

# **Intervenciones clínicas con una adolescente: subjetividad y transformaciones psíquicas.**

Yapura, Cristina Verónica y Patiño, Yanina.

Cita:

Yapura, Cristina Verónica y Patiño, Yanina (2025). *Intervenciones clínicas con una adolescente: subjetividad y transformaciones psíquicas. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/733>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/RUz>

# INTERVENCIONES CLÍNICAS CON UNA ADOLESCENTE: SUBJETIVIDAD Y TRANSFORMACIONES PSÍQUICAS

Yapura, Cristina Verónica; Patiño, Yanina

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El trabajo se enmarca en la experiencia clínica psicopedagógica donde abordamos diagnósticos individuales y tratamientos grupales con adolescentes pertenecientes al Servicio Asistencial de la cátedra de Psicopedagogía Clínica (Psicología, UBA). Desde la perspectiva psicoanalítica interesa realzar los aspectos subjetivos en juego considerando el entramado de lo intrapsíquico e intersubjetivo, desde la singularidad que cada paciente despliega en los intercambios con los otros en el marco de sus problemáticas de simbolización. Asimismo reflexionamos acerca del trabajo con las personas adultas a cargo de la crianza de cada adolescente interpelándolos a reconfigurar las tramas intersubjetivas donde se inscriben las dificultades y potenciar los cambios clínicos alcanzados en el grupo de pares. La singularidad del caso “M”, adolescente que concurre hace tiempo, nos invita a plantear algunos interrogantes en torno a ejes incluidos en proyectos investigativos desplegados en nuestras prácticas clínicas tales como los modos del sufrimiento actual que se inscriben en el cuerpo, la filiación generacional e inscripciones identificatorias, las preguntas por el origen y expresiones de violencia enlazadas a la trama histórica familiar y a la adolescencia actual. Finalmente describimos intervenciones que buscan propiciar transformaciones psíquicas, desarticulando los padecimientos mencionados y favoreciendo nuevos modos de simbolización y lazo social.

## Palabras clave

Psicopedagogía clínica - Adolescencias - Intervenciones clínicas - Subjetividad

## ABSTRACT

CLINICAL INTERVENTIONS WITH AN ADOLESCENT: SUBJECTIVITY AND PSYCHIC TRANSFORMATIONS

This paper is framed within a psychopedagogical clinical experience that combines individual assessments and group treatments for adolescents enrolled in the Assistance Program of the Chair of Clinical Psychopedagogy (Faculty of Psychology, University of Buenos Aires). From a psychoanalytic perspective, we emphasize the subjective dimensions at stake, taking into account the intrapsychic and intersubjective fabric that each patient deploys in exchanges with others while grappling with problems of symbolization. We also examine the work conducted with the adults responsible for each adolescent's care, inviting them to

reconfigure the intersubjective networks in which difficulties are inscribed and to consolidate the clinical changes achieved in the peer group. The singularity of the case of “M,” an adolescent who has attended the service for several years, prompts us to raise questions around axes explored in our research projects: current forms of suffering embodied in the body, generational filiation and identificatory inscriptions, questions about origins, and expressions of violence linked to family history and contemporary adolescence. Finally, we outline interventions aimed at fostering psychic transformations, dismantling the aforementioned forms of distress, and enabling new modes of symbolization and social connectedness.

## Keywords

Clinical psychopedagogy - Adolescence - Clinical interventions - Subjectivity

## Dispositivo, encuadre y presentación del caso

En este artículo abordamos una experiencia clínica de larga duración con una adolescente que participa de un grupo de tratamiento psicopedagógico en el marco del Programa de Asistencia perteneciente a la Cátedra de Psicopedagogía Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

El dispositivo en el que se inscribe el presente trabajo contempla tanto los encuentros grupales con adolescentes como el acompañamiento a las personas adultas responsables de su crianza, con el propósito de intervenir sobre las coordenadas vinculares e institucionales que configuran sus trayectorias. No obstante, en este caso específico, tuvimos, por los motivos que detallaremos, que acondicionar el encuadre, con el fin de preservar la continuidad transferencial y garantizar las condiciones de simbolización requeridas (Green, 1990; Schlemenson, 2018). El encuadre que implica el dispositivo propuesto desde el servicio asistencial, comprende sesiones grupales semanales a las que asisten adolescentes que cursan la escuela secundaria en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, presentan problemáticas relacionadas con el espacio escolar y las experiencias que allí acontecen vinculadas con los entramados familiares, los cuales atraviesan los intercambios entre pares. Este marco institucional, concebido como un “estuche” que sostiene la transferencia (Green, 1990), posibilita indagar las transformaciones subjetivas que aquí se detallan. Asimismo, resulta fundamental el cuidado

del vínculo transferencial entre cada adolescente y la dupla terapéutica, ya que la alternancia de voces y supervisión recíproca permiten que el espacio clínico sea considerado un lugar propicio para el despliegue de la intimidad y singularidad que porta cada paciente.

En el grupo de M, compuesto por adolescentes mujeres, se comparten experiencias cotidianas que involucran temáticas referidas a los vínculos entre pares, la relación con el propio cuerpo y la imagen corporal y los lazos con los adultos referentes en el hogar y en otros ámbitos, entre otras. M. narra, progresivamente, situaciones que la angustian planteando dificultades para resolver desde una posición reflexiva, mas bien hay predominancia de acto y reacciones inmediatas, sin mediaciones simbólicas. Este modo de presentación clínica sugiere una dificultad para simbolizar la experiencia y procesar los afectos, cuestión que será abordada a través de intervenciones grupales y del trabajo conjunto con las personas adultas responsables.

En el grupo reflexivo de adultxs se abordan las problemáticas actuales de la crianza—límites, acompañamiento escolar, construcción de la autonomía—y se exploran los entrelazamientos libidinales e históricos que emergen en la escucha psicoanalítica. El objetivo es favorecer una posición reflexiva y dinámica que transforme los propios posicionamientos parentales e incida, de manera indirecta, en los modos de funcionar de M.

Este grupo no es accesorio: forma parte del encuadre y se considera condición para apuntalar las transformaciones simbólicas que se producen en lxs adolescentes (Schlemenson, 2018). La coordinación está a cargo de una terapeuta distinta de la dupla que trabaja con lxs adolescentes desde la escucha activa con el fin de favorecer la confidencialidad de cada espacio y habilitar múltiples miradas clínicas, además de ofrecer objetos transferenciales diferenciados que enriquecen el proceso (Kaës, 2007). Asimismo, el encuentro con otras figuras adultas que atraviesan problemáticas similares dinamiza resonancias grupales y procesos de identificación y diferenciación habilitan cambios de posición subjetiva.

Nuestro marco de referencia se sitúa en los aportes del psicoanálisis contemporáneo, desde donde pensamos los conceptos de encuadre, el trabajo psíquico del terapeuta, los aspectos de la transferencia y el funcionamiento del psiquismo. Diferentes autores (Green, Bleichmar, Aulagnier, Kaës) que desde esta perspectiva, aportan y desafían nuestra práctica clínica incorporando en las intervenciones la mirada frente a casos paradigmáticos que interpelan formas convencionales con un abordaje complejo sostenido desde una metapsicología que acentúa la heterogeneidad, la procesualidad como lógica de transformación continua y la poiesis, en tanto capacidad creativa de la subjetividad (Uribarri, 2008).

Para el caso de M, recurrimos a miradas que permiten articular el cuerpo adolescente como territorio de inscripción, disputa y potencialidad y las experiencias de borde y desborde observadas en trayectos del tratamiento. Estos ejes sostienen las

hipótesis de trabajo con las que buscamos aproximarnos a la realidad singular de la paciente, orientando intervenciones que favorezcan la simbolización y la elaboración de sus conflictos.

### Notas claves que caracterizan el proceso terapéutico de M

En los inicios del proceso de diagnóstico y posterior tratamiento de M, fue característica la complejidad de la problemática que narra el padecimiento reflejado en la cotidianidad de los distintos ámbitos en los que vive. El motivo de consulta (a los 10 años de edad) refirió a “problemas de aprendizaje focalizados en la lectura y escritura” detectados por la escuela y, a la vez, connotaciones referidas a secretos y ausencias como contexto y componente de esta situación. Estos indicadores leídos en la repetición de escenas constituyen esta trama connotada por relatos de hostilidad, situaciones con predominancia del “acto”, soledad y confusiones /omisiones en los intentos de historización de los vínculos familiares. Esto caracteriza la singularidad de M. —hoy adolescente de 15 años, con una historia vital atravesada por ausencias, secretos familiares y violencia— nos convoca a pensar los modos en que el sufrimiento se presenta y se transforma, en particular en aquello que no se dice, pero que insiste en el cuerpo y en el lazo, en ocasiones, el cuerpo como archivo de lo que no pudo nombrarse, pero se actuó.

Nos interesa detenernos en una serie de escenas familiares y escolares que permiten leer la inscripción del trauma en el cuerpo, así como las posibilidades de elaboración que se abren a partir del trabajo clínico sostenido. En este sentido podemos decir que se trata de un caso de “urgencia subjetiva” tal como lo caracteriza Korinfeld (2017) quien alude al momento en que el sujeto carece de palabras para nombrar su padecimiento “... *el aparato psíquico no logra simbolizar aquello por lo que está atravesando, por la cual la intervención apunta a producir un movimiento, un pasaje de ese momento subjetivo, centrado en lo corporal, a otra fase en que se pueda realizar algún nivel de relato de lo que se está padeciendo, describiéndolo primero, significando después aquello que se está viviendo (pág. 3)*”. En términos psicoanalíticos, alude a la dimensión traumática del vínculo entre cuerpo y representación.

### Historia de filiación y desamparo

Desde la evaluación inicial se constató en M una trama compleja de subjetivación, atravesada por filiación incierta, violencia intrafamiliar, pérdidas y escisiones afectivas. Distintas escenas—abandono materno, desconocimiento de su padre, conflictos identitarios—alimentan una vivencia de desamparo que se inscribe tempranamente en su historia. M nunca conoció a su padre y, además, experimentó un doble abandono materno: el primero, siendo bebé; el segundo, definitivo, tras procesos judiciales que incluyeron cárcel, deportación y ruptura de vínculos por parte de la madre. A los seis meses quedó al cuidado de su abuela

materna, quien la crió como a una hija. M la llama “mamá”, aunque —desde primer grado, alrededor de los seis años— sabe que se trata de su abuela. Estos desplazamientos en la nominación y el lugar parental contribuyen a un borramiento simbólico del origen, con consecuencias sobre su identidad y su modo de tramitar el sufrimiento.

El conocimiento de la identidad paterna no surgió a partir de un relato acompañado, sino tras un pedido desesperado de M —“*me quiero morir*”—, inicialmente soportado en soledad y luego manifestado como desborde de angustia. Este episodio impulsó a la abuela a solicitar ayuda. Ya en la etapa diagnóstica, constaba que M formulaba preguntas sobre su origen sin obtener respuestas claras. Ante este conflicto, la abuela no le reconoce capacidad para comprender ni para elaborar sus propias reflexiones, lo que prolonga el vacío representacional y refuerza la vivencia de desamparo.

En general, los relatos de M no son lineales ni mantienen un sentido claro al inicio. Sus posibilidades transferenciales se vieron reforzados por el encuadre grupal en el que se comparte intervenciones con pares y los terapeutas. Impulsada por otros relatos en los que encuentra aspectos identificatorios vividos por adolescentes en general, es visible su modalidad verborrágica, al incorporar escenas vividas con pares resaltando actitudes propias de prepotencia, amenazas de pegar a otras compañeras, mostrando disfrutar o no tener freno cuando se ve amenazada por alguna de ellas. Esta secuencia ilustra la dificultad para simbolizar el afecto agresivo y la tendencia al acto que venimos describiendo.

Un encuadre que garantiza el cuidado de la intimidad y confianza, posibilita el despliegue de la escena analítica y habilita la intervención desde una posición de terceridad. Considerado así, el encuadre inaugura un esquema triádico (encuadre —transferencia- contra-transferencia) para comprender el proceso analítico: si transferencia y contratransferencia son el motor dinámico, el encuadre es su fundamento estructural.

El encuadre, según Green, deviene una herramienta de diagnóstico. La posibilidad de usar o no el encuadre como espacio analítico potencial en el que seguir la regla fundamental, permite evaluar las posibilidades y dificultades del funcionamiento representativo. Con pacientes no-neuróticos, entonces, se fundamentan las modificaciones del encuadre (menor frecuencia de sesiones, posición cara a cara, u otros/otras.) para establecer las mejores condiciones posibles para la emergencia de y elaboración de representaciones. (Uribarri, 2005)

La necesidad de un acondicionamiento del encuadre fue necesaria frente al contenido que M desplegó en una sesión en la que se encontraba sola con una terapeuta, produciéndose una instancia consagratoria de la intimidad y una afectación que produjo una notoria vulnerabilidad en la paciente. Este episodio motivó una revisión de las formas de intervención, la modalidad de escucha y el posicionamiento técnico de la terapeuta.

A posteriori —y sólo après-coup, tras la revelación de un abuso— pudimos resignificar una serie de indicios: inhibiciones corporales y uso sistemático de ropa oversize, incluso en verano; restricción alimentaria intermitente, rutinas de cuidado de la imagen excesivas (levantarse a las 4 a.m. para maquillarse y tratar la piel).

Tal como señalamos al vincular trauma y urgencia subjetiva, estas conductas vienen acompañadas de vivencias de desesperación, angustia y desasosiego, frecuentemente canalizadas en acciones centradas en el cuerpo.

### Intervenciones clínicas con M y C (abuela)

La abuela de M impone una modalidad rígida para resolver conflictos, que por un lado brinda sostén pero al mismo tiempo obtura la subjetivación. Cabe pensar una escisión afectiva que le impide elaborar la relación con su hija mayor —madre de M— y, por ende, ofrecer sentidos que acompañen el crecimiento de la adolescente.

Con C hubo que realizar una intervención directa y contundente, señalando el derecho a conocer la propia historia, a construir un relato que pueda ser apropiado subjetivamente, se hizo necesario establecer estrategias de inscripción simbólica del origen y de la identidad de M frente a su pedido desesperado por saber sobre la identidad de su padre, lo que posibilitó a C reconocer el derecho de M a saber, lo que puede pensarse como un gesto reparatorio. Esta intervención, que tensiona las certezas adultas que vulneraban el sentido subjetivo que va en contra de la autonomía de M, habilitó a C a iniciar el trámite de guarda definitiva y, a la vez, a reconsiderar ciertos silencios que habían sido naturalizados a lo largo de su vida. Como señala Aulagnier (2007) la construcción del relato de origen es una de las tareas más complejas de la constitución psíquica. La tendencia a borrar o silenciar la historia de los orígenes y lo que no se puede nombrar, pero que se actúa (en el caso de M: peleas, alimentación, inhibiciones) en el cuerpo deja sin recursos simbólicos para pensar su historia. Silvia Bleichmar (1993) advertía que cuando el adulto ocupa todo el espacio de sentido, sin dejar margen a la elaboración del niño o adolescente, se corre el riesgo de obturar el pensamiento, producir escisiones, e incluso violencia de sentido. En el caso de M sin duda se obtura la posibilidad de acceder a otros sentidos para pensar su propia historia.

Sin duda, son visibles en M los atravesamientos de los procesos psíquicos que va viviendo en la adolescencia, experimentado como un tiempo de transición, de mutación y de transformaciones intensas, aceleradas y desincronizadas; tiempo de vulnerabilidad porque se está cambiando la piel mientras se comienza a explorar el mundo extrafamiliar, que hoy los confronta, quizás más que en otras épocas a un mundo adulto incierto, confuso, desesperanzado. Las adolescencias exploran incansablemente las fracturas del lazo social y encuentran como mostrar lo que como sociedad no podemos inscribir, destrabar, darle un cauce,

una tramitación. Sondean sin pausa las costuras, las cicatrices, los quiebres del lazo social y sus consecuencias para lo común. Las dificultades de tramitación del sufrimiento subjetivo que supone producirse un dolor localizable en el cuerpo o, por lo menos, focalizarse en él, buscar peligrosamente un lugar en el mundo o intentar desaparecer de sí (no necesariamente morir), están en relación, son ecos no tan lejanos de los avatares de nuestro presente y de lo que podemos llamar “mundo adulto”. (Korinfeld, 2023)

### **Intervenciones clínicas y posibilidad de ligadura: entre el cuidado, el derecho y la restitución simbólica**

La instauración de un espacio transferencial que ofrezca un marco de confianza constituye una condición de posibilidad para que lo traumático, que hasta entonces se actuaba o permanecía disociado, pueda comenzar a inscribirse subjetivamente. En este sentido, tanto el espacio transicional como las posibilidades identificatorias que se habilitan desde lo grupal o terapéutico, operan como soportes para que el sujeto pueda apropiarse de su historia sin quedar atrapado en la repetición traumática. Aquí volvemos a insistir en que el encuadre clínico genera condiciones de posibilidad de alojar la subjetividad de M, especialmente en este tiempo de reconfiguración de sentidos y reordenamiento de la experiencia de arrasamiento corporal y de pensamiento ocasionada por la violencia vivida. Green (2005) comprende que el encuadre representa ese elemento tercero que irrumpe en la relación dual, y nos ayuda a pensar en la necesidad de su existencia e interiorización, teniendo efectos en su relación con la vida institucional en lo que respecta a la inclusión de legalidades y las posibilidades de postergación del placer inmediato indispensables para constituirse como sujetos sociales y tolerar las exigencias de límites puestas en juego en el vínculo con el otro.

Es pertinente pensar al encuadre con un carácter transicional, en tanto ayuda a redefinir la relación entre lo externo y lo interno, entre la realidad social y la psíquica, nos permite considerar la importancia de la creación de sentidos entre los procesos subjetivos y las implicancias sociales en donde cada sujeto está intrincado gestándose así un espacio potencial que permite complejizar procesos imaginativos y creativos. (Yapura, 2024) Poner en realce los procesos de pensamiento en este tiempo, es fundamental para el trabajo psíquico, en este punto, preservar el vínculo con M, sosteniendo tanto su subjetividad como su derecho a la protección y a la palabra, es fundante en este tiempo de elaboración de lo fragmentado, de lo escindido significado como doloroso. Cuando la transferencia se sitúa como el motor del trabajo analítico, el secreto deja de ser exclusivamente corporal-psíquico y comienza a inscribirse en la trama simbólica. M expresa la necesidad de “contarlo” y no saber cómo: “*ayúdame a contarlo*”, está pidiendo a la terapeuta una mediación, solicita un espacio de intermediación a través de una figura que

deviene un otro confiable, que actúe de “soporte representacional”, holding winicottiano, para ligar un exceso traumático todavía sin palabras.

Aquí la idea del encuadre interno desarrollada por A. Green, rescata la otredad en juego en el encuadre (Urribarri, 2008), cuando deja de haber uno compartido, el polo analítico se corre hacia el lugar del analista y exige un trabajo suplementario de elaboración, construcción y simbolización de su parte. El terapeuta se apoya en su encuadre interno, en su propio trabajo psíquico vehiculizador de terceridad, es necesario para poner freno a posibles desbordes que surjan en estos despliegues subjetivos en ocasión de no tolerar tensiones que le producen la puesta de límites en algunas experiencias que transita; de esta manera se pone en marcha un trabajo elaborativo que permita generar simbolizaciones significativas. (Yapura, 2024)

Poner foco en el pensamiento clínico, implica sustentarse en el modelo clínico contemporáneo, en este sentido el encuadre, es el elemento tercero, de estatuto transicional permitiéndole a la paciente entrar y salir de su mundo interno, de su intimidad y compartirla con C, necesitando un andamiaje para decir lo propio, es así que se gesta una sesión vincular acondicionando el espacio - propio de M y específico de C y el tiempo compartido. Las intervenciones subjetivantes que se generaron al interior del dispositivo para que no quede atrapada en lo que otros decidieron por ella, para que pueda hablar, pensar, elegir, poner en palabras ayudan a entender lo que hicimos y lo que falta por hacer. En este punto, el horizonte clínico consiste en promover transformaciones subjetivas para desarticular su repetición muda, abrir espacio para nuevas representaciones, y alojar lo que no fue nombrado.

Por eso, intervenir sobre las representaciones que C tiene del cuerpo y la identidad de su nieta es también un modo de transformar las condiciones de posibilidad para que M pueda tramitar lo vivido sin quedar capturada por él.

Desde una lectura con Toporosi (2018), comprender cómo lo estructural se encarna, se transmite y se actúa en lo vincular y lo clínico permite pensar que el cuerpo adolescente se encuentra especialmente expuesto a los efectos de las violencias vinculares y simbólicas, muchas veces ejercidas por quienes cuidan. Estas violencias no siempre son explícitas, pero pueden leerse en lo que no se dice, en lo que se desmiente, en lo que se impide preguntar. En ese contexto, intervenir implica no solo escuchar lo que el cuerpo muestra, sino también abrir condiciones para que el sujeto adolescente pueda producir sus propias versiones de lo vivido.

El cuerpo adolescente está en transición, pero también es un cuerpo interpelado por múltiples discursos que lo sexualizan, lo normativizan y lo controlan. En el caso de M, ese cuerpo no solo está atravesado por el crecimiento y los cambios puberales, carga además con una historia de silencios, omisiones, secretos familiares y violencias tanto simbólicas como concretas. Muchos cuerpos adolescentes “hablan” cuando no se les permite

hablar con palabras: allí donde no hay espacio para alojar el deseo, la pregunta o el desgarramiento del origen, el cuerpo encarna el conflicto. El espacio terapéutico no puede quedar por fuera de estas interpelaciones discursivas y somáticas. Nuestra tarea consiste en co-construir con ella la apropiación de ese cuerpo —de su historia, de su palabra, de sus preguntas— para que deje de ser un cuerpo actuado y pueda devenir cuerpo - sujeto.

### ¿Por qué abordar hoy el eje cuerpo y lo traumático en esta paciente?

Retomamos la viñeta en la que mencionamos los relatos de M en relación a su mundo escolar y los vínculos que allí se desarrollan. En una sesión, M llega “tarde y enojada” y dice que “*iba a pelearse*”, aquí, permite pensar el cuerpo como vehículo de descarga, lo que no se dice se aloja en el cuerpo, el que también “actúa” en la impulsividad, de lo que no logra representarse verbalmente. La escena clínica se vuelve, entonces, lugar donde ese cuerpo encuentra otros modos de manifestarse, ya que metabolizar los *afectos no ligados* en palabras de Green (2003), requiere un trabajo psíquico enorme.

Se puede pensar que en ese contexto su cuerpo aparece como el lugar donde se graban los huecos de la historia, los afectos escindidos, los secretos no dichos. El cuerpo —acompañado, mirado, sostenido en transferencia— empieza a tener otro estatuto: deja de ser portador de lo traumático, para volverse superficie de inscripción, creación y apropiación. El dispositivo clínico, en tanto espacio de encuadre estable, habilita gradualmente estos movimientos sin forzarlos, posibilitando que la paciente ligue el exceso traumático y lo transforme en elaboración simbólica.

### Responsabilidad institucional

Sostenemos un dispositivo clínico que favorece el despliegue de una posición subjetiva propia, capaz de alojar la conflictiva y construir sentido sin quedar capturada por lo traumático. Este dispositivo se articula con otros espacios institucionales que posibilitan la escucha y apuestan a lo simbólico y al deseo.

Desde esta perspectiva, intervenir con M implica intervenir también con C, con la escuela y con los discursos que la rodean. Para ambas, el vínculo con las terapeutas y con las figuras escolares que las acompañaron constituyó un referente seguro al que recurrieron en distintos momentos. El compromiso institucional, basado en el reconocimiento de derechos y en protocolos de actuación adecuados, se convirtió en una red de sostén que impulsó sus procesos de reparación y ligadura de conflictos.

Reafirmamos la necesidad de espacios de intercambio entre terapeutas: supervisiones, reuniones interinstitucionales y diálogos “entre” dispositivos que faciliten el pensamiento clínico. Estos encuentros amplían las posibilidades de intervención y habilitan la simbolización compartida de las experiencias vividas.

### Notas finales

La experiencia clínica con M nos permitió revisar varios pilares que sostienen este proceso terapéutico —dispositivos del servicio, las intervenciones terapéuticas, el encuadre y la transferencia— y sobre todo profundizar en el eje cuerpo-trauma. El cuerpo adolescente puede devenir territorio de inscripción traumática cuando las palabras faltan, cuando la historia no se transmite o la filiación se desdibuja en una trama de desamparo, silencio y violencia. En el caso de M, ese cuerpo, escuchado *apres coup*, se reveló como testimonio, allí donde el origen fue negado y la pregunta clausurada, el cuerpo habló mediante gestos, enojos, llantos y actuaciones.

Como señala Aulagnier (2007), nombrar el trauma inaugura la posibilidad de apropiación de la propia historia. El objetivo no es sólo “contar el abuso”, sino transformar un hecho traumático en un relato propio, inscripto en la memoria familiar y social, reduciendo el peso del secreto y habilitando nuevas representaciones de sí. La transferencia, entendida como sostén, testimonio y terceridad, es la vía privilegiada para que esa operación adquiera densidad psíquica y potencia reparadora. Por ello, trabajar con C —la adulta a cargo— resulta indispensable: sin intervenir en sus representaciones, silencios y violencias simbólicas, no se abre espacio para la elaboración subjetiva de la adolescencia.

La clínica, entonces, no se limita a interpretar lo que ese cuerpo dice, sino a habilitar condiciones simbólicas para que ese decir se vuelva propio. Esto implica sostener una transferencia lo suficientemente firme como para contener lo que desborda, y lo suficientemente flexible como para permitir que aparezca lo singular, incluso en formas impensadas.

A través de esta experiencia, reafirmamos la potencia de una clínica situada, atenta a los modos en que lo psíquico, lo vincular y lo social se entranan en cada caso, y especialmente comprometida con una lectura del cuerpo, del síntoma que lo entienda como un intento —a veces desesperado, a veces creativo— de ligadura. Lo que está en juego no es solo el malestar de una adolescente, sino la posibilidad de que ese malestar encuentre palabras, escena, escucha.

### BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (2007). *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado* (7.ª reimp.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. (1993). *La fundación del inconsciente: Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Green, A. (2003). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R. (1993). *Los grupos y el sujeto del inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Korinfeld, D. (2017). “Urgencias subjetivas de niños y adolescentes: ¿estamos preparados? Un enfoque desde la salud mental comunitaria”, en *Niños dispersos, aburridos, solos. Nuevos contextos. El rol del adulto hoy*. Andrea Kaplan y Mariana Sanmartín (Comps.). Buenos Aires: Noveduc.

- Korinfeld, D. (2023, agosto). Adolescentes: el cuerpo, la piel como campo de batalla. *Revista Actualidad Psicológica* AÑO XLVIII - N° 531 - Pag-10//12.
- Schlemenson, S. (2018). La clínica psicopedagógica: Intervenciones, dispositivos y relatos institucionales. Buenos Aires: Noveduc.
- Toporosi, S. (2018). *En carne viva: Abuso sexual infantojuvenil*. Buenos Aires. Topía.
- Uribarri, F. (2005). Marco y representación en el psicoanálisis contemporáneo, en *Cuestiones para un psicoanálisis contemporáneo*. Ed. F. Richard y F. Uribarri, PUF, París.
- Uribarri, F. (2008). *Las prácticas actuales y el paradigma contemporáneo. Las 3 concepciones de la contra-transferencia y el trabajo psíquico del analista*. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, pág. 76 a 106.
- Winnicott, D. W. (1990). *Realidad y juego* (J. Brunner, Trad.). Barcelona: Gedisa.
- Yapura, C. (2024). *Entre la clínica y el espacio escolar: el encuadre entre bordes y desacordes*. En, *Del hacer y del pensar. Andamios para los oficios del lazo*. pág. 117 a 132. Colección Lazos, Ed. La Hendija.