínicos y sociales emergen, ya que el impacto de este tipo de tecnologías re-configuran los valores compartidos, como así también los marcos de referencia colectivos. (Fiotti et al., 2025).

En este proceso, la autoridad adulta pasa a re-evaluarse. Se ponen en juego tensiones entre

dependencia y autonomía, protección y libertad, obediencia y aprendizaje. En esta etapa, los/as adolescentes exploran nuevas identificaciones y ponen en cuestión la palabra adulta, lo cual es esperable y estructurante. Sin embargo, el saber que antes era ocupado por figuras como padres, docentes y maestros ahora lo ocupa la Inteligencia Artificial o el Chat-GPT. En otras palabras, el uso de la IA empleada para recibir recomendaciones, consejos, información académica entre otras, introduce una figura sin precedentes: un “otro” que responde siempre, no juzga, ofrece información específica, simple e inmediata, y se adapta al usuario.

Cuando “la tecnología parece saber más”, la autoridad adulta puede verse debilitada. La función del adulto se redefine: ya no es quien “posee el saber”, sino quien acompaña, regula y ayuda a interpretar críticamente la información.

La tarea del adulto pasa entonces a necesitar más trabajo de vínculo, diálogo y presencia emocional, desde una posición menos asimétrica, sin perder de vista la fragilidad del adolescente en dicha etapa evolutiva, entendiendo la importancia de ofrecer un horizonte, un proyecto de vida que oriente en la toma de decisiones, siendo sostén y guía.

El adulto actual debe sostener la autoridad desde la función, y no desde la información. La autoridad se vuelve más horizontal, basada en el vínculo, la coherencia y la disponibilidad afectiva. Esto implica ofrecer

criterios, acompañar procesos y fomentar el juicio, no desde respuestas cerradas, sino dando lugar a la propia subjetividad del adolescente.

Esta situación, nos invita a repensar nuestras intervenciones y cómo orientar el trabajo con el adolescente. Abre la puerta a una lectura crítica de estos fenómenos que apunte a acompañar a los/as adolescentes a integrar la tecnología sin perder su capacidad reflexiva, su autonomía y su lazo con las figuras humanas significativas.

Conclusión

En un escenario donde las tecnologías digitales y la IA ocupan un lugar cada vez más central en la vida de las adolescencias, el desafío para los adultos no pasa por recuperar un control perdido, sino por reconstruir el vínculo desde otro lugar. Frente a herramientas que ofrecen respuestas inmediatas, disponibilidad constante y disminución de las capacidades creativas, es fundamental que adultos y docentes puedan generar espacios de escucha genuina, donde las y los adolescentes se sientan habilitados a expresar lo que les sucede sin temor al castigo o la descalificación.

Acompañar implica estar presentes, no para vigilar, sino para ofrecer marcos de sentido, sostén y criterios que ayuden a leer el mundo (digital) y sus efectos. La autoridad, entonces, se resignifica: deja de sostenerse en la vigilancia y se vuelve una autoridad basada

en la cercanía, la disponibilidad y la capacidad de diálogo. En este contexto, este nuevo concepto de autoridad nos invita a repensar su lugar: no como figura que controla, sino como alguien que acompaña, orienta y habilita la palabra.

Retomando las preguntas que fueron guiando este trabajo, puede pensarse que se habilita un modo diferente de encuentro entre adolescentes y adultos, en tanto ofrece un ámbito de seguridad y confianza donde es posible expresarse y compartir aquello que acontece, fortaleciendo el lazo con el otro sin que este quede mediado exclusivamente por redes sociales o dispositivos digitales.

Sin embargo, es interesante pensar que la tecnología (nos) atraviesa tanto a adolescentes y adultos por igual, su prohibición absoluta podría profundizar la distancia generacional. Por lo tanto, se considera importante el poder trabajar haciendo un uso responsable de la tecnología dentro de las instituciones educativas sin perder de vista la importancia de seguir fomentando el lazo con los otros y poder desarrollar y potenciar la subjetividad de cada adolescente.

Poder brindar herramientas desde nuestro conocimiento, permite que los/as jóvenes expresen sus aportes desde su saber, generando un espacio rico en intercambio y fomentando el lazo social, el cual no es ajeno a los espacios digitales de los que los/as adolescentes también forman parte.

08

**ENTRE LA LEY Y LA PALABRA:
RESTITUIR EL LAZO EN LA CLÍNICA
PSICOANALÍTICA CON
ADOLESCENTES EN CONFLICTO
CON LA LEY PENAL**

08



Solana Sotomayor

solanasotomayor.ss@gmail.com

Psicóloga Clínica egresada de la Facultad de Psicología (UNT). Especialista en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes. Psicóloga de internación e interconsulta del Hospital Militar Central – CABA.

En el contexto actual argentino, atravesado por el resurgimiento del debate en torno a la baja de la edad de imputabilidad, asistimos a un fortalecimiento del discurso punitivo como respuesta privilegiada frente a la conflictividad juvenil. La apelación a la sanción penal temprana suele presentarse como solución a problemáticas complejas, invisibilizando tanto las condiciones sociales de producción de subjetividad como las fallas del lazo social que preceden a muchos de estos actos.

Desde una práctica clínica sostenida en instituciones públicas, y atravesada por una lectura crítica de las desigualdades estructurales que organizan nuestra sociedad, resulta imprescindible interrogar qué lugar se le ofrece al adolescente más allá de su acto. ¿Qué operaciones subjetivas son posibles cuando la respuesta social se organiza

en torno al castigo? ¿Qué sucede cuando la ley se reduce a su faz punitiva, debilitando su dimensión simbólica?

El presente escrito intenta transmitir una experiencia clínica en el Programa de Libertad Asistida Tutelar (PLAT), este programa pertenece a la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAYF) y forma parte del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Tucumán. Se trata de una medida destinada a adolescentes de 16 a 18 años en conflicto con la ley penal, donde el juez no determina la privación de libertad sino su incorporación a un programa de seguimiento. Tal como señala Medina (2007), la libertad asistida se propone como una estrategia que sitúa al joven como sujeto de derecho y apunta a la restitución del lazo social (p.138).

Ahora bien, ¿Cómo orientarse clínicamente cuando la

demanda no proviene del sujeto sino del oficio judicial? ¿Qué trabajo es posible con jóvenes que no consultan, sino que son enviados?

CASO CLÍNICO

Primer momento: “No sé cómo explicarle”

Darío, de 17 años, ingresa al programa a partir de una causa por “robo agravado con arma de fuego, intento de homicidio múltiple y fuga riesgosa”. Había permanecido dos meses en un dispositivo cerrado y, al momento de iniciar mis entrevistas, pesaba sobre él una segunda causa por “atentado y resistencia a la autoridad”.

En el primer encuentro, ante la pregunta por el motivo de su asistencia, responde: “Me mandé unas cagadas por ahí” (sic). Al solicitarle que amplíe, nombra la carátula judicial casi textualmente. Su relato aparece fragmentado: escenas



inconexas, frases sueltas, y ante cada intento de precisar, la respuesta insistente: “No sé cómo explicarle” (sic).

No se trata aún de una demanda de análisis; su presencia responde a una obligación judicial. Sin embargo, aceptar alojar ese espacio implica ya una posición ética. Como plantea Miller (2015), la decisión de responder o no a una demanda constituye en sí misma un acto analítico (p. 47). En este caso, se trató de no confundir la demanda del juez con la del sujeto, ni reducir la entrevista a un control de cumplimiento.

En su decir comienza a perfilarse una posición donde el Otro es quien hace, quien empuja, quien decide. Los amigos que lo invitan a drogarse, las chicas que lo dejan plantado, el abogado que le indica callar, el juez que lo envía

a la escuela y al psicólogo. La frase “no sé cómo explicar” adquiere valor significativo: no sólo señala una dificultad narrativa, sino una modalidad de posicionamiento frente al acto.

Tal como advierte Greiser (2012), frente a la demanda judicial “se le debe aplicar la misma política que a cualquier otra demanda: no satisfacerla” (p. 13). Esto implica no responder desde el lugar del discurso amo jurídico, sino sostener un espacio donde pueda emerger algo del orden de la enunciación.

La pregunta clínica comienza a orientarse entonces hacia cómo propiciar un desplazamiento desde la lógica del “el Otro me hace” hacia algún punto de implicación subjetiva.

Segundo momento: “Esta vez casi no la cuento”

Tiempo después, Darío queda

en medio de una balacera barrial y debe refugiarse por amenazas. Durante su ausencia, se sostienen entrevistas con sus padres. La madre se presenta como poseedora de un saber absoluto sobre su hijo; el padre queda en una posición desdibujada, apenas pudiendo decir que no logró poner límites.

En el discurso parental predomina la pregunta por el “por qué hace esto”, pero sin interrogar qué le sucede a Darío ni qué lugar ocupa en la dinámica familiar. El joven aparece como quien trae problemas, el que desordena.

Desde una posible lectura, las actuaciones delictivas pueden pensarse en la lógica del acting-out. Lacan (1962/1967) sostiene que el acting-out se caracteriza por su orientación demostrativa hacia el Otro, como algo que se muestra

(p. 17). No se trataría entonces de mero desafío, sino de una apelación a una legalidad que no opera. “Mis papás nunca me dicen nada, hago lo que quiero” (sic), dirá en una entrevista.

En determinado momento, frente a la reiteración de situaciones de riesgo y a la sensación de estancamiento del equipo, se le propone considerar una pausa en el dispositivo. La respuesta de Darío resulta significativa: “Necesito venir para hablar. Ustedes me ayudan a pensar lo que me pasa” (sic).

Podemos ubicar allí un punto de inversión en la demanda. A partir de un mandato judicial, se inaugura un pedido propio. La transferencia comienza a instalarse como lazo social, condición misma de la práctica analítica.

Semanas después afirma: “Siempre pensé que iba a zafar, pero esta vez casi no la cuento aquí y en ningún lado” (sic). La emergencia de la angustia introduce una fisura en la lógica omnipotente del “zafar”. Comienza a hablar también de otros intereses: una relación amorosa, el deseo de ser futbolista, terminar la escuela. Algo del orden del deseo se insinúa más allá de la causa penal.

Tal como señala Heinrich (1993), muchos de estos jóvenes no llegan al análisis representados por un síntoma ni articulando una pregunta sobre él (p. 10). El desafío consiste entonces en propiciar un espacio donde pueda

construirse algún borde al exceso y donde el acto pueda ser leído, no sólo sancionado.

Reflexiones finales

Las formas contemporáneas de padecimiento adolescente no pueden desligarse de las condiciones sociales en las que se producen. La exclusión, la precarización y el debilitamiento de referencias simbólicas inciden en los modos de inscripción subjetiva. En este contexto, el avance de propuestas como la baja de la edad de imputabilidad corre el riesgo de reforzar la dimensión punitiva de la ley en detrimento de su función estructurante.

El trabajo clínico en dispositivos penales juveniles nos confronta con sujetos que no demandan tratamiento, que muchas veces se presentan bajo la modalidad del acto antes que de la palabra. Sin embargo, la experiencia muestra que, bajo ciertas condiciones transferenciales, puede inaugurarse un espacio donde algo del orden de la responsabilidad subjetiva se ponga en juego.

No se trata de medir la intervención en términos de reincidencia cero, ni de adaptarlos a la norma. Se trata, ante todo, de apostar a la palabra y a la posibilidad de que el sujeto se implique de otro modo en sus actos. Como plantea Dobón (2010), este campo pone en cuestión no sólo la función del analista sino la posibilidad misma de su eficacia (p.16).

En tiempos donde la respuesta social tiende a endurecerse, sostener esta apuesta clínica no es ingenuidad: es una posición ética y política. Apostar al sujeto del inconsciente, incluso allí donde el discurso dominante sólo ve imputabilidad, es también una forma de intervenir en el lazo social.

Bibliografía

- Greiser, Irene, (2012): “Psicoanálisis sin diván. Los fundamentos de la práctica analítica en los dispositivos jurídico-asistenciales”. Bs As, Argentina. Editorial Paidós.
- Gerez Ambertin Marta. (s.f.) “Devastación del lazo social y subjetividad”. Universidad Católica de Santiago del Estero. Santiago del Estero.
- Heinrich, Haydee. (1993) “Bordes de la Neurosis”
- Lacan, J. (1962) “Seminario 10: La angustia”. Versión crítica de Rodríguez Ponte.
- Medina, Mirta (2007): “Adolescente y lazo social, libertad asistida”. Jornadas de investigación y tercer encuentro de jóvenes investigadores del Mercosur.
- Miller Jacques, (2015): “Introducción al método psicoanalítico”. Bs As, Editorial Paidós.
- Rosig, E. I: Fernández de Galindo, L, (compiladoras, 2010): “Clínica con adolescentes transgresores Artificios posibles”. Tucumán, Argentina. Editorial Edunt.

**LA FIGURA DE LA AMIGA:
DE LOS CUIDADOS Y
EL ACOMPAÑAMIENTO
A LA ACCESIBILIDAD
AL SISTEMA DE SALUD**

**Oriana Tosoni Cappas**

orianatosonicappas@gmail.com

Lic. en Psicología (UBA). Cursante de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica (UBA). Residente de Psicología Clínica (Adultxs) en el Hospital General de Agudos “J.M.Penna”.

**Gisela Campilongo**

giselacampilongo@gmail.com

Lic. en Psicología. Residente de Psicología Clínica Infanto Juvenil en el Hospital de Agudos “J. M. Penna”.

**Mercedes Soraires**

mercedessoraires98@gmail.com

Lic. en Psicología (UBA). Cursante de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica (UBA). Residente de Psicología Clínica (Adultxs) en el Hospital General de Agudos “J.M.Penna”.

“Sé pasar tiempo sola en mi casa, puedo estar días y días leyendo, trabajando, cuidando mis plantas. Sin embargo, para cruzar el umbral, necesito compañía. Entonces decido pedir ayuda. Les ruego a mis amigas que caminen conmigo.”

— Joana D'Alessio, “Pequeño tratado sobre la amistad”

Introducción

En esta experiencia, nos encontramos trayendo un saber que no inventamos, sino que nos fue mostrado y brindado desde la propia comunidad adolescente. No se trata de capturarlo ni de convertirlo en una gran elaboración teórica; más bien, nos interesa reconocerlo, tenerlo en cuenta en los tiempos que corren, valorarlo como potencia y usarlo en favor de la comunidad misma.

Esto surge a partir de nuestra experiencia rotando como residentes en dos dispositivos ubicados en un barrio popular al sur de CABA: la escuela secundaria y el Centro de salud y Acción Comunitaria (CeSAC). Como objetivos del presente trabajo, intentaremos plasmar una de las principales enseñanzas que nos dejó la aproximación al campo de la Atención Primaria de la Salud (APS): la figura de la amiga aparece como una potencia a poner en valor en el trabajo con adolescentes y jóvenes en la comunidad. No es una figura menor ni accidental: sostiene lazos, genera acompañamiento y habilita prácticas que exceden lo individual.

¿Por qué esta potencialidad podría ubicarse principalmente del lado de las feminidades y disidencias? ¿Cómo podemos, desde nuestro lugar de agentes de salud, reflexionar sobre este saber hacer propio de la comunidad? ¿Es posible tenerlo en cuenta para pensar en torno a intervenciones que

favorezcan la accesibilidad al sistema de salud?

Desarrollo

Como mencionamos anteriormente, el territorio de la experiencia involucra dos dispositivos de un barrio popular al sur de CABA (la escuela secundaria y el centro de salud). Aquí tiene lugar la consejería de salud sexual y salud reproductiva. La población objetivo que consideramos son adolescentes y jóvenes mujeres, ya sea estudiantes de la escuela o consultantes del CeSAC. Como equipo ejecutor es importante mencionar a lxs trabajadorxs del CeSAC que participan del espacio de salud sexual, algunxs de lxs cuales asisten a la escuela. Está conformado por médicas generalistas, trabajadoras sociales, enfermeras, ginecólogas, sociólogas y promotoras de salud. Nosotras nos sumamos como rotantes de Salud Mental (psicología), siendo posible aprender y sorprendernos, dado que nuestro recorrido previo en la residencia se correspondía mayormente al ámbito clínico asistencial.

A partir de tres viñetas cortas, nos proponemos reflexionar sobre la figura de la amiga desde lecturas propias así como con algunas apoyaturas teóricas, realizando una articulación.

Desde el dispositivo de la consejería asistimos de forma quincenal a una escuela secundaria en el momento

del recreo, con materiales de promoción de la salud sexual integral (folletería, preservativos, AHE, test de embarazo, etc.). En varias oportunidades hemos observado el modo en que las adolescentes se encuentran, se ponen de acuerdo y van juntas a preguntar por una amiga. Es habitual que quienes se acercan a la mesa sean grupos de amigas, que al menos vienen de a dos. También suele pasar que, una de las amigas pide un test de embarazo o una pastilla de emergencia, y desde nuestro lugar es notorio como, entre risas y preguntas o afirmaciones elocuentes acerca de la importancia de utilizar preservativo, en realidad lo solicitado no es para ella, sino para su amiga. Podemos suponer que la que realmente necesita el recurso sienta vergüenza o hasta miedo de solicitarlo por ella misma, por lo que la presencia de una amiga y su puesta en acto del pedido de ayuda, en palabras de la otra, resulta sumamente potenciador del cuidado y de la atención de la salud sexual integral, aunque en un primer momento no pueda darse en nombre propio.

Una mañana que atendíamos en dos consultorios en simultáneo en la consejería de salud sexual, llegan dos amigas "de gira". Al parecer luego de salir a bailar juntas, surgió la inquietud de acercarse a realizar consultas, también juntas. Las atendimos en simultáneo. Lara quería realizarse una interrupción

del embarazo, pero estaba preocupada por la posible reacción de su pareja: tenía miedo de que se enojara por no contarle lo que estaba haciendo, al mismo tiempo que expresaba que se quería separar (“no siento que sea al amor de mi vida, no quiero que sea el padre de mis hijos”). Por su parte, Sofía presentó una consulta más ambigua: quería pedir ayuda, aunque no tenía claro cómo formularla. No se trataba de un motivo puntual, sino de múltiples situaciones que atravesaba en su vida. En un primer momento vino acompañando a una amiga, expresando “sola no me hubiera animado a acercarme”, así que acompañando finalmente decidió consultar ella también. Con cierta cautela, compartió que se encontraba en dos relaciones muy complicadas y que no sabía cómo manejarlas, tampoco lo había conversado con alguien; expresó además que sentía estar atravesando un proceso de crecimiento, con cambios en su cuerpo, que no lograba transmitir en palabras. Conversamos en esa ocasión distintos temas y la invitamos a volver, lo que dio lugar a algunos encuentros más, en los que pudo hablar sobre su consumo de drogas, tema que comenta que le ha sido difícil abrir en espacios de salud, tema que le preocupaba además, y pone en relieve una necesidad de contar con un espacio de sostén para sus proyectos de vida. Tras algunas entrevistas, dejó de asistir, aunque consideramos que puede regresar o que al menos el dispositivo es un lugar

de referencia. Esto resulta especialmente importante al observar en su historia situaciones muy difíciles, internaciones por salud mental, consultas en guardia, lo que nos llevó a pensar en la pertinencia de alojarla en el espacio para acompañar algún proceso, y sepa que puede volver.

Una tarde, a la consejería de salud sexual y salud reproductiva del centro de salud accede Ema, una adolescente de 18 años, acompañada de su amiga Kiara, para solicitar una IVE. A la consulta solicita ingresar junto con ella, ya que comenta que es la única que sabía acerca de su embarazo. Ema procura que su madre no se entere de la consulta, ya que sería ella quien pudiera informarle de su decisión en el momento adecuado y se toman todos los recaudos al respecto (cambiar el número de teléfono en la notificación del turno para que no se le informará por medio del BOTI a su madre, entre otras). De esta forma, se le asigna un turno para realizar la ecografía transvaginal correspondiente antes de la IVE y el turno posterior para darle la información del procedimiento. En ese encuentro, Ema también asiste junto a su amiga y solicita que Kiara se quede junto a ella incluso en el momento de realizarse la ecografía, sobre la cual no quería tener información. Sin embargo, Kiara comienza a sacar fotografías de la ecografía, en donde se podía

observar que el embarazo era de mellizos. Como profesionales, respetamos la decisión de Ema sobre no querer saber acerca de su embarazo, pero nos interrogamos acerca de las fotografías de su amiga las cuales serían contraproducentes a su decisión. ¿Estas fotos en aquel momento podrían pensarse como una forma de Kiara de poder soportar algo de lo insoportable de la situación, de ser su sostén desde la primera consulta?

Conclusiones

A partir de las viñetas presentadas, es posible esbozar algunas líneas de pensamiento.

La amiga aparece en los gestos cotidianos: en la presencia silenciosa, en la compañía que sostiene y en el saber compartido que circula entre pares. Su fuerza no reside en estatutos ni reglas, sino en la red de afectos y cuidados que se teje en lo habitual, mostrando que la salud se construye también en la cercanía y en la práctica de la comunidad.

Ahora bien, ¿por qué esta figura cobra tanta relevancia? ¿Tendrá que ver con que, históricamente, las mujeres hemos sido quienes acompañamos y cuidamos? ¿Qué sucede cuando no hay otra persona que ocupe ese lugar? ¿Nos quedamos solas?

En la división sexual del trabajo, históricamente a las identidades feminizadas se les



ha asignado el rol de brindar cuidados, algo que prevalece hasta la época actual y que ha sido foco de crítica por parte de los feminismos. ¿No hay nadie para nosotras? ¿Quién nos cuida? ¿Cuál es el lugar del Estado en esta función? ¿Quién pide por nosotras? Entre otras figuras (madres, hermanas, compañeras), quien puede encarnar estos roles es una amiga.

Entendemos que la amiga como figura comunitaria no es sólo acompañante, es productora de saber y de lazo. De alguna manera, pone su saber, al servicio de la comunidad. También consideramos que a este saber adolescente no se trata de capturarlo ni traducir a categorías académicas, sino de reconocerlo como saber de experiencia.

A su vez, es posible pensar al acompañamiento como práctica política: cuando van “juntas a preguntar por la amiga”, las adolescentes están generando un dispositivo de cuidado comunitario. Tal como señala Stolkiner (2012), los modos de gestión en salud no son definidos de manera exclusivamente técnica. De hecho deben ser analizados en su dimensión política, político - técnica y técnica. Esta perspectiva nos permite pensar que lo aprendido junto a la comunidad adolescente (la potencia de la figura de la amiga) no es un agregado secundario, sino un saber que participa activamente en la producción de salud. El

cuidado en salud no puede pensarse como un acto técnico solamente, sino como una trama de lazos que sostienen la vida y que muchas veces se producen fuera de lo institucional.

Del mismo modo, la autora advierte que en el campo de la salud mental emergen actores nuevos, no corporativos, como los usuarios y familiares, que desestabilizan la escena tradicional de atención (Stolkiner, 2012). En nuestra experiencia, la amiga aparece en un lugar semejante: sin estatuto formal, pero sosteniendo lazo, acompañamiento y accesibilidad. Reconocer esa presencia es también reconocer que la salud se trama en lo comunitario.

Por otro lado, para realizar una conexión con la dimensión macrosocial, Julia Mengolini (2024) reflexiona sobre las modalidades vinculares de las mujeres y la reivindicación por sus derechos, en relación con el análisis de la realidad sociopolítica actual. Esto es, la inmunidad que pudo haber generado la emergencia del movimiento popular feminista en Argentina a partir del año 2015, para pronunciar un rechazo a la propuesta libertaria del 2023 por parte de amplios sectores de la sociedad conformados por mujeres (considerando que fueron principalmente varones jóvenes quienes apoyaron la candidatura de la extrema derecha). En palabras de la autora:

“Algunas feministas históricas sostienen que las mujeres y las identidades diversas tenemos una forma de vincularnos contradictoria con la propuesta neoliberal, que parte de esa vieja costumbre de cuidar y cuidarnos: una concepción del mundo mucho más amable y solidaria que nos salva del individualismo recargado que propone la era libertaria. La caracterización no es esencialista, refiere a una forma histórica y cultural de vincularnos sobre la cual el feminismo se sube — y bien que lo hace — para moldear un proyecto de mundo y darle un horizonte” (p.49).

La prevalencia del cuidado, la solidaridad/ sororidad y el acompañamiento que se da entre las identidades feminizadas (en especial en sectores populares de la población), por sobre la concepción individualista de competencia que impulsa el modelo patriarcal y neoliberal, puede ser una clave para pensar y poner en práctica modalidades de trabajo desde el enfoque de la ternura, con un horizonte de justicia social, en la construcción de redes comunitarias.

Bibliografía

- Mengolini, J. (2024). Las caras del monstruo. Editorial Futurock.
- Stolkiner, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. Revista Intersecciones Psi. Revista virtual de la Facultad de Psicología de la UBA. Año 2, nro.4.

ENTREVISTAS: LOS Y LAS JÓVENES TOMAN LA PALABRA

POR IRENE SCHERZ Y OSCAR COTT

En el marco de la temática de esta 13ª edición acerca de *Psicología Clínica y Adolescencias* reflexionamos sobre las Adolescencias escuchando a los jóvenes.

Las preguntas realizadas intentan reflejar algunos de los temas que nos preguntamos a la hora de escuchar la clínica con adolescentes. Estas fueron realizadas en esta ocasión a tres jóvenes que asisten a una secundaria pública de nivel académico muy valorado.



> Joven de 15 años <

¿Qué cosas te divierten? Me divierte estar con amigxs, ver pelis y series, y cocinar.

¿Qué te imaginas para cuando seas grande? Me imagino que voy a trabajar mucho y espero lograr mis metas.

¿Qué te ilusiona? Me ilusiona viajar y conocer el mundo.

¿A qué le tenés miedo? Me da miedo perder a la gente que quiero y el futuro.

¿En qué usas la IA? La uso para despejar dudas principalmente.

¿Te interesa la historia argentina? Sí, mucho, aunque a veces siento que no está bien explicada en la escuela.

¿Cuales son tus vínculos (relaciones, personas) más importantes? Mis amigxs y mi familia.



> Joven de 16 años <

¿Qué cosas te divierten? Me divierte tocar la guitarra, jugar a la play, ir a recitales y estar con gente que quiero.

¿Qué te imaginas para cuando seas grande? Cuando sea grande me imagino tocando un una banda y girando por el mundo.

¿Qué te ilusiona? Me ilusiona entrar a trabajar este año.

¿A qué le tenés miedo? Le tengo miedo al futuro y a perder a mis seres queridos.

¿En qué usas la IA? Uso la IA en el colegio y dudas muy puntuales.

¿Te interesa la historia argentina? Sí, me interesa pero lo básico, no me interesa mucho profundizar mucho.

¿Cuales son tus vínculos (relaciones, personas) más importantes? Mis vínculos mas importantes son mis papás, mis abuelos, mis dos mejores amigos y mi novia.



> Joven de 16 años <

¿Qué cosas te divierten? Me divierte mucho escribir poemas, bailar y cocinar cosas dulces.

¿Qué te imaginas para cuando seas grande? Me imagino estudiando algo relacionado con el arte, vivir en un departamento y tener muchos perros.

¿Qué te ilusiona? Me ilusiona actuar y seguir haciendo lo que me gusta.

¿A qué le tenés miedo? Le tengo miedo al vómito, cuando yo me siento mal es lo peor del mundo.

¿En qué usas la IA? La IA la uso sobre todo para cosas del colegio, pero a veces lo uso como un google, le pregunto cosas de medicina, famosos, películas.

¿Te interesa la historia argentina? Me interesa la historia Argentina si, pero no entro muy en profundidad.

¿Cuales son tus vínculos (relaciones, personas) más importantes? Mis vínculos mas importantes son mi familia: mamá, papá y hermana y además mis amigos.

CURSOS 2026

¡INSCRIPCIONES ABIERTAS!

CAPACITACIONES 2026

Posgrado de Actualización Profesional Psicología Clínica

Dirección:

Andrés Añón - Andrea Berra - Roxana Mascali - Silvia Czerniecki

- ✓ Acredita horas y créditos para certificación y recertificación de la Especialización en Psicología Clínica
- ✓ Otorga puntaje para ingreso a carrera y concursos del GCBA

Beneficio Exclusivo Afiliados/as: 100% Bonificado

Inicio: Martes 30 de Marzo | **Cursada:** Lunes o Martes (Según módulo)
Horario: 19.30hs | **Carga Horaria Total:** 600hs

Inscripciones abiertas:

> Correo:

◦ info@psicologosgca.org.ar

> Link:

◦ www.psicologosgca.org.ar/formulario-de-inscripcion-de-actividades-cientificas/



**ASOCIACIÓN DE
PSICÓLOGOS**
DEL GOBIERNO DE LA CABA

ORGANIZA:
SECRETARÍA
CIENTÍFICA Y
DE CULTURA