

UN PSICOANÁLISIS EXTRAMUROS. UNA INTERVENCIÓN CON UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

*A PSYCHOANALYSIS BEYOND THE WALLS:
AN INTERVENTION WITH AN INTERDISCIPLINARY TEAM*

*UMA PSICANÁLISE PARA ALÉM DOS MUROS.
UMA INTERVENÇÃO COM UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR*

Rensso Moreira Cesar

Facultad de Psicología, Universidad de la República
Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: renso22@gmail.com

ORCID: 0009-0007-9960-1023

Recibido: 15/3/2025

Aceptado: 2/9/2025

Submitted: 3/15/2025

Accepted: 9/2/2025

Recebido: 15/3/2025

Aceite: 2/9/2025

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

MOREIRA CESAR, R. (2025). Un psicoanálisis extramuros. Una intervención con un equipo interdisciplinario. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 6(2), 65-82. DOI: 10.53693/ERPPA/6.2.4
Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Resumen

En la actualidad, se observan formas emergentes de malestar distintas a las descritas en los comienzos del psicoanálisis, que desafían a la clínica e invitan a revisar su encuadre tradicional. El presente artículo comparte una experiencia del quehacer psicoanalítico más allá de los límites del consultorio y describe un dispositivo de intervención dirigido a los adolescentes con manifestaciones de la conducta suicida, desarrollado en un centro de primer nivel de atención público durante el año 2023 en Uruguay. Los aportes del psicoanálisis contribuyeron al pensamiento interdisciplinario del equipo técnico, lo que permitió dar respuestas a las complejidades de esta población y mostró la relevancia de desarrollar intervenciones por fuera del espacio tradicional del consultorio, en contacto directo con la comunidad.

Palabras clave: adolescencia, intervención, interdisciplina, escucha.

Abstract

Today, new forms of distress can be observed—different from those described at the beginnings of psychoanalysis—that challenge clinical practice and call for a reexamination of its traditional framework.

This article presents an experience of psychoanalytic practice beyond the limits of the consulting room, describing an intervention program aimed at adolescents exhibiting suicidal behavior, developed at a public primary care center in Uruguay during 2023. The contributions of psychoanalysis enriched the team's interdisciplinary approach, enabling more comprehensive responses to the complexities of this population and highlighting the importance of developing interventions outside the traditional consulting space, in direct contact with the community.

Keywords: adolescence, intervention, interdisciplinarity, listening.

Resumo

Atualmente, observam-se formas emergentes de mal-estar diferentes das descritas no início da psicanálise, que desafiam a clínica e convidam a revisar sua abordagem tradicional. O presente artigo compartilha uma experiência do trabalho psicanalítico além dos limites do consultório e descreve um dispositivo de intervenção dirigido a adolescentes com manifestações de comportamento suicida, desenvolvido em um centro de atendimento público de primeiro nível durante o ano de 2023 no Uruguai. As contribuições da psicanálise aportaram para o pensamento interdisciplinar da equipe técnica, o que permitiu dar respostas às complexidades dessa população e mostrou a relevância de desenvolver intervenções fora do espaço tradicional do consultório, em contato direto com a comunidade.

Palavras-chave: adolescência, intervenção, interdisciplinaridade, escuta.

INTRODUCCIÓN*

En la actualidad, se observan formas emergentes de malestar subjetivo distintas a las descritas por Freud en los inicios del psicoanálisis. Estas manifestaciones tienden a desplazarse al cuerpo y a la acción, como se evidencia en ataques de pánico, consumos problemáticos e intentos de autoeliminación (Le Breton, 2007). Paralelamente, la lógica de la instantaneidad, propia de la cotidianidad actual, limita el pensarse, lo que favorece discursos cerrados con muy pocas preguntas, donde se vuelve notoria la urgencia por la rapidez y por recibir respuestas sin mediar tiempos de espera. En este escenario, la subjetividad se transforma y desafía a la clínica a revisar su encuadre tradicional, al requerir de dispositivos más flexibles, capaces de alojar los efectos de un lazo social atravesado por la aceleración, la fragmentación y la inmediatez.

El psicoanálisis se transforma, se expande en respuesta a las nuevas formas de malestar que plantea la sociedad contemporánea y se extiende más allá de las paredes del consultorio a diversas instituciones. Esta apertura da cuenta de la potencia de la práctica psicoanalítica en contextos donde los lazos sociales se encuentran deteriorados y los modos de subjetivación se ven profundamente afectados por las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

El presente artículo tiene como objetivo compartir una experiencia que invita a reflexionar sobre las modalidades del quehacer psicoanalítico más allá de los límites del consultorio, acorde con las demandas actuales. Estas exigencias implican, en muchas ocasiones, abandonar la comodidad del encuadre tradicional y reconocer que el psicoanálisis es aquello que un psicoanalista construye en el marco de

* El editor Mariano Revello aprobó este artículo.

un vínculo analítico, el cual puede generarse y sostenerse tanto dentro como fuera del consultorio (Velarde, 2020).

ESPACIO ADOLESCENTE: APORTES DEL PSICOANÁLISIS AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

El tránsito por la experiencia del Espacio de Salud Adolescente (ESA) se llevó a cabo durante el año 2023 en el barrio Marconi de Montevideo, en el marco del rol de residente de psicología, a través del convenio entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Se desarrolló en una policlínica periférica perteneciente al centro de salud Dr. Rubén Misurraco, del primer nivel de atención de la Red de Atención Primaria Metropolitana de ASSE. Este primer nivel constituye la puerta de entrada al sistema de salud, orientado a la atención integral de personas, familias, comunidad y entorno, con el propósito de resolver necesidades básicas en salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida (Ley 18.211, 2007).

El ESA opera los días martes y jueves y está conformado por un equipo interdisciplinario integrado por médicas especialistas en medicina familiar, personal de enfermería y residente y practicante de psicología. Se constituye como un espacio diferencial de atención y promoción de la salud, destinado a la asistencia integral de los adolescentes. Su abordaje se sustenta en un enfoque de derechos, género y confidencialidad, que promueve la adopción de hábitos saludables y fomenta la participación activa de los adolescentes, en articulación con otras instituciones de la comunidad. Las intervenciones priorizan los controles de salud anuales y atienden aspectos relevantes para esta etapa del ciclo vital. La implementación del ESA implica el reconocimiento de los adolescentes como sujetos activos dentro del sistema de salud, con intereses, inquietudes y propuestas (Arias y Suárez, 2014).

En este espacio de atención se realiza una consulta que incluye una entrevista conjunta entre la médica de familia y residente o

practicante de psicología, en la cual se exploran diversos ámbitos de la vida de los adolescentes: familiar, social, educativo y recreativo, junto con un examen médico-clínico. Se hace especial énfasis en la detección de factores de riesgo vinculados a violencia basada en género y generaciones, salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias psicoactivas, intentos de autoeliminación y desvinculación educativa. Asimismo, se identifican y fortalecen factores protectores, se diseñan estrategias de acompañamiento y se planifican intervenciones adecuadas que contribuyan a la garantía del derecho a la salud de los adolescentes, conforme a lo establecido en las guías del Ministerio de Salud Pública (2017).

Cabe destacar que el modelo de la consulta fue desarrollado por un equipo interdisciplinario, el cual surge ante la demanda social de situaciones cada vez más complejas. Según Stolkiner (2005), la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas, y permite integrar saberes y producir conocimientos a partir del intercambio entre disciplinas, lo que genera un enriquecimiento mutuo y transformador. En este contexto, el psicoanálisis aportó al equipo del ESA la posibilidad de sostener un pensamiento incómodo, acorde a la complejidad de las situaciones abordadas. Su contribución se orientó a promover una práctica centrada en la escucha clínica que priorizara la singularidad del sujeto. Esta posición implicó interrogar los saberes y las experiencias desde las cuales cada profesional interpretaba la demanda de los sujetos.

El psicoanálisis, como parte de estos espacios y mediante la escucha clínica, pone de relieve los detalles singulares de cada caso y provoca la extrañeza y la resistencia propias de la clínica psicoanalítica frente a la comprensión inmediata del sujeto (De Oliveira Moreira et al., 2021). Su interacción con las distintas disciplinas que conforman el equipo del ESA favoreció la construcción de espacios comunes que enriquecieron las posibilidades de abordaje de las múltiples problemáticas presentes en el primer nivel de atención. Esto permitió trascender los discursos médicos hegemónicos y dar lugar al decir de los sujetos. Frente a esto,

La posición crítica del psicoanalista en el equipo de salud permite poner en evidencia que los sujetos hablan a través de sus cuerpos y sus síntomas y que escuchar al sujeto en su singularidad permite, al menos, hacer lugar a los padecimientos subjetivos en lugar de solo ponerles rótulo con un diagnóstico. (Perrotta, 2014, p. 374)

De este modo, el psicoanálisis habilita no solo la escucha de aquello que responde a los mandatos del discurso familiar y social, sino también la posibilidad de dar lugar al conflicto que se plantea entre esos mandatos y el deseo propio de los sujetos, reconociendo su singularidad. Esto requiere de una escucha atenta y paciente, capaz de atender tanto lo dicho como los signos presentes en el discurso y procesarlos (Ulloa, 1988).

LAS VICISITUDES DE LA ESCUCHA EN EL DEVENIR ADOLESCENTE

En el marco de la consulta, la entrevista tiene una duración aproximada de entre treinta y cuarenta minutos y busca ofrecer a los adolescentes un espacio para estar a solas con el equipo técnico. Pasqualini (2010) plantea que es necesario acordar con los adolescentes los momentos individuales y los compartidos con la familia o acompañantes, y aclarar el alcance del secreto profesional, que garantiza la privacidad y la confidencialidad de la consulta. Esto favorece la construcción de un espacio de confianza y propicia un ambiente donde los adolescentes puedan expresarse con libertad.

La entrevista constituye una herramienta fundamental para conocer a los adolescentes que se presentan y, en su carácter de clínica, apunta a recepcionar los padecimientos y comprender qué le pasa al sujeto que consulta (Protesoni, 2018). En este proceso se recorre la vida de los adolescentes, atendiendo tanto a lo que destacan como a lo que omiten en su relato. La función de escucha es central, al igual que lo es la observación: allí el psicoanálisis nos arroja conocimiento de la

dimensión inconsciente de la conducta, así como de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, que permiten pensar posibles intervenciones. Dado que en muchos casos este encuentro puede ser la única oportunidad de atención clínica, social o preventiva, es responsabilidad del profesional no desaprovecharla.

La población usuaria, comprendida entre los doce y diecinueve años, planteó la necesidad técnica de reflexionar sobre la adolescencia como etapa evolutiva y sus particularidades. Así fue que el psicoanálisis permitió pensar esta etapa desde su complejidad y la singularidad de cada sujeto. Esto es lo que Cao (2013) denomina *condición adolescente*, la cual manifiesta una fuerza singular, determinada por los cambios psíquicos y físicos, fundamentales para comprender la experiencia de quienes circulaban por el espacio. «La adolescencia refiere, desde el punto de vista de la constitución del sujeto, a un espacio donde se abren los caminos que van a posibilitar el logro de la identidad sexual y la reestructuración de las distintas formas de identificación» (Uriarte, 2010, p. 1). En esta se redefinirán los vínculos con los padres y con el entorno, lo que marca un momento clave de subjetivación y recomposición de la historia significativa del sujeto, con un correlato simbólico. Estos procesos implican movimientos propios de una exogamia familiar y una necesaria confrontación generacional; la rebeldía cumple una función estructurante y facilita el desprendimiento de los modelos parentales y el surgimiento de proyectos propios (Kancyper, 2013).

Es fundamental considerar el contexto global en el que transcurre la adolescencia, el cual configura nuevas formas de ser, de estar en el mundo y de producir subjetividad. Por esto, la adolescencia, como franja etaria o etapa de la vida, nunca debe conjugarse en singular: siempre hay una pluralidad de adolescencias en cada tiempo histórico, lugar geográfico y social; es una unidad estallada, que debe ser estudiada en la diversidad de sus contrastes, siempre desde lo singular e inédito (Viñar, 2009).

A lo largo de las entrevistas, fue posible identificar diversas manifestaciones de angustia y sufrimiento y se observaron conductas autolesivas voluntarias, como cortes, mordeduras o quemaduras, así como

crisis de pánico, trastornos alimentarios, consumos problemáticos y otras conductas de riesgo, tanto para sí como para otros. También se evidenció, de forma reiterada, la desvinculación del sistema educativo. Durante los primeros meses de 2023, el ESA recibió un promedio semanal de entre quince y veinte adolescentes, y fue llamativa la alta frecuencia con que presentaban manifestaciones vinculadas a la conducta suicida: ideas de muerte, pensamientos autolesivos, conductas autolesivas o intentos de autoeliminación (Ministerio de Salud Pública, 2024). Esto dio lugar a resonancias expresadas por los adolescentes en frases como: «Quiero dormir para no pensar más», «Siento que nadie me escucha», «Nadie me presta atención a lo que me pasa», «No tengo ganas de vivir», «No tengo ganas de hacer nada», «Me corto para sentir dolor y no llorar», «Las tomé porque quería dormir y no despertar» (en referencia a la ingesta de medicación). En muchos de estos casos, tales episodios no habían sido detectados previamente por el sistema de salud y quedaron registrados por primera vez en la historia clínica electrónica ambulatoria de ASSE en el marco de esta intervención.

Los intentos de autoeliminación y el suicidio son preocupaciones que se tienen al trabajar con los adolescentes (Flechner, 2000). En esta etapa, el malestar puede expresarse tanto a nivel psíquico como corporal, y adopta múltiples formas. El estrés, la confusión, el miedo y la incertidumbre, propios de este momento de transformación, impactan en la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones y resolver problemas. Cortés Alfaro et al. (2010) señalan que diversos factores pueden incidir en la conducta suicida de los adolescentes, como los conflictos familiares, los eventos vitales adversos, las condiciones socioeconómicas desfavorables, el maltrato, las humillaciones, el consumo de alcohol y los trastornos psiquiátricos. De esta forma, en el trabajo con los adolescentes, las actuaciones predominan como modos de tramitación de la angustia. Las fallas, en este sentido, pueden darse desde un predominio de la urgencia subjetiva esperable para este tiempo en cuestión, urgencia que es difícil de poner en palabras. La clínica muestra con creciente frecuencia que la problemática de los adolescentes y la angustia, que les es intrínseca, se expresa no tanto

como conflicto interno —conflicto psíquico—, sino en actuaciones auto o heterodestructivas, con peligro de vida o al menos de integridad física o psíquica (Viñar, 2009).

¿DISPOSITIVO PSICOANALÍTICO? UNA CONSTRUCCIÓN POSIBLE

En los encuentros con los adolescentes se observaron diversas formas de puesta en acto del malestar, lo que llevó al ofrecimiento de espacios psicoterapéuticos. Sin embargo, muchos no aceptaban dicha propuesta. Es importante considerar que el suicidio se ha consolidado como un problema de salud pública en Uruguay, donde la prevalencia de muertes por esta causa ha crecido en las últimas tres décadas, con un incremento especialmente marcado en la población más joven (Ministerio de Salud Pública, 2023). De este modo, en el transcurso de las consultas comenzaron a instalarse múltiples interrogantes entre los técnicos que integrábamos el ESA: ¿cómo intervenir ante estos modos de sufrimiento?, ¿qué alternativas de abordaje podíamos ofrecer?, ¿de qué manera facilitar el acercamiento de los adolescentes al ESA?, ¿qué otros dispositivos podrían ser viables para el trabajo con estas problemáticas?

Los intentos de autoeliminación, las ideas de muerte y otras expresiones de la conducta suicida se constituyeron en el eje central que motivó la construcción de un dispositivo de intervención. Para ello se realizó un relevamiento de los adolescentes que hubieran manifestado —o pudieran manifestar en las consultas siguientes— alguna forma de conducta suicida, se registraron datos personales, fecha de la última atención en el ESA y fragmentos significativos de la entrevista, a los efectos de realizar un seguimiento individualizado de esta población en particular. Se estableció un contacto periódico, con frecuencia semanal o, como máximo, quincenal, mediante encuentros presenciales o llamadas telefónicas a través del número institucional, siempre con consentimiento de los adolescentes. Además, se mantuvo abierta la

posibilidad de asistir sin necesidad de agenda previa. Estos espacios de encuentro eran sostenidos por el residente o practicante de psicología, en articulación con las médicas de familia. A través de los encuentros presenciales y telefónicos, se buscó la escucha y el apuntalamiento de las realidades de los adolescentes ante sus complejidades. En paralelo, el equipo técnico se reunía semanalmente durante aproximadamente dos horas para abordar caso a caso, analizar las distintas situaciones y diseñar estrategias conjuntas para la intervención con los adolescentes. Según Ponce de León (2005), las reuniones del equipo constituyen un espacio de reflexión y toma de decisiones, que favorece la identificación de procesos clínicos y momentos adecuados de intervención. Esta modalidad permitió generar nuevos marcos de pensamiento para el abordaje, apoyados en el sostén institucional brindado por el servicio de primer nivel de ASSE, que se configuró como un espacio de sostén para el habitar de los adolescentes.

En el transcurso de la implementación del dispositivo se presentaron diversas dificultades con los adolescentes: inasistencias frecuentes a las citas, números de teléfono inhabilitados o cambios de contacto, interrupciones en el seguimiento, entre otras. Estas no se redujeron solo a obstáculos logísticos, sino que se comprendieron como posibles manifestaciones de la ambivalencia frente al lazo terapéutico, del rechazo o la desconfianza hacia el dispositivo, o incluso como actos que ponen en juego la propia relación con la vida y la muerte. Reconocer y pensar sobre las dificultades permitió no clausurar el dispositivo, sino, por el contrario, reforzar su disponibilidad y flexibilidad para que el retorno siempre fuera posible.

Respecto a la especificidad del dispositivo, Broide y Estivalet Broide (2018) sostienen que un dispositivo clínico psicoanalítico implica una operación que habilita la circulación de la palabra y los procesos de singularización de los sujetos, subrayando que «atender allí donde está la vida, donde pulsa: esa es la ética que atraviesa y conforma nuestro trabajo» (p. 16). En este sentido, aunque el dispositivo implementado comparte características de prácticas comunitarias, encuentra su especificidad en la ética y en la orientación clínica propias del

psicoanálisis. Puede pensarse, entonces, como un psicoanálisis extra-muros, conceptualizado por Laplanche (1987) como la extensión natural del campo analítico más allá de los muros institucionales. Luego Bleichmar (2010) desarrolla el concepto y señala que no consiste en trasladar el consultorio a otros escenarios, sino en sostener la operación analítica, basada en la transferencia y la escucha del inconsciente, allí donde se encuentre el sujeto, incluso en condiciones no convencionales para la práctica, tratando de posibilitar la emergencia de la palabra singular del sujeto, propiciando que algo de su posición frente al deseo y el malestar pueda ser interrogado.

En esta línea, la noción de *anclaje*, desarrollada por Broide y Estivalet Broide (2018), resulta fundamental para pensar la intervención realizada y cobra relevancia la pregunta «¿Cuáles son los anclajes de ese sujeto con la vida? Si está vivo, los anclajes existen» (p. 31). Esta noción orienta una metodología basada en una escucha calificada y sostenida por una relación transferencial comprometida éticamente y con rigor clínico. De este modo, el dispositivo implementado puede entenderse como un intento de generar anclaje y lazo social para con los adolescentes atravesados por su malestar. A través de la escucha clínica se busca identificar los hilos que aún vinculan al sujeto con la vida, hilos que se entrelazan en los planos físico y psíquico. Será necesario tirar de ellos, amarrarlos y articularlos en la red del deseo. Como señalan Broide y Estivalet Broide (2018), se trata de «la sustentación de la escucha ética de los sujetos. No la tutela, la disciplina ni la obediencia a los procedimientos burocráticos de la atención, sino el análisis y la escucha atenta al sujeto en sufrimiento y/o síntomas» (p. 35).

De esta forma, el dispositivo se concibió como un punto de anclaje con la vida, un espacio orientado a la promoción de la salud de los adolescentes. Trabajar a favor de la salud implica, justamente, crear las condiciones de posibilidad para el ejercicio del psicoanálisis. Así, cuando la palabra no está, se vuelve necesario generar las condiciones para que advenga, dada la importancia privilegiada de la escucha y sus efectos en la clínica (Slucki, 2000).

Fue posible identificar que ciertas experiencias, como fracasos escolares, dificultades comunicacionales, sentimientos de desesperanza e inseguridad, pérdidas significativas, situaciones de abuso sexual o acoso, eran condiciones recurrentes en los adolescentes con ideas de muerte o que habían atravesado un intento de autoeliminación. Según Janin (2013), en muchos casos no encuentran espacios donde relativizar su sufrimiento, en parte porque sienten que los adultos no los escuchan y también porque habitan una sociedad que tiende a evitar el dolor psíquico, así como el afrontamiento de la pérdida y la frustración. Esto produce fallas en el ideal del yo cultural, lo que es vivido como un vacío interno, que puede fragilizar el sostén narcisista, dificultar el atravesamiento de la adolescencia y abrir la vía del pasaje al acto, incluso bajo la forma de suicidio.

Para ilustrar las tensiones y oportunidades surgidas en este dispositivo, se presentan dos viñetas; se preserva la identidad de los adolescentes involucrados.

- Viñeta 1: «No quiero prometer nada». A través de una llamada telefónica, una adolescente de diecisiete años expresó: «No quiero prometer que no me voy a lastimar, porque no sé si voy a poder». Por medio de la escucha, se buscó reconocer dificultades y explorar, junto con ella, en qué momentos su malestar se volvía insostenible e indagar qué recursos se podrían poner en juego antes de que llegara a lastimarse. Además, el hecho de alojar dicho malestar permitió que accediera a una cita presencial para la semana siguiente.
- Viñeta 2: «Si faltó a clase, nadie me pregunta por qué». Un joven de dieciséis años relató en una entrevista que, cuando dejaba de ir a clases por días, nadie lo llamaba ni preguntaban por él. La intervención consistió en poner en palabras lo que implicaba no ser visto y cómo daba lugar a sentirse invisible para los demás. En las semanas posteriores se trabajó en construir pequeños lazos dentro y fuera del ámbito liceal, incluido un contacto más frecuente con el ESA, que él mismo solicitaba.

El dispositivo de intervención se constituyó como un espacio de contención para acompañar las distintas y novedosas experiencias propias del devenir de los adolescentes. Su propósito fue intervenir, es decir, *venir entre*, a través del encuentro y el trabajo conjunto entre quien consulta y quien es consultado, habilitando un espacio para pensar desde una perspectiva distinta, donde el descubrimiento con otro implica una mutua subjetivación en un encuentro único, inédito e irrepetible (Muniz, 2018). En este proceso resultaron fundamentales las tramas de pertenencia que operaron como amparo, ya que son estos apoyos los que posibilitan la construcción del psiquismo (Kaës, 1992). Es a través del sostén que provenga de estos apoyos —el cual nutrirá el apuntalamiento— que el apoyo transforma lo que sostiene, de la misma manera que el continente modela el contenido (Cao, 2024).

La escucha y el reconocimiento de la palabra de los adolescentes, sin imponerles ni forzarlos a sostener una continuidad, permitieron constituir espacios de sostén ante el malestar. Esto se tradujo en la posibilidad de generar anclajes a través de actos constantes, como la certeza de que alguien volvería a llamar, la apertura permanente del espacio o el simple registro de su presencia en el dispositivo, los cuales ofrecían puntos de referencia estables aún en medio de la discontinuidad. De este modo, la escucha analítica abrió la posibilidad de reinscribir la experiencia subjetiva en un lazo, ya sea con el propio dispositivo o con otros espacios de pertenencia.

Cuando el profesional se constituye en interlocutor ante problemáticas como la marginación y el aislamiento social, se vuelve indispensable abordar aquello que resulta inabordable desde el discurso social. Lo es también *prestar* el aparato psíquico para formular preguntas que no se han formulado, ensayar intentos de anticipación sobre los propios actos, legitimar sensaciones y percepciones o mostrar qué condiciones estables generan un plus de angustia (Slucki, 2000). Esto implica una presencia comprometida con el objetivo de sostener al otro y facilitar que el sufrimiento pueda ser puesto en palabras. Como señala Janin (2018), «ayudarles a frenar a través del pensamiento las conductas autodestructivas es una meta importante» (p. 233).

Hablar de la muerte en la adolescencia genera un sabor amargo, pero se vuelve imprescindible para acercarse al dolor que muchos jóvenes viven, especialmente cuando perciben a la muerte como única salida frente al sufrimiento psíquico. Estas experiencias interpelan profundamente a los técnicos y los desafían a construir dispositivos de intervención novedosos, flexibles y adecuados a las necesidades de esta población. Asimismo resaltan el lugar que ofrece el psicoanálisis como horizonte teórico desde el rol de residente de psicología, ya que el tiempo de residencia habilita una presencia sostenida, no apresurada por la urgencia institucional, y una mirada clínica que se construye en diálogo constante con la supervisión.

CONSIDERACIONES FINALES

A través de la articulación teórico-experiencial propia del rol de residente de psicología en el ESA, fue posible problematizar cómo el psicoanálisis contribuyó al pensamiento interdisciplinario del equipo técnico y a la construcción de un dispositivo que respondiera a las complejidades de esta población. El diálogo con otras disciplinas permitió habilitar formas clínicas por fuera del marco tradicional del consultorio, lo que amplió el campo de acción del psicoanálisis. En este sentido, el ESA —dentro de un centro de salud de ASSE— se constituyó como un territorio fértil para nuevas prácticas: salió al encuentro de los sujetos allí donde el malestar se manifiesta y abrió la clínica a nuevos escenarios de escucha y de intervención. Como bien lo expresa Viñar (2015), es necesario para los psicoanalistas el psicoanálisis extramuros aplicado a lo social: «Sin esta experiencia social uno termina buscando la causalidad fantasmática en todo el mundo y la causa príncips será siempre el conflicto edípico con papá y mamá» (p. 28).

La diversidad de los adolescentes que transitaban por el ESA evidenció la multiplicidad de formas de subjetivación que adquiere esta etapa vital. Las entrevistas se constituyeron en tiempos de encuentro, comprensión y escucha, donde alojar la angustia inherente a los

cambios propios de este momento particular del devenir subjetivo. Tal vez, para algunos esas breves instancias hayan representado un momento significativo de recomposición de su historia significativa y de alivio al malestar. En repetidas ocasiones, al abrir la puerta del consultorio del ESA, nos encontrábamos con los adolescentes que, sin turno previo, se acercaban con la necesidad de hablar con alguno de los técnicos. Este pasaje espontáneo evidenció la importancia de construir un dispositivo flexible que albergara la escucha y funcionara como apuntalamiento en el devenir de los adolescentes. Tal como señala Cao (2024), el apuntalamiento es una de las formaciones generadoras del vínculo con el grupo y la cultura, decisivo para atravesar las crisis que afectan a los sujetos.

Este dispositivo se configuró, entonces, como un anclaje posible, que salió al encuentro de aquellos hilos que amarran al sujeto a la vida, en un espacio donde la creatividad y la novedad operaron como condiciones para que el sufrimiento pudiera ser puesto en palabras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIAS, M. A. y SUÁREZ, Z. (2016). *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Ediciones Universitarias.
- BLEICHMAR, S. (2010). *Psicoanálisis extramuros: Puesta a prueba frente a lo traumático*. Entreideas.
- BROIDE, J. y ESTIVALET BROIDE, E. (2018). *El psicoanálisis en situaciones sociales críticas. Metodologías clínica e intervenciones*. Noveduc.
- CAO, M. L. (2-3 de noviembre, 2013). Bordes y desbordes adolescentes [conferencia]. I Coloquio Internacional sobre Culturas Adolescentes, *Subjetividades, contextos y debates actuales*. Buenos Aires, Argentina.

- <https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/CAO-Marcelo-Luis-Bordes-y-desbordes-adolescentes.pdf>
- CAO, M. L. (19 de julio, 2024). Intersubjetividad, apuntalamiento e identificación. *Marcelo Luis Cao*. <https://marceloluiscao.com.ar/intersubjetividad-apuntalamiento-e-identificacion/>
- CORTÉS ALFARO, A., AGUILAR, J., MEDINA, R., TOLEDO, J. y ECHEMENDÍA, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1), 15-23. <https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/570>
- DE OLIVEIRA MOREIRA, J., MARCONDES, J., MORGANTI, J., AVELAR, M., MACHADO, B. y DE OLIVEIRA, M. (2021). Desafios e possibilidades do fazer do psicanalista numa equipe interdisciplinar em instituições. *Tempo Psicanalítico*, 53(1), 126-148. <https://doi.org/10.71101/rtp.53.448>
- FLECHNER, S. (2000). La clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo, ¿un nuevo desafío? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 92, 209-226. <https://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1440>
- JANIN, B. (2-3 de noviembre, 2013). Encrucijadas de los adolescentes de hoy [conferencia]. I Coloquio Internacional sobre Culturas Adolescentes, *Subjetividades, contextos y debates actuales*. Buenos Aires, Argentina. https://dspace.uces.edu.ar/jspui/bitstream/123456789/46/1/Encrucijadas_de_los_adolescentes.pdf
- JANIN, B. (2018). *Infancias y Adolescencias patologizadas. La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Noveduc.
- KAËS, R. (1992). Apuntalamiento múltiple y estructuración del psiquismo. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, XV(2), 15-36.
- KANCYPER, L. (2013). Adolescencia: el fin de la ingenuidad. *Querencia*, 14. <https://revista.psico.edu.uy/index.php/querencia/article/view/158>
- LAPLANCHE, J. (1987). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Amorrortu.
- LE BRETON, D. (2007). *Conductas de riesgo: del juego con la muerte al juego con el cuerpo*. Nueva Visión.

- LEY 18.211, Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay (2007). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2017). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2023). *El suicidio adolescente en Uruguay: un asunto de salud pública*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/suicidio-adolescente-uruguay-asunto-salud-publica>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2024). *Guía de práctica clínica: Abordaje de la conducta suicida, Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-para-abordaje-conducta-suicida-sistema-nacional>
- MUNIZ, A. (comp.) (2018). *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República. https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicologi%CC%81a%20cli%CC%81nica.pdf
- PASQUALINI, D. (2010). Entrevista con el adolescente. En D. Pasqualini y A. Llorens (eds.), *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral* (pp. 137-141). Organización Panamericana de la Salud.
- PERROTTA, G. (2014). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud. En A. Trimboli (comp.), *Cuerpo y subjetividad* (pp. 373-375). Asociación Argentina de Profesionales de la Salud Mental.
- PONCE DE LEÓN, E. (2005). El psicoanalista y la interdisciplina en la clínica de niños. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 100, 1-10. https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup100/100-poncedeleon.pdf
- PROTESONI, A. (2018). La primera entrevista clínica psicológica en servicios de salud. En A. Muniz (ed.), *Intervenciones en psicología clínica*.

- Herramientas para la evaluación y el diagnóstico (pp. 11-18). Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República.
- SLUCKI, D. (julio, 2000). Hospital: un desafío para el psicoanálisis. *Topia, un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*. <https://www.topia.com.ar/articulos/hospital-un-desaf%C3%ADo-para-el-psicoan%C3%A1lisis>
- STOLKINER, A. (7-8 de octubre, 2005). Interdisciplina y salud mental [conferencia]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología, *Salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy*. Misiones, Argentina.
- ULLOA, F. (1988). *Psicología clínica de adultos*. Sigla.
- URIARTE, C. (2010). *La resignificación de las identificaciones en la adolescencia*. Federación Psicoanalítica de América Latina.
- VELARDE, G. (2020). ¿Psicoanálisis y comunidad o Psicoanálisis comunitario? Pensando la intervención psicoanalítica en contextos de vulnerabilidad psicosocial. *Psicoanálisis*, XLII(1-2), 315-333. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2020/08/20.-VELARDE-IMPRESSA.pdf>
- VIÑAR, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Trilce.
- VIÑAR, M. (2015). El vértigo civilizatorio y la clínica actual. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 19, 17-34. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/VINAR.pdf>.