

# Adolescentes vulnerables internados por causa social en el Hospital General. ¿Qué lugar para el psicólogo?

**Carolina Liebermann**  
**Nazareth Mathius**

**Resumen:** Este escrito surge a partir del trabajo realizado por el equipo de Adolescencia del Servicio de Salud Mental de un Hospital General, en torno al abordaje de jóvenes internados por vulnerabilidad psicosocial. Se trata de adolescentes entre 13 y 17 años: algunos en situación de calle, no escolarizados, con consumo de sustancias, con situaciones de maltrato o abuso, o que han pasado por Hogares. Historias de vida marcadas por el desalojo, la marginalidad, la soledad. ¿Qué lugar para el psicólogo en estos casos? Daremos cuenta de nuestra experiencia en el Hospital, para poder pensar en el desafío que implican estos jóvenes, pero también en las posibles intervenciones, apostando a reconstruir algo de subjetividad en estos psiquismos tan arrasados.

**Descriptor:** Adolescencia, Vulnerabilidad, Exclusión, Psicología, Subjetividad.

## Introducción

Este escrito surge a partir del trabajo realizado por el equipo de Adolescencia del Servicio de Salud Mental de un Hospital General, en torno al abordaje de jóvenes internados en la sala de Pediatría de la institución. Estos pacientes ingresan por vulnerabilidad psicosocial, a través de un programa dependiente del CDNNYA (Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes) que aborda en territorio a niños y adolescentes vulnerables. La internación se hace por motivo de *resguardo* —generalmente son chicos cuya vida está en riesgo de algún modo, por diversos motivos—, y se aborda el caso interdisciplinariamente para pensar en la mejor estrategia de externación, generando otro destino y otras circunstancias vitales posibles.

¿Cómo son estos pacientes? ¿Qué particularidad tienen? No se trata de internaciones por afecciones médicas, ni tampoco internaciones por Salud Mental específicamente. Se trata de adolescentes entre 13 y 17 años, cuya presentación es variada: algunos en situación de calle, no escolarizados, algunos provenientes de familias con situaciones de maltrato o abuso, otros que han pasado por más de un Hogar convivencial... Muchos de ellos presentan, además, problemática de consumo de sustancias.

Historias de vida marcadas por el desalojo, la marginalidad, el rechazo, la soledad... Su presentación es visualmente llamativa, dejando ver en sus rasgos (su piel, su ropa, su discurso) marcas de vivencias crudas y situaciones traumáticas, muchas de las cuales ya han normalizado y llevan como cotidianas.

Desde el Servicio de Salud Mental, se realiza el seguimiento de estos pacientes por medio de la interconsulta, varias veces por semana, dependiendo de las necesidades del caso. Además, la complejidad clínica requiere del abordaje interdisciplinario, por múltiples actores del Hospital (Pediatría, Servicio Social, equipo de guardia, acompañantes hospitalarios, incluso consignas policiales), así como la articulación con organismos externos (CDNNYA, Defensoría, red sociovincular —si la hay—, escuelas, Hogares...).

Nos preguntamos entonces: ¿qué lugar para el psicólogo en estos casos? ¿Cuál puede ser nuestra función frente a estos adolescentes tan vulnerables, tan marcados por la dureza de sus experiencias vitales?

Daremos cuenta de nuestra experiencia en el Hospital, a partir de la reflexión en torno a varios casos clínicos para poder pensar en el desafío que implican estos jóvenes, pero también en las posibles intervenciones, apostando a reconstruir algo de subjetividad en estos psiquismos tan arrasados.

## **Clínica Del Desamparo**

Nos encontramos ante un escenario particular, que -incluso dentro de la clínica del Hospital Público- dista mucho de la atención ambulatoria por consultorios externos. Estos pacientes nos enfrentan con la cara más cruda de la exclusión y la desigualdad: adolescentes en contexto de marginalidad, caídos de la matriz sociofamiliar.

¿Qué impacto psíquico tiene esta trama en los sujetos? Las experiencias tempranas de abandono y violencia, en lugar de ser metabolizadas, dejan marcas sin representación simbólica que reaparecen en actos compulsivos o estallidos emocionales. Efectos de un trauma sostenido en el tiempo, en niños que no han habitado el territorio de la infancia, sino que esta fue marcada por privaciones constantes.

Nos encontramos entonces con estos púberes y adolescentes, con presentaciones complejas que constantemente ponen a prueba al otro, como actos delictivos, conducta antisocial, falta de límites, derechos vulnerados como la no escolaridad, privaciones desde la infancia (ausencia de juego; falta de cuidados de su salud; abuso y violencia; falta de acompañamiento en su crecimiento; trabajo desde edad temprana). La violencia es moneda corriente. Esto es claramente observable en sus modos de comunicarse y manejarse con pares (otros adolescentes internados), lo cual muchas veces replican también en su forma de dirigirse a los profesionales tratantes. En ocasiones la sala de Pediatría se transforma en una trinchera, llegando a haber situaciones de peligro real por no poder respetar las normas de convivencia; su actitud siempre bordea la transgresión. Cabe aclarar que, al ser menores, cuentan con Acompañante Hospitalario y Consigna Policial las 24 horas.

Lejos de ubicarnos en una postura moralista que juzgue y condene, como profesionales de la Salud Mental entendemos que estas manifestaciones son producto de las condiciones de desamparo mencionadas. Podemos pensarlos como síntomas de la falta de mirada amorosa de un Otro, lo cual, lejos de situarlos como niños, como sujetos; deja como resultado adolescentes en lugar de objeto resto, desecho.

Es claro que en la mayoría de estos pacientes no hay una demanda de tratamiento psicoterapéutico, sino que *son traídos* al Hospital por otros. Podríamos incluso preguntarnos: ¿se trata de trastornos mentales a tratar? En muchos casos hay claros síntomas (impulsividad, desregulación emocional, consumo de sustancias)... pero sabemos que esto no responde a cuestiones puramente psicopatológicas sino que surgen de un entramado biopsicosocial muy complejo. A partir de nuestro recorrido, afirmamos que es claro que el contexto socio familiar cumple un papel preponderante en la constitución de estos jóvenes.

### **Alojar La Subjetividad**

Retomamos aquí la pregunta inicial que dispara este escrito. ¿Qué lugar posible para el psicólogo? Teniendo en cuenta, además, la particularidad de que no se trata de un tratamiento habitual por consultorios externos, sino que es un abordaje por interconsulta, durante el tiempo que los pacientes cursan su internación (el cual varía desde días, hasta semanas o meses), y siendo que además el egreso hospitalario es determinado por el CDNNYA (luego de múltiples evaluaciones e informes y haber determinado la mejor estrategia de egreso posible).

Entonces, ¿cómo posicionarnos? ¿Cómo pensar nuestra función particular como psicólogos, tomando como principal marco al psicoanálisis? Ante pacientes con un lazo social

erosionado y falta de referentes, es importante ubicarnos en un lugar diferente y resistir la lógica de la exclusión, sin replicar el rechazo al que suelen estar habituados, ni tampoco caer en un puro asistencialismo material. Consideramos que brindar un *espacio de escucha* es una intervención en sí misma, marcando la diferencia con el desalojo y la expulsión. Dar lugar y tiempo a sus palabras, desde un espacio que no juzga, que no apura, que intenta entender y empatizar. Un lugar donde el adolescente es respetado en su singularidad.

En estos casos donde las funciones de sostén han colapsado, nuestro rol debe apuntar a marcar una *presencia* que intente hacer *lazo*, y que actúe como marco ante la desregulación generalizada; consecuencia, entre otras, de infancias llenas de privaciones. Aquí recordamos los conceptos de *hospitalidad* y *ternura* (Ulloa), y un modo de sostener que no busca respuestas apresuradas, sino justamente abrir una *pausa* —en estos jóvenes que muchas veces viven en la vorágine, o que no han tenido tiempo ni espacio para pensar o *pensarse*—, para la escucha, el lazo, la espera y la posibilidad de *abrir interrogantes*, ante estos modos de vivir que venían coagulados.

Sabemos que los *grupos identificadorios con pares* son el eje fundamental de la constitución psíquica en la adolescencia. En esta población, “la ranchada” se constituye como un lugar al cual volver, el cual se elige, en donde pueden existir y donde se es bien recibido. Pero ¿qué ocurre en estos casos, cuando el existir puede implicar un riesgo subjetivo y para la salud? Cuando los modos de ser y estar tienen que ver con el consumo de sustancias, el delito, la sexualidad sin cuidados, las actividades de riesgo... Justamente, consideramos que lo más interesante de nuestra intervención es la posibilidad de *abrir* esas identidades, esos modos de ser que tal vez se trataban de una pura repetición... y proponer otros escenarios, otras posibilidades, donde haya lugar para una *elección singular*. No hacer del origen un destino.

En un territorio donde estos adolescentes eran invisibles y la violencia era un arma de supervivencia, el Hospital surge como un espacio distinto, que marca una pausa y permite detenernos y pensar alternativas. No se trata de grandes intervenciones, sino de *gestos que sostienen*. Una mirada que los ubique allí, no como “delincuentes” o “pacientes disruptivos”, sino simplemente *adolescentes*; ya es una intervención.

Por otro lado, debemos mencionar que también muchas veces sí son necesarias intervenciones más directivas, orientadas al manejo de crisis de impulsividad y desregulación emocional, muy frecuentes en este tipo de pacientes. Se brindan herramientas (psicoterapéuticas y psicofarmacológicas según la necesidad del caso), y al mismo tiempo opera-

mos como límite necesario ante un desborde pulsional propio de la adolescencia, exacerbado quizás en estos jóvenes que han crecido en contextos donde la violencia es moneda corriente y un arma necesaria para sobrevivir en un entorno muy hostil.

Es llamativo mencionar, en este punto, que a pesar de ser alojados de la mejor forma posible en las camas del Hospital, muchos de estos jóvenes expresan disgusto, y refieren repetidamente querer volver a lo que conocen: la calle, el barrio, “la ranchada con amigos”. Aquí también la intervención apuntaría a mostrar que son posibles otros modos de vincularse, otra modalidad de un Otro que no excluye sino que cuida, que se preocupa, que mira.

Por último, otra cuestión importante a pensar en nuestra función, es ubicarnos como *soporte estable y mantener la palabra* (Montobbio). Ante la falta de referentes positivos y confiables en su vida, muchos de estos adolescentes están en una postura de constante desconfianza. Ellos no suelen presentar interrogantes, aunque sí muchas veces tienen demandas hacia los profesionales, que llegan en forma de pedidos o reclamos de cosas concretas. Como equipo tratante debemos mostrarnos en una postura de sostén estable, y es muy importante ser consecuentes con nuestros dichos y promesas.

Dando un espacio de escucha donde se le otorga un valor a su palabra, a su historia, apuntamos a correrlos del lugar de objeto, de la pura repetición que empuja a un destino mortífero, y tratar de abrir otras posibilidades, otras *elecciones*, donde ellos puedan ser *sujetos*, agentes de sus propios deseos e intereses, pudiendo pensar y construir un proyecto de vida.

### **Abordaje Interdisciplinario**

Es fundamental hacer mención a las diversas especialidades con las que se trabaja en equipo para el abordaje integral de estos pacientes. Dentro de la Salud Mental, muchas veces es necesario el tratamiento por *psiquiatría* (generalmente para impulsividad, desregulación emocional, alteraciones del sueño, sintomatología depresiva o ansiosa). Estos pacientes cursan su internación en la sala de *Pediatría*, donde se realiza la atención integral de su salud física, restituyendo ese cuerpo, que ha sido mayormente descuidado (control general de peso, vacunas, serologías, entre otros). En este punto, también suelen participar otras especialidades médicas (*dermatología, odontología, ginecología, nutrición*). Como ya se ha mencionado, es muy habitual que estos adolescentes se vean atravesados por problemática de consumo de sustancias, punto en el cual interviene el servicio de *Toxicología* para su abordaje.

Es de vital importancia la articulación con *Servicio Social*, para conocer acerca de la red sociovincular de estos jóvenes, y pensar las mejores estrategias posibles de egreso, teniendo en cuenta su voluntad y su derecho a ser oídos.

A su vez, se realizan entrevistas con referentes sociofamiliares (si los hay), y articulación con otros actores: Juzgados, Defensorías, CDNNYA, Hogares convivenciales, dispositivos que abordan consumo problemático (Casa Puerto - ASA - Comunidades terapéuticas).

### **Algunas Viñetas Clínicas**

**"Ignacio"**: paciente que tenía 15 años al ingresar, y cumplió 16 estando internado. Vivía en Lugano, con su madre y hermanos. Se había escapado de su casa varias veces y había abandonado sus estudios secundarios. En una pelea con su hermano menor en la calle, lo amenazó con un cuchillo, razón por la cual los vecinos llamaron a la policía, quienes lo trajeron a la guardia del Hospital. Estaba en situación de calle, con consumo problemático de sustancias. Fue ingresado a la sala de Pediatría por Vulnerabilidad Social, y se lo acompañó desde Psicología durante su internación, que duró 3 meses. No fue necesaria la toma de medicación psiquiátrica. A los 2 meses de estar internado, vinieron de Admisión de Hogares para entrevistarlo, ya que se agotaron las instancias en la búsqueda de referentes que pudieran alojarlo. Ignacio se negó inicialmente a ir a un Hogar. Desde Psicología, se lo entrevistaba tres veces por semana, trabajando en torno a su enojo por no contar con referentes afectivos que pudieran hacerse cargo de él, y su rabia relacionada a *sentimientos de abandono*. Al tiempo, luego de trabajar mucho con él desde Salud Mental y Servicio Social, finalmente accedió a aceptar una vacante, por lo que un mes más tarde fue trasladado a Hogar Convivencial.

**"Nicolás"**: paciente de 17 años que ingresó por guardia, también traído por la policía, por intervención del CDNNYA y búsqueda de paradero. Vivía intermitentemente en casa de sus abuelos en Provincia de Bs. As., y a veces en situación de calle con la madre, con quien solía juntar cartones. Había abandonado la escuela un año antes cuando falleció su abuela, ya que "era la única que me llevaba", según relataba. La madre se presentó al Hospital y lo acompañaba en su internación, pero al hablar con el CDNNYA surgió que no era una referente segura para alojarlo al egreso, ya que había presentado previamente antecedentes de violencia y fallas en los cuidados (tanto con él como con su hermana menor). Nicolás también tenía antecedentes de policonsumo de sustancias. En el trabajo

psicoterapéutico con él, surgió una arista fundamental, un *interés*: ser recolector de basura como su tío. Aparece una referencia positiva, un punto de identificación distinto, en donde su actividad habitual (“cartonear”) aparece transformada, de manera formal y en un marco legal. Conversamos sobre esto, sobre que además es necesario terminar el colegio para poder acceder a este trabajo. Él mencionaba las ganas de tener su dinero, su sueldo. Es interesante como, de este modo, pudimos acompañarlo a construir un camino diferente y una *apuesta al futuro*, y una forma de encuadrar en un trabajo una actividad que realizaba de modo marginal, perpetuando el ciclo de la exclusión. De este modo, también representa una apuesta a reinsertarse socialmente.

## **Reflexiones Finales**

La salida del desamparo requiere de una re-vinculación sostenida en el tiempo, no solo asistencialismo puntual y recursos materiales. Remarcamos la importancia del rol del psicólogo allí, como oportunidad de construcción de un lazo que permita recuperar la subjetividad.

Estos casos resultan un desafío para los equipos de Salud Mental, no solo por su complejidad, sino por la crudeza de las vivencias e historias que relatan, llegando a resultar impactantes y hasta angustiantes para nosotros como profesionales, quienes nos posicionamos allí en lugar de escucha. También nos enfrenta con nuestras propias limitaciones y nos lleva a reconciliarnos con la sensación de impotencia, tan presente cuando atendemos a estos pacientes.

Pero -tomando el psicoanálisis como marco conceptual y ético- debemos sostener nuestro deseo; deseo de ubicar allí un sujeto donde los demás solo vieron resto, para apuntar a construir un hilo de subjetividad y que puedan comenzar a trazar *su propio deseo*, habilitando una *elección* de algo diferente, de espacios positivos y saludables, a diferencia de un destino oscuro y cerrado. Al menos esa es nuestra apuesta.



**Lic. Carolina Liebermann:** Psicóloga UBA. Especialista en Psicología Clínica. Ex residente y Jefa de residentes del Hospital Pirovano. Ex concurrente del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Psicóloga de planta del servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández; equipo de Adolescencia. Docente UBA.

**Lic. Nazareth Mathius:** Psicóloga UBA. Especialista en Psicología Clínica. Ex concurrente del Cesac 19. Ex psicóloga de planta del Cesac 24 (área programática Hosp. Piñero). Actualmente psicóloga de planta del servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández; equipo de Adolescencia.

### *Adolescentes vulneráveis internados no Hospital Geral por motivos sociais. Qual o papel do psicólogo?*

**Resumo:** Este artigo surgiu do trabalho realizado pela Equipe de Adolescentes do Serviço de Saúde Mental de um Hospital Geral, com foco no tratamento de jovens internados devido à vulnerabilidade psicossocial. Trata-se de adolescentes entre 13 e 17 anos: alguns sem-teto, outros fora da escola, provenientes de famílias que vivenciam maus-tratos ou abusos, outros ainda que já estiveram em mais de um lar adotivo. Suas histórias de vida são marcadas por despejo, marginalização e solidão. Qual o papel do psicólogo nesses casos? Compartilharemos nossa experiência no Hospital, refletindo sobre os desafios enfrentados por esses jovens, bem como sobre possíveis intervenções, visando reconstruir alguma aparência de subjetividade nessas psiques profundamente fragilizadas.

**Descritores:** Adolescência, Vulnerabilidade, Exclusão, Psicologia, Subjetividade.

### *Vulnerable teens admitted to the General Hospital for social reasons. The psychologist's role*

**Abstract:** This paper emerges from the labor by the Mental Health Service at a General Hospital, focusing on the treatment of young people hospitalized due to psychosocial vulnerability. These are adolescents between 13 and 17 years old: some homeless, not attending school, from families experiencing mistreatment or abuse, others who have been in more than one foster home. Their life stories are marked by eviction, marginalization, and loneliness. What role does the psychologist play in these cases? We will share our experience at the Hospital, reflecting on the challenges these young people present, as well as on possible interventions, aiming to rebuild some semblance of subjectivity in these deeply damaged psyches.

**Descriptors:** Adolescence, Vulnerability, Exclusion, Psychology, Subjectivity.

## REFERENCIAS

- Ley 114: *Protección Integral de los Derechos de Niñas, niños y adolescentes*, de la Ciudad Autónoma de Bs. As. Argentina.  
Montobbio, A. (2013): *El niño y su meteorito*. Artículo publicado en Página 12. Argentina.  
Rodríguez Costa, L. (2021): *La violencia en los márgenes del psicoanálisis*. Capítulo: "Desamparo y sus destinos: Trauma y Verleugnung". Lugar Editorial. Argentina.  
Ulloa, F. (1995). *Novela clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. Ed. Paidós, Buenos Aires.