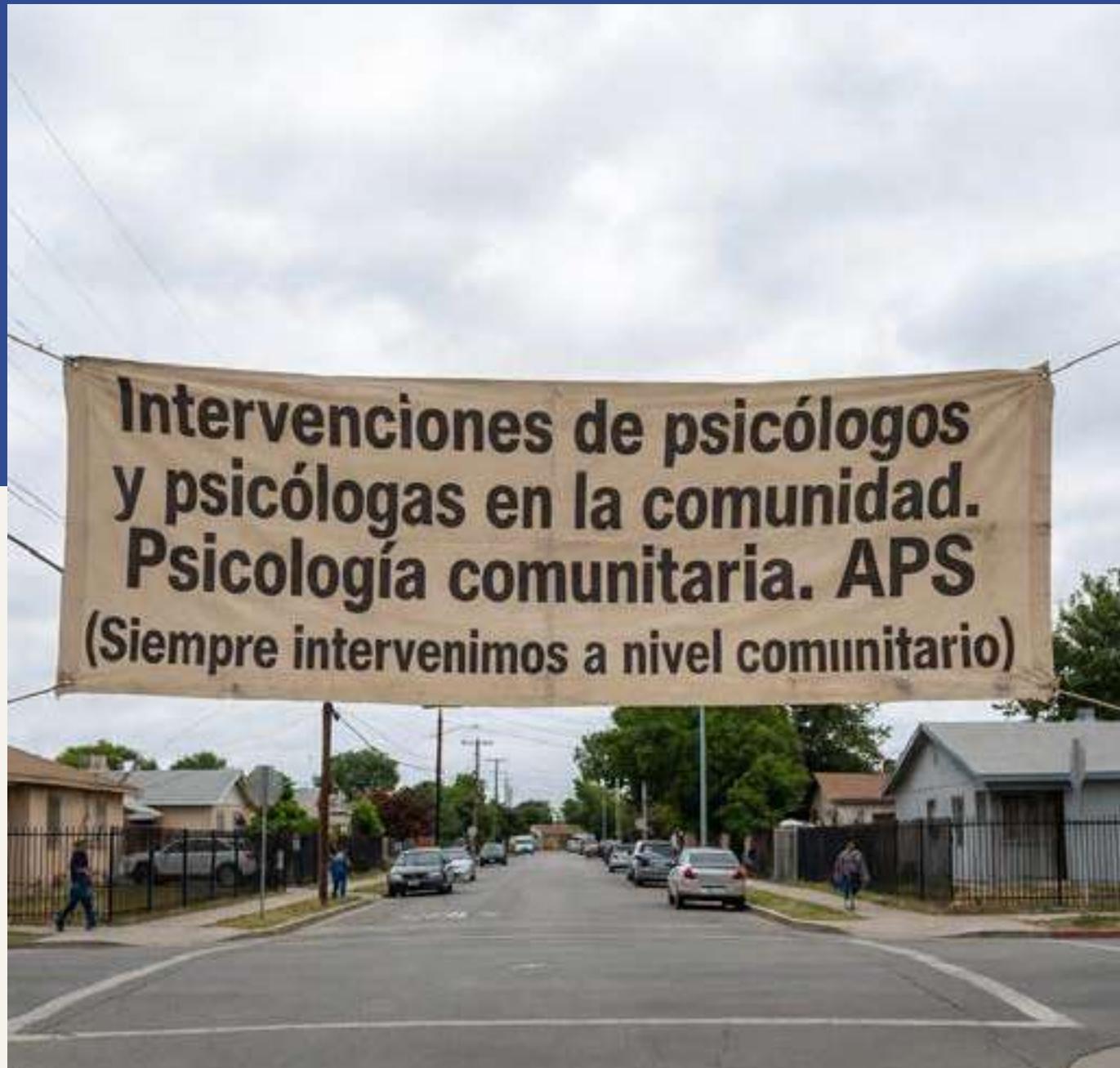


#Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la CABA

12ma Edición | Diciembre 2025
ISSN 2953-4895



EDITORIAL

Psicología y Atención Primaria: pensar la salud desde el territorio

Como secretario general de la Asociación de Psicólogos del GCABA, quiero aprovechar este espacio para compartir una reflexión que considero central para nuestro presente profesional y para el futuro del sistema de salud en el que trabajamos. La Atención Primaria de la Salud (APS) no es sólo un nivel de atención: es una forma de entender cómo se construye salud en la ciudad y cuál es el lugar que ocupamos las y los psicólogos en ese entramado.

En estos años, he visto cómo nuestro trabajo en la APS aporta algo que va más allá de la intervención clínica. Nuestra presencia en los centros de salud, en las escuelas, en los barrios y en los distintos dispositivos territoriales nos permite leer de cerca las dinámicas comunitarias, comprender los determinantes sociales que impactan en la salud mental y anticipar situaciones que requieren acompañamiento específico. Esa mirada, situada y contextual, es una herramienta estratégica para un sistema que busca dar respuestas concretas sin perder la cercanía con la población.

El trabajo interdisciplinario es otro punto que quiero subrayar. A lo largo del tiempo, he comprobado que cuando los equipos se piensan colectivamente, cuando circula la información y se comparten decisiones, las intervenciones se vuelven más precisas y más efectivas. La psicología aporta escucha, análisis y capacidad para entender cómo viven y significan las personas aquello que les sucede. Y es desde ese aporte que el equipo puede construir estrategias más completas y adecuadas.

A su vez considero fundamental el concepto de territorio. Estar en el barrio, conocer las redes formales e informales, comprender la vida

EDITORIAL

cotidiana de la comunidad, no es sólo una forma de trabajar; es una definición política sobre cómo debe funcionar el sistema de salud. La presencia sostenida de los equipos posibilita vínculos de confianza que facilitan el acceso y permiten que las personas lleguen antes, con menos sufrimiento y con más posibilidades de ser acompañadas adecuadamente.

Lo comunitario no es accesorio, es parte de una estrategia para que la salud pública sea fundamentalmente accesible. Mantener vínculos estables, escuchar, sostener la continuidad de los equipos y construir decisiones junto a la comunidad fortalece el primer nivel de atención y ordena el sistema en su conjunto.

En un contexto donde se discuten modelos de gestión, recursos y prioridades, creo firmemente que la APS —y dentro de ella, el trabajo de las y los psicólogos— es un pilar que debemos seguir defendiendo y fortaleciendo. No por una cuestión corporativa, sino porque es ahí donde el sistema se vuelve más humano, más eficiente y más capaz de responder a las necesidades reales de la población.

Como Asociación, asumimos la responsabilidad de acompañar estas discusiones, de aportar una mirada técnica y experiencia territorial, y de seguir construyendo, junto a ustedes, un camino que potencie nuestra práctica y fortalezca la salud pública de la Ciudad.

Andrés Añón

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

OBSTÁCULOS E INTERVENCIONES DE PSICÓLOGOS Y PSICÓLOGAS EN LA COMUNIDAD. PSICOLOGÍA COMUNITARIA. APS (SIEMPRE INTERVENIMOS A NIVEL COMUNITARIO).

En este nuevo número de SomosAPGCABA, es nuestra intención transmitir la idea acerca de las intervenciones en Salud Mental necesariamente incluyendo el nivel comunitario, sabiendo que este amerita una práctica y una expertiz en particular. Tener presente este principio nos orienta en nuestra tarea, ya que la Psicología Clínica es en un determinado contexto y, siempre, en la comunidad de la cual formamos parte como profesionales.

Se reflejan en los trabajos que nos han acercado las y los colegas, que conocer cuál es el lugar que tomamos en relación a las y los otros determina nuestra posición clínica y de este modo nuestra práctica necesariamente se complejiza.

Últimamente, a raíz de una serie televisiva, hemos escuchado

repetidas veces la frase “Nadie se salva solo” y hemos visto como la misma toma relevancia especialmente en estos tiempos en los cuales la individualidad y la indiferencia parecen ser habituales. En este sentido, el concepto de Atención Primaria en Salud (APS) emerge como un pilar central, dado que siempre intervenimos a nivel comunitario, entendiendo que la Salud Mental no puede separarse del contexto social y cultural en el que se desarrollan las dinámicas humanas.

La posibilidad única que nos brinda nuestra profesión, de escuchar al sujeto en “su” verdad, en “su” subjetividad, debe ser contextualizada en la época y en el espacio en que se encuentra, es decir en su comunidad, desde allí habla el sujeto.

En conclusión, la Psicología Comunitaria no sólo amplía el

alcance de las intervenciones en salud mental, sino que también reafirma la importancia de trabajar de manera colaborativa y contextualizada. Los psicólogos y psicólogas podemos desempeñar un rol transformador, generando las condiciones de accesibilidad de la atención en salud mental y donde cada individuo se sienta parte activa del propio proceso de encuentro con su bienestar, en la comunidad.

Esperamos que la lectura de los trabajos que amablemente nos han acercado nuestras y nuestros colegas, les sea interesante y disfruten de ellas. Por otra parte, los y las invitamos a escribir en el próximo número cuya temática será “Psicología Clínica y Adolescencias”.

Irene Scherz - Oscar Cott

¿Querés publicar en el próximo número?

> **Tema de la próxima edición:** "Psicología Clínica y Adolescencias"

> **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: 6 de marzo de 2026.

EQUIPO EDITORIAL

Director:

Andrés Añon

Directores Editoriales:

Irene Scherz
Oscar Cott

Diseño y diagramación:

Romina Malla, para Zulú Estudio

DEL CONSUMO CALLEJERO AL ALOJAMIENTO DE UN PADECIENTE EN SITUACIÓN DE CALLE. ESCOLLOS Y POSIBLES LÍNEAS DE INTERVENCIÓN.

**Jésica Daiana Quittner***quittnerj@gmail.com*

Psicóloga UBA. Especialista en Psicología Clínica. Ex concurrente del Hospital Moyano. Psicóloga de planta en equipo asistencial perteneciente a la Dirección Gral. de Salud Mental del GCABA

Introducción

Este trabajo presenta el caso de Miguel, un hombre en situación de calle con un largo historial de consumo problemático de alcohol y diagnóstico esquizofrenia. Su recorrido por distintos dispositivos de salud mental y asistencia social de la Ciudad de Buenos Aires y de Nación permite reflexionar sobre los desafíos que implica acompañar a personas con múltiples vulnerabilidades.

Desde noviembre de 2022, Miguel fue incorporado a la red de atención del GCABA a través del equipo ASIC, que trabaja con usuarios en situación de calle con trastornos mentales graves y consumo problemático. Su trayectoria estuvo marcada por recaídas, dificultades de adherencia y múltiples internaciones, pero también por avances significativos gracias al trabajo interdisciplinario y en red: obtención de CUD, incorporación de un acompañante terapéutico (AT) y reactivación del vínculo con su hijo.

El caso invita a pensar en la importancia de abordajes integrales, sostenidos y personalizados, en línea con la Ley Nacional de Salud Mental, donde la salud mental es inescindible de las condiciones sociales, vinculares y comunitarias.

Marco normativo y antecedentes

En la Ciudad de Buenos Aires, la Ley 3706 (2010) garantiza los derechos de las personas en

situación de calle, entre ellos el acceso prioritario a programas de salud y adicciones. A nivel nacional, la Ley 27654 (2021) avanza en la misma dirección, reforzando la responsabilidad del Estado en generar políticas públicas para esta población.

Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental (26657) (2010, reglamentada en 2013) establece que las adicciones forman parte de la salud mental y que toda persona debe recibir atención integral y sin discriminación. Esto implica que quienes están en situación de calle no pueden quedar excluidos de la atención sanitaria y social.

Sin embargo, la práctica cotidiana muestra una brecha entre lo normado y lo real: fragmentación de dispositivos, estigmatización y respuestas punitivas. A menudo se habla de “casos sociales”, reduciendo la complejidad de la salud integral a lo asistencial.

A nivel internacional, se destacan experiencias como el modelo Housing First, surgido en Nueva York en los '90 y luego extendido a Europa. Esta política propone garantizar vivienda de manera inmediata como punto de partida, no como objetivo final. La estabilidad habitacional permite sostener mejor los tratamientos, reducir daños y recuperar redes sociales. En nuestro país, experiencias similares se han implementado con el programa de externación sustentable en la Provincia de Buenos Aires, que habilitó casas

comunitarias para personas externadas o en situación de calle.

Caso clínico – Miguel

Miguel inició consumo de alcohol en la adolescencia y, con el tiempo, desarrolló un cuadro de esquizofrenia y polineuropatía periférica. Su vida en la calle agravó el deterioro físico y psíquico, dificultando cualquier proceso de tratamiento. Dormía en condiciones precarias, sufría robos frecuentes y presentaba cuadros de abstinencia cuando no podía conseguir alcohol.

Su recorrido estuvo marcado por numerosos intentos fallidos de inclusión en dispositivos de salud y alojamiento. Un ejemplo claro fue la derivación a una comunidad terapéutica que no lo recibió por considerar que su diagnóstico de esquizofrenia no podía ser abordado allí, mostrando la persistente división entre “salud mental” y “adicciones”.

Ante la falta de alternativas y el riesgo de abandono, en septiembre de 2023 se judicializó su situación, logrando su internación en el Hospital Durand para una primera estabilización. Posteriormente ingresó a la comunidad terapéutica Fundación Araucaria, donde permaneció casi un año. Desde 2024 sostiene un abordaje conjunto con el Hospital Álvarez, el programa Acercate y un acompañante terapéutico.

En la actualidad, Miguel cuenta con CUD, pensión

por discapacidad y mayor autonomía en actividades cotidianas. Retomó el vínculo con su hijo de 12 años, aunque aún requiere acompañamiento para evitar recaídas en momentos de crisis emocionales. El rol del AT ha sido central para sostener adherencia, organización y actividades extramuros.

Conclusiones

La historia de Miguel refleja los principales desafíos de la atención a personas en situación de calle con patología dual:

- Fragmentación de dispositivos que dificulta la continuidad de cuidados.
 - Estigmatización y exclusión en ámbitos de salud y asistencia.
 - Dificultades de adherencia vinculadas a la dualidad consumo problemático de sustancias y psicosis.
 - Impacto de la situación de calle como factor de cronificación y riesgo.
- A la vez, muestra que, con trabajo interdisciplinario y sostenido en red, es posible lograr mejoras concretas: acceso a derechos (CUD, pensión), recuperación de vínculos y avances en autonomía.
- El caso nos recuerda que no alcanza con intervenciones asistenciales aisladas: se requieren estrategias de inclusión social, acceso a vivienda y apoyos institucionales estables, en línea con políticas como

Housing First o la externación sustentable.

La salud mental no puede pensarse separada de las condiciones materiales de existencia. Acompañar a personas como Miguel supone no sólo brindar tratamiento clínico, sino también garantizar vivienda, ingresos, redes comunitarias y el pleno ejercicio de derechos ciudadanos. Sólo así es posible sostener procesos de recuperación y construir trayectorias vitales más dignas.

**ALGUNOS USOS Y EFECTOS DEL
ABORDAJE GRUPAL**

**Talleres de arte y tejido del
HDI Nores, Tigre**



Samanta Ingrid Vodopivec

samantaingrid@hotmail.com

Licenciada en trabajo social UBA. Formo parte de equipo de Atención primaria en salud mental. Dirección Nacional de salud mental 2010-2015. Trabajadora Social en HDI Nores. Actualmente equipo de guardia de salud mental en el Hospital Provincial Magdalena V. Petrona de Martínez.



María Alejandra Viale

aleviale_1@hotmail.com

Licenciada en Psicología UBA. Coordinadora Área salud de Se- cISyU GCBA, psicóloga de planta en CEDA, Clínica Dharma, y HDI Nores. Actualmente psicóloga de planta en Htal B. Moyano, CABA

Quienes trabajamos en el Sistema Público de Salud sabemos que la demanda es infinita; que siempre se necesitan más recursos, (sin dejar de lado que puedan ser más o menos escasos según la época o el lugar); pero que igualmente siempre serán insuficientes. Pensamos que esto responde, no solo a la demanda particular de quien se acerca a las instituciones de salud en busca de alguna respuesta a los problemas más diversos; sino del sistema mismo, de la demanda de eficiencia y eficacia, de acercarnos cada vez más a la verdad que podría efectivamente adecuar el objeto al sujeto. La posición que intentamos sostener, implica estar advertidos de este imposible, buscando un uso posible aún, y cada vez.

De esta manera, la creación de estos espacios, intenta dar alguna respuesta a varias demandas en simultáneo. Por un lado, el pedido del Amo de optimizar tiempos y productividad; y por otro, la presentación de ciertos casos, de malestar difuso, que decidimos ubicar como una demanda.

Malestares, no sólo producto de esta o aquella estructura o diagnóstico, sino también una manifestación de la época. Testimonios diversos de dificultades pronunciadas para el lazo

social. Así, los talleres están orientados a pacientes de Salud Mental, adultos, en general con patologías de las que llamamos crónicas. El criterio que utilizamos para invitarlos, es que manifiesten un malestar en relación a su escasa red de contención, dificultades en los vínculos con otros, falta de actividades o proyectos; demanda persistente de la institución, etc. Si bien este sería ser el rasgo en común del grupo, lo que se intenta poner en juego es algo distinto. Distinto a la patología, distinto a los tratamientos.

En los tratamientos que agrupan monosintomáticamente, los sujetos se homologan a partir del rasgo que los identifica, apuntando a un vínculo entre semejantes, que borre las diferencias, o lo particular de cada uno. El valor simbólico que ocupa el Ideal (I(A)), permite la simetrización homologadora del Otro con lo Mismo.

Sabemos de la estabilización que pueden alcanzar algunos sujetos a partir de estas identificaciones que ataúnen al ser y les permiten nombrarse: soy alcohólico, esquizofrénico, cardíaco, anoréxico; o también: soy evangélico, peronista, humanista, vegano, etc. También sabemos que esta solución no es para todos, como no lo es nin-

“...No podemos ser felices en soledad...”

*Parafraseamos la frase de Leonardo Favio: “Me hice peronista porque no se puede ser feliz en soledad”, por el simbolismo grupal que ha adquirido.

guna. Se trata en este caso de la identificación anónima al universal, a la función social del síntoma que tiende a abolir cualquier emergencia de singularidad. La pluralidad de identificaciones imaginarias y simbólicas es correlativa a la decadencia contemporánea de la función del Ideal y una promoción del objeto (a), plus de gozar. El amo se pluraliza. Lo paradójico, es que esta expansión identificatoria no ha favorecido la tolerancia de lo diferente; sino que en la construcción de comunidades alternativas, también se pone de manifiesto su mutuo rechazo. “*El horizonte de la segregación, en sus distintas vestiduras, se vuelve tanto más patente en las cotidianidades como así también en sus acontecimientos imprevistos*”.¹

La liberación propia de la psicosis y el rechazo a la locura de quienes suponemos que nos entendemos, no es nada nuevo. La ironía, que cuestiona el lazo con el semejante, o los estados de aislamiento o catatonía que prescinden o suspenden el vínculo con el otro, con el propio cuerpo, y con lo Imaginario; son realizaciones posibles que testimonian esta ruptura. Pero en estos tiempos no puede obviarse el matiz propio de la época, y del “proceso de personalización”, como dice Lipovetsky: “estamos ya regidos por el vacío, un vacío que no comporta, sin embargo, ni tragedia ni apocalipsis”². A contrapelo de este empuje, aparece la posibilidad de promover la

necesidad de discurso, es decir, de un lazo social ordenado por la alteridad.

Nos lanzamos un poco a esta experiencia armándola a partir de quienes iban participando, lo que proponían, lo que nos parecía que podía interesarles. Se recorta determinada población, aunque en la práctica participa todo aquel que quiera hacer uso del espacio: pacientes de salud mental, o no; ya que muchas veces han participado familiares, amigos, etc. El grupo que permanece, sin embargo, se ha constituido entre pacientes de la especialidad. Esto podría haber derivado en algún tipo de constitución de identidad grupal, como ser “*Usuarios de Salud Mental*”. Sin embargo, no sucedió. Un ejemplo claro, puede ubicarse en una salida para ver obras de arte; en donde, por la articulación institucional misma, se acordó una visita para el “*grupo de pacientes de salud mental*”. Al llegar, uno de los participantes, puso en juego una sobreactuación del rol, personificando con mucha elegancia, a “*un loco*” que amagaba con pasar la lengua por los cuadros y hacia preguntas absolutamente bizarras (como ser: que comían los autores de las obras); en un guiño constante de complicidad con sus compañeros, que festejaban su performance con las risas propias de un público satisfecho. Irreverencia que sostiene en acto el rechazo de la designación social, a la vez que se ubica en un lugar entre otros.

Vamos vivenciando que, lejos de que el espacio grupal, homogéneo y genere una identificación masiva al “*ser loco*”, el formar

parte del grupo, subjetiva a quienes participan. La presencia constante, una vez por semana, genera lazo con la institución, entre ellos, y entre quienes acompañamos el proceso.

El espacio grupal oficia como un modo de tratamiento diferente a una lógica de medicalización y burocratización de la atención. El grupo ha creado ciertas formas de relación, legalidades propias, que se caracterizan por la tolerancia frente a lo que aparece como disruptivo del otro, especialmente en relación a los síntomas pronunciados que de vez en cuando irrumpen en la dinámica usual. M suele presentar síntomas de desorganización conductual (manchándose con las pinturas, pidiendo constantemente que se le regalen cosas). D tiene épocas en las cuales no puede acotar su delirio e inunda las conversaciones explicando su teoría del universo. G comienza a sentir “*ansiedad y pánico*”, etc. En los talleres no se aspira a hacer una terapéutica de los cuadros sintomáticos, ni se hace psicoeducación; tampoco se rechaza la emergencia de estos síntomas, sino que se atiende a la situación puntual si así lo requiere, y el grupo mismo ha desarrollado formas de tolerancia, de acompañamiento, hasta diríamos de confianza; que permiten seguir sosteniendo el espacio como algo distinto.

Lo complejo del contexto socio económico y político actual, irrumpen permanentemente en el espacio, se comparten historias de vida, dificultades a raíz de cada uno de sus malestares, preocupaciones en común: si hay o no medicación, si hay que

¹ Tendlarz, Silvia Elena: *Lo patológico de la identificación*. En <http://www.eol.org.ar>

² Lipovetsky, Gilles: *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Ed Anagrama. Barcelona. 2003. p.10

ir a Pacheco o la Plata, cuanto puede tardar el certificado o la pensión. Pero de la misma forma se comparte quien fue tío o abuela, quien fue al cine, quien cumple años, opiniones políticas o chismes de la farándula.

La respuesta a las dificultades cotidianas con el sistema de salud, es colectiva, con lazos solidarios. A va a ir a La Plata a buscar medicación, y ofrece llevar a quienes lo necesiten; B explica cómo conseguir las recetas digitales...

Lo que permanece es el día, la hora, el lugar, y la actividad que sirve como excusa para la posibilidad del encuentro. Algo de esto puede verse en la elección del nombre para el emprendimiento de los martes: 7MN (siete, los martes, en el Noroeste). Este nombre, delimita un espacio impersonal en el cual cada uno hace su propio recorrido. Un año y medio más tarde, podemos asegurar que algo de esto les funciona. Para J, quien pareciera encontrar cierta estabilidad en el amor por Leonardo Favio y el peronismo; el taller le permite un espacio en donde socializar su particular forma de sostenerse; musicalizando los encuentros, cantando y cebando mate, recibiendo como un anfitrión a quienes se van sumando. Para B, el espacio le permitió encontrar su gusto por la pintura y el arte, que trasciende el horario del taller, ya que dedica tiempo en su casa a esta actividad y se ha incorporado a un curso de dibujo del municipio, en donde aprende técnicas que luego enseña a los demás en el taller. “Pensar que estuve tantos años haciendo

trámites, y ahora estoy acá, haciendo algo que me gusta”, nos comenta. “Cuando me pasa algo que me hace mal, ahora lo estoy pintando, lo expreso así”. En su caso, la experiencia de la pintura lo ayuda a relocalizar los objetos: los acota, los separa, y de esta manera los hace circular.

Quien recurre constantemente a él es G, para quien el arte no permite una forma de tratamiento, pero sí encuentra una contención en otros que la puedan auxiliar y “comprender”; que la ayuden a “pasar el tiempo”, que de otra manera adquiere la forma insoportable del “pánico” que la invade constantemente. G le boceta todos los dibujos, le da indicaciones de como pintarlos, y ella se ríe en la complicidad de realizar las consignas con asistencia y cuidados especiales. Y, hace algo similar con J (el musicalizador del grupo), pero a la manera de una secretaria. Le responde los whatsapp, lo asesora en cómo utilizar las aplicaciones; y dibuja y pinta sola, pero cada semana el chiste es que en realidad los hizo J.

Lo grupal también trasciende los muros institucionales. Se van juntos a tomar el colectivo, se acompañan al banco, A cumple años e invita a todos el domingo a su casa. Cuando alguno se ausenta, se pregunta por esa persona, hay una preocupación por el otro que hoy no está. En el grupo circula algo de otro orden, en la línea de una respuesta contrahegemónica a la lógica capitalista y la salida individual.

En esta dirección también, en el grupo de tejido los integran-

tes proponen constantemente técnicas y objetos nuevos para elaborar, con el objetivo posible de su comercialización; pero sin la ferocidad del mercado y del imperativo social del consumo. El emprendimiento intenta ubicar nuevas formas de hacer con el tiempo y de anudamiento con el Otro social, más allá de la utilidad económica.

La apuesta es entonces, a favorecer la constitución de lazos, no por la vía de la homogeneización, sino por la vía de la tolerancia frente a lo radicalmente distinto del Otro.

Bibliografía

- Carballeda, Alfredo: La Intervención en lo social. Ed. Paidós. Buenos Aires. 2000
- Lacan, Jacques: El seminario de Jacques Lacan. Libro 17: el reverso del psicoanálisis, 1969-1970. Ed. Paidós. Buenos Aires. 2009.
- Laurent, Eric: Psicoanálisis y Salud Mental. Ed. Tres Hachas. Buenos Aires. 2000
- Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, N° 26657
- Lipovetsky, Gilles: La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Ed Anagrama. Barcelona. 2003.
- Recalcati, Massimo: Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis. Ed. Síntesis. España. 2008.
- Tendlarz, Silvia Elena: Lo patológico de la identificación. En <http://www.eol.org.ar>

UN LOGRO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

**Construcción de un Centro de Salud
en contexto de lógicas de mercado.**



Lic. Eduardo Tissera

lic.eduardotissera@gmail.com

Lic. en Psicología (UBA). Primera promoción de la Residencia Interdisciplinaria de Educación Para la Salud. Especialista en “Problemáticas Sociales Infanto - Juveniles”. Psicólogo de Planta del (C.E.S.A.C. Nº15) del Área Programática del Hospital Argerich Integrante de la

Comisión Directiva de la APGCABA desde 2016 hasta 2024.

Director del Departamento de Psicología Comunitaria de la APBA. Plenarista del Consejo de Derechos de Niños, niñas y adolescentes del GCABA desde 2024.

Introducción

Es la intención de este artículo compartir una experiencia exitosa en el marco de la Atención Primaria de la Salud. A lo largo del presente pretendo destacar algunos de los componentes de la misma. Nos referiremos al CESAC 15 y su vínculo histórico con las organizaciones y las vecinas y vecinos del barrio de San Telmo.

En principio y centralmente, el de la participación comunitaria. Este concepto es habitualmente mencionado, aunque sin profundizarlo ni desarrollarlo en todo su potencial y acepciones. No será este el lugar donde hacerlo. En todo caso constituye un relato para visualizar un ejemplo aplicado. Por otra parte, es un tema que hace a la esencia de la Psicología Comunitaria de raigambre latinoamericana.

También tiene el sentido de poner en evidencia la potencialidad de un equipo interdisciplinario y la prioridad que este otorga a las

necesidades de la comunidad. En este sentido el proceso que se relatara implicó tareas no circunscriptas a lo tipificado para cada profesión.

Es preciso subrayar que experiencias como la que comparto requieren constancia en los objetivos y sorteо de las dificultades. En este caso el proceso demandó al menos una década.

Junto con la participación comunitaria, el enfoque interdisciplinario y el acompañamiento aún en procesos que demandan mucho tiempo, fue necesario entender al Centro de Salud como un actor más en el marco de las distintas redes de actores sociales del barrio.

Es necesario acudir a la contextualización e historización de la experiencia.

Hasta 1978, en la media manzana correspondiente a San Juan, Balcarce y Humberto Primo del porteño barrio de San Telmo, funcionó

el Patronato de la Infancia (PADELAI). En principio fue destinado a dar albergue a niños y niñas huérfanos, de sectores muy vulnerados. Era atendido por la caridad en manos de monjas. Contaba con una escuela (sobre Balcarce aún se puede advertir el cartel que lo evidencia) y también atención de la salud. Ese edificio se dejó de usar, quedando vacío. Luego de la dictadura, aproximadamente en 1983, muchas familias empujadas por la pobreza fueron ingresando al lugar e instalándose en el mismo.

Llegada la década del '90 dichos vecinos fueron organizándose en una cooperativa. En aquella época una de las ahora conocidas organizaciones de vivienda, Movimiento de Ocupantes e Inquilinos (el MOI) participaba muy activamente en dicho proceso.

En 1991, durante la intendencia de Carlos Grosso, se le otorga a la creada “Cooperativa de vivienda San Telmo” la

escritura por el 70 % indiviso de la propiedad. Legalmente esas familias dejaron de ser ocupantes.

Una de las experiencias comunitarias en relación la construcción de un Centro de Salud es la protagonizada por dicha Cooperativa que, junto con otras organizaciones y actores del barrio incorporan la lucha por el reclamo para que el ex Centro de Salud Mental Nro. 2 (a una cuadra y media del ex PADELAI), se constituyera en un Centro Polivalente. Así en un intenso proceso se constituye el

Centro de Salud y Acción Comunitaria Nro. 15 (CESAC 15)

Con un proyecto de neto enfoque social y en el marco de la Atención Primaria de la Salud, este efecto desarrolla sus actividades insertándose en el barrio. El conjunto de las familias del “Patro” son atendidas y seguidas por su “salita”. A través de este conocimiento progresivo y profundo que incluía permanentes visitas domiciliarias, realización de talleres en el ex PADELAI, etc., el equipo de salud fue viendo crecer a las niñas y niños atendidos, las familias, sus problemáticas.

El CESAC 15 debe, entonces, en buena medida su existencia como tal a aquellas familias.

Aquí aparece, entonces, una de las marcas históricas de la participación comunitaria. La misma tuvo el eje en el impulso desde la comunidad hacia la gestión sanitaria más que a la inversa.

Desarrollo

El Ex PADELAI

La organización comunitaria no es fácil. Se mantiene en base a contener tensiones y conflictos. En dicho proceso en febrero 2003 sobreviene lo que sería el primer desalojo a las familias del Ex Padelai por parte del GCABA. El mismo se desarrolló en base a una acción fuertemente represiva. Si bien contaban con el título de propiedad, el argumento o excusa esgrimido por las autoridades fue el de un riesgo edilicio que, luego a lo largo de la historia, nunca se verificó.

El edificio se cerró y las familias dispersadas (sólo a algunas se les otorgó un subsidio o crédito para vivienda). El lugar fue cedido a un proyecto cultural de la embajada de España. Luego, más tarde y producto de la recesión heredada del 2001, el mismo fue dejado de lado.

Mientras tanto en la gestión de Mauricio Macri en la ciudad de Buenos Aires se procede a iniciar un proyecto de expropiación de la cooperativa. El mismo perseguía el propósito de que dicha propiedad volviera al patrimonio de la Ciudad. Sin embargo, el mismo quedó en una nebulosa jurídica en tanto no se puede concretar el pago a la cooperativa.

Llegado el 2011 y 2012 se dan algunas condiciones que animan a un alto porcentaje de las familias que habían sido desalojadas a ingresar nuevamente.

En todo este largo proceso se van sucediendo causas cruzadas por distintos temas, tanto de la esfera civil como en la penal.

A partir de 2015, y 2016 el GCABA comienza una serie de maniobras de diverso tipo para lograr el desalojo definitivo. El GCABA comienza a operar divisiones sobre las familias habitantes. En base a un detonante menor esgrimido por la Fiscal Celsa Ramírez, se desencadenan procesos de desgaste.

El desalojo se opera en la madrugada del 4 de enero de 2017. Y será definitivo. Esa triste noche estuvo rodeada del equipo de salud asistiendo en lo que se pudiera, así como un diverso grupo de organizaciones sociales, que se solidarizaban con las familias.

Esto es porque ya previamente, los actores del barrio venían procurando apoyar el proceso organizativo que venía debilitado, lo cual hacía proveer las posibilidades de desalojo.

Cuando se vislumbraba como inminente el desalojo, estas organizaciones comenzaron a elaborar un plan B, por el cual si se diera la situación de que el edificio quedara deshabitado, el mismo al menos pudiera destinarse a reales necesidades de los y las vecinas del barrio. Es así que en forma unánime se visualizó que lo más necesario, legítimo (y consistente con el proceso histórico) sería que allí funcionara el CESAC 15.

En dicho momento esto objetivo era altamente difícil de concretar. Era muy previsible que una gestión gubernamental, de neto corte neoliberal y mercantilista, prefiriera utilizar ese gran terreno para proyectos inmobiliarios, shoppings, o cualquier proyecto de índole comercial. El valor del metro cuadrado en San Telmo es de los más caros de la ciudad.

EICESAC 15

En proceso paralelo el CESAC 15, “la salita de San Telmo”, también fue evolucionando: Aumento paulatino de la demanda de sus distintos servicios, creación de espacios y dispositivos preventivo-promocionales diversos (que requieren espacios físicos), para variados objetivos y edades, etc. También incorporación de profesionales de las distintas disciplinas fue incrementándose en función de la actualización de las estrategias de APS. Y la clara necesidad de contar con espacios para reuniones internas de los equipos.

Así el espacio físico se fue evidenciando como insuficiente e inadecuado. Pese a la belleza de su estilo, el edificio se alejaba cada vez más de lo que requería este efector para funcionar adecuadamente: Falta de consultorios y lugares comunes para encuentros con la comunidad y entre profesionales, falta de salida de emergencia, inaccesibilidad arquitectónica para personas con movilidad reducida, instalación eléctrica obsoleta, etc.

Estas fueron las razones en que se basó el barrio para el reclamo del “Ex Padelai para el Centro de Salud”. Desde fines de 2016 fueron adquiriendo cuerpo las estrategias para avanzar en esa utopía: Se constituyó la “Red Comunitaria de San Telmo”, y luego, mas adelante, el Comité Solidario de San Telmo (1). La idea inicial era la de INSTALAR el tema en la agenda pública. Se realizaron petitorios, festivales, presentación de dos proyectos en legislatura, propuesta arquitectónica, murales comunitarios, encuentro con autoridades del ejecutivo del GCBA de distintos ministerios incluida la Jefatura, etc.).

Se consideró INSTALADO el tema cuando el que era, en ese entonces, Vice Jefe de Gobierno de la Ciudad, aceptó públicamente que esto era una necesidad que debía atenderse y que el lugar destinado debiera ser el del Ex Padelai. Esta aceptación fue realizada ante las cámaras de video de los celulares de vecinos y vecinas y en respuesta a la solicitud realizada presencialmente por el equipo de salud.

A partir de ese momento las organizaciones y el Centro de Salud pasaron a la fase de vigilancia y expectativa por la aparición de los carteles de obra y el llamado a licitación.

Este momento no parecía llegar.

Hubo hechos inesperados que intervinieron en el proceso.

La llegada de la pandemia obligó al CESAC (como a otros efectores de la CABA) a adecuar la atención.

La salita 15 atendía en la calle. Redujo las actividades presenciales de tipo grupal, dividió al personal en turnos para evitar las aglomeraciones, etc.

Esta emergencia, en principio, puso cierto freno a la lucha por el espacio físico en el Ex Padelai. Sin embargo, una baja pasajera en la curva de contagios hizo suponer a las autoridades de salud que el tema ya estaba solucionado y que todos debíamos volver a atender dentro de los establecimientos. En el CESAC 15, con estrechos pasillos, sin ventanas, con la cantidad de demanda y de profesionales, tal medida era altamente inadecuada e iatrogénica.

Esta imprudente determinación del Ministerio de Salud de CABA reactivó a las organizaciones y al propio CESAC a reiniciar las presiones para la concreción de las refacciones y el traslado que a esa altura se tornaba imprescindible.

De esta manera, poco tiempo después la jefatura del CESAC 15 fue convocada para participar en el rubricado de las licitaciones para comenzar las obras. También para la revisión y corrección de los planos.

A pesar de estas buenas señales tanto las organizaciones como el Centro de Salud permanecían en actitud de vigilancia.

Esta actitud se evidenció funcional por ejemplo en un momento crítico en el que la empresa adjudicataria que venía avanzando con las obras se declaró en quiebra.

Nuevamente el barrio se puso en marcha con mesas en la calle y competidores.

Mientras, el edificio de la sede de Humberto Primo seguía deteriorándose sistemáticamente alcanzando en los últimos meses a producirse un principio de incendio e inundaciones.

Luego de continuar las obras por parte de otra empresa y sorteando los largos tiempos administrativos debidos al cambio de firma constructora, se retomaron las tareas.

Resultados

El edificio estuvo con obras concluidas y los días 4 y 5 de septiembre de 2025 se procedió a la mudanza de la sede de Humberto Primo 470 a Balcarce 1170. El lunes 8 de setiembre el equipo de trabajadores y trabajadoras del CESAC 15 empezó a funcionar en la nueva sede.

Es complicado hacer una síntesis en el ítem "Resultado".

No se circunscribe a un tema de comodidad edilicia para el personal y la comunidad. Constituye un hecho cargado de significaciones. En esta sede habitaban los niños y niñas del PADELAI, luego las familias con sus historias que vivieron y participaron de innumerables luchas, la presencia constante

del Centro de Salud asistiendo al ciclo vital de cada niño, niña constituidos luego en madres y padres, las organizaciones que acompañaron desde antes del primer desalojo, el reingreso, luego las tensiones internas, la inminencia del segundo desarrollo, el acompañamiento de las organizaciones, la apuesta por al menos lograr un uso comunitario a ese predio con tanta historia. Doblegar el brazo al modelo excluyente del mercado.

Hoy en día este enorme y hermoso edificio también implica un compromiso. El compromiso de mantener el vínculo con la comunidad, de profundizar el modelo de salud integral propio de la APS.

No hay recetas, sí hay convicciones. El modelo de construcción incluye la apertura e integración de la variedad de actores, iniciativas, perspectivas, orientaciones, recursos, tolerancias y picardías. Es decir, la apuesta por la UNIDAD, SIEMPRE del amplio y variado arco de instituciones y organizaciones sociales.

Y la aceptación de que los logros de esta envergadura requieren PACIENCIA, tiempo, constancia, continuidad. A pesar de todo.

La cultura popular mantiene viva la tradición de la Minga, la fiesta, al finalizar procesos que la involucran. Así fue también en este caso.

El sábado 11 de octubre se coronó esta larga etapa en una fiesta de inauguración para toda la comunidad.

EXPERIENCIAS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN SOBRE VIOLENCIAS EN EL ESCENARIO EDUCATIVO



Alejandro Marcelo 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.

En este escrito queremos compartir dos experiencias de intervención que fueron implementadas con alumnos/as de 7º grado, desde el primer nivel de atención de la salud; las que fueron posteriormente evaluadas y sistematizadas para la elaboración de propuestas para su implementación en otras escuelas.¹

¹ La ejecución es realizada desde el Programa de Juventud e Inclusión Educativa del CeSAC N° 8, en el Proyecto Ciudadanía Juvenil e Inclusión Educativa, que el mismo lleva adelante desde el año 2008, intersectorialmente con una Escuela Primaria del DE 5º. Dicha evaluación y sistematización forma parte del proyecto de investigación-acción “La implementación y evaluación de acciones de prevención y abordajes de las violencias y los suicidios en la adolescencia en el escenario escolar en el contexto de la postpandemia de COVID 19: hacia la construcción de una metodología para intervenir desde el primer nivel de atención del sistema de salud del GCBA”; el que este profesional ejecuta para el período 2024-2025 desde el Consejo de Investigación en Salud/Ministerio de Salud/GCBA. Ver Villa, 2025. Para una caracterización de las problemáticas de violencia de adolescentes y la accesibilidad al sistema de salud durante y después de la pandemia, bajo la perspectiva de lo/as profesionales de salud mental de diferentes hospitales y CeSACs del GCBA, también puede consultarse el estudio de Villa, 2023.

El Taller de Prevención y Abordajes de las Violencias

Desde el año 2019 hasta la actualidad venimos trabajando con esta actividad. El mismo es coordinado por personal de salud (psicología y enfermería) y de cultura (profesora de teatro y profesor de foto y video). La propuesta tiene dos objetivos generales. En primer lugar, se trata de visibilizar diferentes situaciones de violencia de las que participan los/as adolescentes con sus pares y con los adultos: violencia interpersonal, acoso escolar, autoagresiones e ideaciones e intentos suicidas, y su articulación con la violencia familiar y sexual, en el contexto de la finalización de la escuela primaria y del comienzo de la secundaria. El segundo objetivo general apunta a producir un debate con adolescentes y los/as docentes acerca de los mecanismos psicosociales que producen la naturalización de la violencia en el contexto escolar y en dicho proceso de socialización. Fuimos ajustando el diseño inicial del taller y el mismo comprende

en la actualidad una duración mínima de cuatro encuentros de aproximadamente una hora y treinta minutos cada uno. Luego de los encuentros grupales se realiza un trabajo posterior de intervención en la escuela y en el servicio de salud participante, a partir de los modos de afectación de lo trabajado en el grupo del aula y en forma individual, en cada estudiante.

La estructura básica de cada encuentro comprende: un caldeamiento que incluye ejercicios corporales, juegos dramáticos, montaje de escenas dramáticas, y música de fondo; un trabajo de producción individual y en pequeños grupos; y una ronda de puesta en común de lo trabajado, comentarios y debate.

Violencia interpersonal

Comenzamos profundizando sobre la violencia interpersonal, con producciones escritas individuales y en subgrupos, que utilizan como disparadores preguntas del tipo ¿Qué

cosas de mis compañeros/as me generan que reaccione violentamente? (gestos, miradas, formas de hablar, frases, contactos corporales dirigidos a mí); ¿Qué cosas de los/as docentes me genera que reaccione violentamente?; ¿En qué situaciones con mis compañeros/as me siento respetado/a y cuáles, no?; ¿Recuerdo situaciones de adolescentes del barrio que hayan fallecido en situación de violencia que me hayan afectado?, ¿Cómo me afectaron?. A menudo se propone y se acompaña a los subgrupos para que dramatizan situaciones que se eligen éstos. Finalmente se dramatizan las escenas producidas y se realizan comentarios grupales de lo surgido.

Acoso escolar

Al finalizar el primer encuentro, se realiza una exposición conceptual sobre la diferencia entre violencia interpersonal y acoso escolar; y se señala que a menudo el uso del término “bullying” se banaliza al generalizarlo a situaciones de violencia interpersonal; las que se pueden convertir en situaciones de acoso escolar. Se trabaja con ejemplos. Con posterioridad a ello, se entrega a todos/as los/as estudiantes una pequeña encuesta anónima en papel que luego es procesada y analizada por el equipo de coordinación. La encuesta pregunta “¿Me sentí acosado/a o me siento acosado/a, actualmente por compañeros/as?; Si me acosaron o me acosan actualmente ¿Lo hacen en

forma individual, o grupal?, ¿Qué me dicen?. Contanos, por favor las situaciones de acoso que pasas o pasaste; ¿Cómo me siento y sufro con estos acosos? ¿Qué sentimientos y pensamientos tengo?; ¿Los hablé con alguien?, ¿Con quién?”

El segundo encuentro comienza realizando una exposición de los resultados de la encuesta. También, incluimos en general, la proyección de un video sobre situaciones de acoso escolar producido por el mismo equipo coordinador con jóvenes del mismo barrio de residencia que los/as estudiantes. Se les propone a los/as estudiantes escribir y dramatizar distintas versiones, a partir de la situación inicial proyectada. Luego se realiza un trabajo de reconocimiento y expresión de las emociones de los protagonistas de dichas situaciones propuestas. Finalmente, se dramatizan situaciones elegidas en subgrupos.

Vinculación de situaciones de violencia con las emociones de los/as protagonistas: autoagresiones suicidios, violencia sexual y familiar y pérdidas

El tercer encuentro comienza enumerando las emociones identificadas en el grupo, vinculadas a las situaciones de acoso escolar; y valorando positivamente el trabajo de poder expresar las mismas en el ámbito del taller. Se propone un trabajo de vinculación de esas emociones surgidas con otras situaciones de violencia. Se utilizan preguntas disparadoras para orientar el

trabajo del día, del tipo “¿Ante que otras situaciones de violencia les pueden surgir estas emociones a un/una adolescente?; ¿Qué puede hacer el/la adolescente ante estas situaciones de violencia?; ¿Puede expresar verbalmente las emociones?; ¿Puede pasar que el/la adolescente piense en y se auto-agreda (cortándose, golpeándose, etc.) o que sienta que la vida perdió sentido y no quiera vivir más?”

Para profundizar en estas preguntas se proponen dos producciones en subgrupos. En primer lugar se reparten aleatoriamente tarjetas con situaciones típicas de violencia que experimentan los/as adolescentes cotidianamente (autoagresiones, ideaciones suicidas, violencia familiar y sexual). Se les solicita que comenten las situaciones y que asocien con situaciones propias. Este es el momento de mayor intensidad emocional en los subgrupos, donde se comparten situaciones dolorosas, y se pueden expresar sufrimientos e intensos afectos. Allí es donde es necesario un mayor acompañamiento del equipo coordinador a cada subgrupo. En segundo lugar, se propone dramatizar una situación elegida en el subgrupo, pero sólo gestualmente, sin palabras, dando privilegio dramático a la expresión corporal de dolor y emociones. Algunas de las situaciones que surgen a menudo están vinculadas a: violencia de género física y verbal de padres a varones a madres, con separaciones y algunas

situaciones de violencia extrema que alcanzaron incluso al femicidio; violencia física y verbal de género entre mujeres, de abuelas a madres y de madres a adolescentes mujeres, para que realice tareas de la casa, las de la escuela, entre otras; autoagresiones mediante cortes y golpes a la pared, vinculadas en general a la violencia en la familia y al acoso escolar; acoso escolar, fundamentalmente decirle cosas y/o pegarle a una chica o un chico por su características de su cuerpo; pensar en intentar suicidarse, relacionado principalmente a situaciones de violencia en la familia, abuso sexual y a las de acoso en la escuela; maltrato verbal y físico al adolescente en la casa. Las emociones más mencionadas son: sorprendida/o; miedo que mate el padrastro a la madre; angustia, llorar y extrañar a familiar muerta por femicidio; miedo en confiar ante un familiar ante violación sexual; miedo y susto ante situaciones de violencia sexual y familiar; salir corriendo, callarse y mantener en secreto situaciones de violencia; sentirse aislada/o; vergüenza; inseguridad; tristeza; pena; lloros, con la posibilidad de no tener ganas de vivir; bronca, enojo e ira; depresión.

Cierre de la actividad grupal

En el cuarto encuentro se vuelven a puntualizar, enumerar y valorizar positivamente las principales situaciones de violencia surgidas y las emociones expresadas. A continuación

la coordinación realiza una recapitulación de lo surgido y trabajado en cada uno de los encuentros. Se realiza un trabajo en subgrupos sobre lo que se expresa y lo que no se expresa de los sufrimientos y dolores que los/as adolescentes viven cotidianamente. Se propone elegir una problemática que más les haya interesado y representar una escena sobre la misma. Las situaciones que más se destacan son las vinculadas al acoso escolar y a los conflictos y violencia familiar de la que participan.

Finalmente, se realiza un trabajo individual de carácter introspectivo, sobre lo que expresa y no expresa cada uno/a, mediante la propuesta de la creación plástica de una máscara propia.

Trabajo sobre los modos de afectación de lo surgido en los encuentros grupales

Al finalizar el cuarto encuentro grupal, se realiza una encuesta anónima sobre posibles consultas a salud mental por afectaciones de las situaciones de violencia que surgieron en el taller. Se pregunta: “¿hubo situaciones que se trataron en los encuentros que me hicieron sentir mal por cosas que me pasan actualmente, o que me pasaron antes? SI / NO; ¿Me gustaría hablar con un profesional del centro de salud de las cosas que me ponen mal? SI / NO”. Si responde sí, se pide que indique nombre, apellido y grado. Además, el equipo de coordinación identificó durante el trabajo grupal algunos/as que se

afectaron por las situaciones de violencias surgidas. De ambos relevamientos, se encuentra que un poco más de un tercio de los/as estudiantes resultaron afectados. Con ello/as se realizaron las siguientes intervenciones: entrevistas individuales con estudiantes en la escuela, consultas con los equipos docentes de grado sobre cada caso, citaciones a los padres en algunos casos. En las entrevistas individuales surge que las situaciones que más los afectan están vinculadas a violencia familiar y sexual, acoso escolar, y pérdidas por muertes o alejamiento vincular de adultos del ámbito familiar. Luego de las entrevistas mencionadas, sólo alrededor de un 15 % solicita atención psicológica y accede a la misma con el profesional del equipo de coordinación del taller, en un centro de salud.

Evaluación y comentarios finales

Con respecto a los objetivos podemos decir que se alcanzaron los mismos en cuanto al logro de que los/as adolescentes puedan visualizar diferentes situaciones específicas que los/as atraviesan, tanto como grupo como en forma individual; principalmente situaciones de violencia interpersonal y acoso en la escuela, autoagresiones, ideaciones suicidas, violencia familiar y sexual, y las pérdidas ocasionadas por muertes y otro tipo de situaciones. También, pueden expresar y compartir el dolor que les provocan dichas violencias, tanto con pares, como con los adultos. Además, este

taller les brinda la posibilidad de tener un espacio individual en la escuela donde poder hablar y simbolizar las afectaciones que provocan las situaciones surgidas y dolor que provocan las mismas. Incluso, tienen la oportunidad de acceder a respuestas asistenciales en los servicios de salud para tramitar estas afectaciones, cuando ellos/as lo requieren. Algunos/as lo hacen. En lo atinente al objetivo acerca de la posibilidad de producir una discusión sobre los mecanismos que producen la violencia para su desnaturalización, se les ha brindado elementos conceptuales para explicar muchas de las violencias que los/as atraviesan y se ha producido un debate parcial sobre los mecanismos que producen la violencia, principalmente las relaciones de dominación y sometimiento del otro. Existe una dificultad de reflexionar sobre las violencias por la persistencia de naturalización y reificación de las mismas en la socialización. También es de destacar, que los/as estudiantes no tienen una práctica reflexiva en general, y en particular sobre el ejercicio de la violencia. Existe una dificultad creciente de mostrarse e inscribir nuevamente el cuerpo tras la pandemia, de otro modo que no sea través de la violencia y a través del individualismo, por sobre la interacción con el otro, el deseo y el placer.

Taller de recuperación de la memoria de jóvenes muertos en situación de violencia

Esta es una actividad de

posvensión realizada en la escuela en 2024, que surge ante la afectación y angustia que generan en los/as alumnos/as de la escuela las muertes violentas de jóvenes frente a otros jóvenes, en enfrentamientos con las fuerzas de seguridad y también frente a otros actores sociales del barrio de residencia. Los y las adolescentes participan allí en forma voluntaria, dispuestos a constituirse en “sujetos de memoria” (Villa, 2020).

Este taller tiene dos objetivos generales. Por un lado, que los/as adolescentes puedan visibilizar socialmente las muertes de jóvenes en situación de violencia, frente a los juicios comunitarios e institucionales negativos que procuran el olvido y la eliminación de los mismos. Por otro lado, busca promover la expresión y el hecho de compartir el dolor que provocan las violencias altamente lesiva y dichas muertes, entre amigos, familiares, miembros de la comunidad e instituciones comunitarias; inaugurando procesos de reinscripción psíquica y social de dicha muertes, a partir de la producción de diferentes productos multimedia con adolescentes escolarizados (imágenes fotográficas de objetos de la memoria de los muertos, etc.).

El proceso de trabajo de este taller puede incluir varios encuentros (en nuestra experiencia fueron 10 encuentros de una hora de

duración cada uno). Se incluyen los siguientes contenidos y metodologías:

Proyección de videos con archivos biográficos sobre recuperación de la memoria de jóvenes muertos en situación de violencia

(material ya producido sobre memorias recuperadas en procesos en el mismo barrio por esta coordinación profesional), y debate en distintos cursos. Se trabaja con las emociones disparadas por el material y un debate sobre las causas de la violencia en los jóvenes. Se propone identificar qué jóvenes conocen que hayan muerto en esas situaciones y se eligen los/as chicos/as que se quieren recordar. Se seleccionan quienes de los cursos quieren participar voluntariamente de esta actividad. Conformación de un grupo de aproximadamente 15-20 adolescentes.

Debate sobre el sentido de la “recuperación de la memoria” de los jóvenes muertos en situación de violencia.

Se trabaja sobre los problemas del olvido de las muertes de las vidas de jóvenes, para sus mismos pares y la comunidad.

Propuesta y elección de actores que intervieron en la vida de los muertos elegidos

(familia, escuela, amigos, otras instituciones, vecinos, etc.).

Elaboración de cuestionarios para cada actor, para posteriormente realizar entrevistas.

Se confeccionan preguntas. Realización de

entrevistas a los diferentes actores elegidos. Las entrevistas pueden realizarse en la escuela, o se realizan encuentros fuera de la misma.

Visitas y recorridas de sitios de la memoria de los jóvenes muertos que se están recordando. Murales en el barrio y espacios sociales que frecuentaba el joven.

Consultas de fuentes periodísticas sobre la muerte de cada joven recordado. Debate de los contenidos de las mismas. Confrontación de distintas versiones de una muerte.

Recolección y trabajo con objetos de la memoria del muerto: fotografías, ropa, u otros objetos.

Vinculación de la vida de los jóvenes con la vida de los participantes del taller. Trabajo sobre las pérdidas que tuvo cada uno/a. Debate permanente sobre las causas de la violencia altamente lesiva que puede conducir a la muerte.

Recapitulación de todo el taller y evaluación. Se trabaja con los/as adolescentes dos preguntas: “¿Cuáles fueron las emociones más importantes que tuve durante todo el taller?, ¿Qué aprendí de este taller?”

Producción de mensajes audiovisuales y gráficos, sobre el dolor, el daño producido y la memoria de los jóvenes perdidos, dirigidos a los distintos actores: la familia,

los amigos, el barrio, entre otros.

La producción de un video de todo el proceso. Se realiza un registro audiovisual mediante filmación de todo el proceso del taller, por parte del equipo coordinador y de los/as mismos/as participantes del taller. Los/as adolescentes se filman en el mismo proceso de trabajo

Evaluación

Los objetivos generales pudieron ser cumplidos. Los/as participantes del taller pueden visibilizar la muerte de los jóvenes en su contexto social, a partir del análisis de la trayectoria biográfica de éstos, y del análisis de las causas de las violencias. También, los/as participantes pueden compartir el dolor de dicha pérdidas y vincularlas con las propias pérdidas que viven cotidianamente en sus vidas, dando lugar a procesos de reinscripción psíquica y social. Ello se produce también, colocándose como productores culturales, en la elaboración del material de archivos de memoria y en la producción del mismo video como material educativo.

Bibliografía

— Villa, A. (2020). Los procesos de vulnerabilidad de jóvenes en situación de violencia en la zona sur de la CABA: la vinculación de la recuperación de la memoria de los muertos, la experiencia del dolor y las sociabilidades juveniles. II Jornadas de estudios sociales sobre delito, violencia y policía, 9 y 10 de abril de 2019, Ciudad Autónoma

de Buenos Aires, Argentina. La seguridad en cuestión. EN: Actas de las II Jornadas de Estudios Sociales sobre Delito, Violencia y Policía. : UNSAM. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.14057/ev.14057.pdf

— Villa, A. (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/>

— Villa, A. (2025) “Prevención y abordajes de las violencias en la escuela. La transición a la adolescencia después de la pandemia”. Revista Novedades Educativas NE 400 Tensiones y emergencias en la vida escolar.

**CASA PUEBLO TEKOPORÃ:
RESISTENCIAS Y CUIDADOS
EN TIEMPOS DE
DESMANTELAMIENTO**



Guadalupe Cortez

guadalupecortez@outlook.com

Lic. en Trabajo Social (UBA)
Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA)
Residencia en servicio social del GCBA en hospital de salud mental. Actividad laboral actual en Atención primaria de Salud en CeSAC (GCBA) y en CAAC Tekoporã (SEDRONAR).



Josefina Rueda

lic.josefinarueda@gmail.com

Lic. en Psicología (UBA). Co-coordinadora Casa Pueblo Tekoporã. Concurrente de quinto año del Hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Alvarez. Estudiante de la Carrera de Especialización en Teoría y Práctica Psicoanalítica (UNSAM).

Nadie se salva sola

La Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs) “Tekoporã” representa una forma de producción social de salud y cuidados para mujeres y personas trans en situación de consumo problemático que se enmarca política general de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SeDroNar) a través de cogestión comunitaria. El contexto social, político y económico actual de retraimiento del estado como garante de derechos y de desmantelamiento de políticas, se constituye en una amenaza para este tipo de dispositivos. A su vez, esto genera un impacto en las identidades feminizadas donde se inscribe la interseccionalidad de la violencia. En los márgenes en los que transitan las usuarias sus padecimientos en salud mental, particularmente relacionados al consumo, se delinean vulnerabilidades específicas. La inclusión de la perspectiva de género nos desafía a ampliar sus alcances desde las CAAC en tanto son un punto de referencia y de resistencia recuperando las propias maneras de vivenciar y sobrevivir en los márgenes que atraviesan las usuarias.

El modelo de abordaje integral comunitario de la salud mental considera a los consumos como una problemática social compleja, dada entre el sentido singular en cada historia de vida, enlazado con su contexto sociocultural y en el marco de una cultura del consumo. Dentro de este modelo, las CAACs se constituyen como dispositivos territoriales enmarcados en el primer nivel de atención y de bajo umbral.

Las mismas son emergentes de modalidades propias de las organizaciones sociales, las cuales cumplen un rol insustituible en la potenciación de lo comunitario para el cuidado de la salud y el acceso a derechos.

A partir de diciembre de 2023 y hasta la actualidad, se han producido profundos recortes presupuestarios en el ámbito de la salud en general, y en salud mental en particular (Barcala, 2025). Producto de ello la SEDRONAR atraviesa un desfinanciamiento progresivo que afecta gravemente el funcionamiento y financiamiento de las CAACs - incluyendo el cierre de 40 de estos dispositivos- y otros programas. Este contexto se traduce en el empeoramiento de las condiciones de vida singulares y colectivas ante mayores dificultades de acceso a derechos elementales. A su vez, se refleja en un correlato de mayor exposición de la oferta y consumo de sustancias legales e ilegales, como formas en que la mercantilización, produce marcas con particular inscripción en los cuerpos de las mujeres en el crecimiento del narcoestado y de la necropolítica (Segato, 2019). Así, ante la amenaza de mercantilización, consumo y descarte de la vida propia y comunitaria, la posibilidad de dispositivos que permitan apropiarse de un espacio-tiempo para poder parar, pensar, proyectar y cuidar lo propio, resultan claves para la restitución de los cuerpos singulares y colectivos.

Los cuerpos del consumo

Los contextos de vulneración de derechos se inscriben con ca-

racterísticas particulares para los cuerpos feminizados, por tratarse de mujeres y personas trans atravesadas por la pobreza, en las que las situaciones de consumo problemático de sustancias, vulnerabilidad habitacional y trabajo sexual profundizan las problemáticas vinculadas a la salud. Las mujeres corren mayores riesgos debido a su mayor participación en las relaciones sexuales transaccionales por alojamiento, protección, sostenimiento económico o por drogas. Asimismo, es más probable que sean víctimas de violencia sexual por parte de sus parejas, ex parejas o que sean víctimas de explotación sexual, al mismo tiempo que tienen menores habilidades y herramientas para gestionar los riesgos y aumentar cuidados en relación con sus consumos (Dilorio y Pawlowicz, 2021). Así, se dan procesos de interseccionalidad de las violencias, es decir: ligazón, entrecruzamiento o fusión de las categorías de dominación ligadas al género, la clase, y la raza/etnia que redundan en dificultades en el acceso a tratamientos por consumo (Pombo, 2019).

La población asistida por las CAAC es mayoritariamente masculina, donde el 60,7% de las personas son varones cis, el 37,4% son mujeres cis, las mujeres trans representan el 1,2% C, los varones trans el 0,3% y las personas no binarias el 0,3% (SEDRONAR, 2022). Las mujeres acceden principalmente a los dispositivos con modalidad de atención comunitaria por ser los dispositivos de modalidad residencial difíciles de conciliar con los sostenimientos de cuidados y económicos que asumen las mujeres. En concordancia con

estos datos, en la CAAC Tekopora las usuarias de entre 19 y 45 años que concurren, el 26% lo hacen con sus hijos, a su vez el 60% se define como “mujer trans”. La totalidad de quienes participan, son feminidades en situación de vulnerabilidad habitacional bajo diversas modalidades que adquiere. En relación con esto, en la Ciudad de Buenos Aires se registra (CPPSC, 2025) un total de 11.892 personas en riesgo habitacional inminente de las cuales el 72,4% son varones, 22,5% mujeres y el 1,1% travesti/trans. De la población que asiste a Tekopora, el 29,4% se encuentra en situación de calle efectiva, el 29,4% está alojada en paradores transitarios del Gobierno de la Ciudad. A ello se adiciona que el 23,5% está viviendo en hoteles familiares con subsidio habitacional del Gobierno de la Ciudad. Por último, el 17,6% de ellas está alojada en viviendas de otras personas allegadas, familiares o parejas, con ciertas itinerancias propias de la labilidad afectiva de estos vínculos. Esta preeminencia del atravesamiento de situaciones de vulnerabilidad habitacional, dan cuenta de una característica propia de esta población que es la ruptura de vínculos socio-familiares y la escasez de redes de contención.

Una política territorial de cuidados en clave feminista

En Casa Tekopora las intervenciones se piensan desde una perspectiva integral que busca acompañar proyectos de vida y favorecer la restitución del tejido social, con un sentido de salud ampliado no solo atado a un síntoma o un malestar particular (Montorro et al, 2021).

Se constituye como un espacio comunitario en el que se territorializa la política de salud y se hace cuerpo el cuidado de la salud comunitaria con acciones desarrolladas en la complejidad vincular del trabajo vivo (Merhy, 2021). Este trabajo se despliega en equipos de salud ampliada en los que disciplinas y saberes incluyen tanto lo interdisciplinario como lo intercultural, recuperando saberes artísticos, barriales y comunitarios que exceden a lo disciplinario y sanitario. La amplitud tiene que ver con la heterogeneidad en las ofertas de los equipos que habiliten el trazando trayectorias desde la cual proyectarse en el despliegue de una perspectiva de derechos centrada en el deseo.

Las modalidades de acompañamiento representan estrategias de promoción de salud con anclaje territorial en términos de lo relacional. Esto implica un modo de hacer política desde la corporalidad, el cotidiano, los vínculos de copresencia: reajer comunidad. La categoría de acompañamiento viene siendo desarrollada en los últimos años desde espacios militantes y académicos (Sierra, 2021): “Llamamos acompañamiento a la multiplicidad que se compone cuando se acompaña a otra persona ante una situación específica” (Montes Paez, 2024). Rita Segato (2019) analiza estas estrategias ubicándolas como modalidades de un proyecto histórico de los vínculos, frente a un proyecto histórico de las cosas, es decir de los cuerpos cosificados en los que inscribe la pedagogía de la残酷. La responsabilización ético político

ca en la promoción de cuidados, supone la modificación de la ecuación desde donde fueron mirados históricamente 'los cuerpos del consumo o del descarte' en su trayectorias familiares, institucionales, su estigmatización y su expulsión, permitiendo así la potenciación y efectivización de sus capacidades de cuidado. La restitución progresiva de una subjetividad vulnerada implica el armado de la trama social, a partir de la historización de su trayectoria, la reconstrucción territorial de la cotidianidad y la potenciación de las capacidades subjetivas existentes.

Poner el cuerpo singular y colectivo

Casa Tekoporä propone en su dinámica diaria la construcción de grupalidad en el despliegue de ofertas amplias que tienen que ver con vivir lo cotidiano comunitariamente. En esa dinámica, el dispositivo habilita un tiempo-espacio que traza territorialidades, donde las identidades pueden desplegarse en la apropiación progresiva de espacios, políticas y discursos, tomando cuerpo y voz propia en el entramado colectivo. Dichos procesos transcurren entre lo cotidiano, lo terapéutico y lo político con acciones en lo preventivo, en lo promocional y en la rehabilitación: suponen niveles simultáneos de atención y cuidados, con capacidades para abordajes complejos en los cuidados primarios de la salud y el acompañamiento. "Poner el cuerpo" es el punto de partida, vincular desde el afecto y componer un apoyo, registrar el deseo, amortiguar la violencia, respetar el proceso, sostener

en el tiempo, consolidar la ética, construir un código (Montes Paez, 2024).

En el proceso restitutivo terapéutico identificamos tres instancias. Un primer momento es la recuperación del propio tiempo, el habilitar la palabra, el tiempo y el espacio para narrar una historia singular, lógicas de tratamiento singulares, procesos de singularización y no de individuación. Es lo que cada una puede en ese momento presente. La recuperación de la propia temporalidad en la que poder sostenerse desde un lugar, un punto de apoyo y arraigo donde construir un espacio de refugio. Aquí se ubican acciones en relación a poder acceder a necesidades corporales básicas tales como: descansar, comer, tomar mate, bañarse o bien acceder a una consulta por una afección de salud. En otras palabras, se trata de poder tener un espacio de terapia o de acompañamiento social donde evacuar el malestar o afrontar gestiones de fuerte implicancia subjetiva relacionadas a la restitución de derechos vulnerados. Un segundo momento consiste en recuperar la temporalidad del pensamiento estratégico desde el cual proyectar lo vincular. Es decir, se recupera lo creativo y recreativo de los espacios ociosos en cuyo sostenimiento la amplitud del equipo incorpora el arte, el juego, la recreación. Ese encuentro con lo común habilita el tránsito hacia la instancia de construcción de momentos compartidos, de herramientas de cuidado, de registro de las necesidades del espacio con la incorporación de pautas sociales, rutinas cotidianas y reglas

para su preservación de las violencias: formas que habilitan el trazado y recomposición de lazos, afectaciones, relaciones. Un tercer momento se ubica en la posibilidad de transitar colectivamente las tensiones y contradicciones propias del movimiento hacia trayectorias plurales, territoriales y políticas. El tránsito de usuarias y trabajadoras por estas instancias, con momentos de conflicto y de organización, facilita el despliegue de otras formas de conciencia respecto de sí, de los grupos de pertenencia y de la experiencia social que se atraviesa (Michi, Di Matteo y Vila 2021).

Este pasaje de lo singular a lo político colectiviza los problemas que se manifiestan como individuales pero son sociales y transversales (Montes Paez, 2024), desplegándose allí capacidades de agencia y de agenda pública. Las organizaciones sociales en su acción colectiva incluyen no sólo la protesta o la demanda individualizada, sino también formas de apropiación, de procesos sociales y políticos, expresando la capacidad de desafiar las formas instituidas (Tapia, 2008). Estas instancias se expresan en lo cotidiano en la necesidad de hablar, gritar, posicionarse, marchar, hacer un cartel, grabar un video para alzar su voz ante frente a alguna atrocidad de las que nos atraviesan a diario como Casa Tekopora. El poder saber que no estamos solas frente a esos atravesamientos, que hay un camino conocido, que hay un punto de encuentro y referencia, que hay una compañera que acompaña, que hay alguna referente que organiza, que

hay una bandera que une y que nos representa, es un modo colectivo de sanar, cuidar y seguir luchando porque nadie se salva solx.

Bibliografía

- Barcala, A. (s.f.). Argentinas mental health at a crossroads: Retrenchment and local resistance. *The Lancet Regional Health – Americas*, 51, 101250.
- Di Iorio, J., & Pawlowicz, M. P. (2021). Violencias hacia mujeres y comunidades LGTIBQ+ que usan drogas: Hacia la construcción de políticas de drogas con perspectiva de género (Infonova N.º38). *Intercambios Asociación Civil*.
- Contar la calle (2025). Tercer Censo Popular de personas en situación de calle. Disponible en www.censopopularcaba.com.
- Herzer H, Rodríguez C, Redondo A. Organizaciones sociales en el barrio de La Boca: cambios y permanencias en un contexto de crisis. *ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y URBANOS*. 2005;269-308.
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina No 26.657. Boletín Oficial No 32.041, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Montorro, R., Ciccuttin, J., Vallarino, M., & Palermo, S. (2020–2021). Casa de atención y acompañamiento comunitario Tekopora: Una experiencia de co-gestión. *Cuestión Urbana*, 8/9, 167–170.
- Merhy, E. E. (2021). Salud. *Cuadernos del ISCo*. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/24/34/90-1>
- Observatorio Argentino de Drogas & Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2022). Informe Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC): Crecimiento de la red asistencial, respuestas implementadas y personas atendidas durante 2022. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/oad_2023_casas_de_atencion_y_acompanamiento_comunitario_crecimiento_de_la_red_asistencial_respuestas_implementadas_y_personas_atendidas_durante_2022.pdf
- Montes Páez, F. "Acompañar es político. Ensayo transfeminista sobre la situación de calle". *Abduciendo Ediciones*, 2024.
- Montorro, R., Airasca, M., Ciccuttin, J., Vallero, F. (2024). Diálogo de saberes: desafíos en la construcción de equipos de salud comunitaria . *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 125-134

**RONDA DE PUERPERIO:
DISPOSITIVO GRUPAL
PROMO-PREVENTIVO DE LA
SALUD MENTAL PERINATAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

**Lic. Mariana Dufur**

marianadufur@gmail.com

Lic. en Psicología, certificada como Especialista en Psicología Perinatal y de la Primera Infancia. Coordinadora del Área de Psicología Perinatal y Miembro del Equipo Interdisciplinario de Neurodesarrollo del Hospital Municipal de Agudos "Ana Rosa S. de Martínez Guerrero" Municipalidad de General Madariaga Pcia. Bs. As. Argentina.

Introducción

El puerperio ha sido definido desde una visión médica-biologicista, como el período que transcurre desde que la mujer ha dado a luz hasta que su organismo regresa a su estado anterior. En la clínica perinatal, lo que se observa es que el período tradicionalmente estimado en 40 días no es suficiente para que las madres sientan que han recuperado su estado pregrávido, ni en lo físico ni en lo psico-emocional.

Desde hace tiempo, ha tomado mayor visibilidad la dimensión psicológica del período perinatal y se ha vuelto imprescindible considerar los aspectos emocionales que atraviesan esta etapa tan vulnerable de la vida de la mujer. Se trata de un proceso singular, que tampoco escapa a la mirada social cargada de mitos, mandatos y prejuicios sobre cómo debe ser vivido el puerperio. Esto impacta en el estado emocional, cobrando protagonismo pensamientos acerca del rol materno, la ambivalencia, las expectativas no cumplidas y las culpas

generadas por ello.

Siguiendo a Ramírez Matos (2022) definimos el puerperio como el viaje trascendental que la mujer vivencia desde el momento que nace su bebé hasta que éste sale de su esfera emocional para comenzar una andadura propia y progresivamente autónoma. Proponemos una definición de Puerperio amplia y flexible, considerando que las diádicas madre-bebé son únicas y requerirán tiempos distintos según sus necesidades.

La Salud Mental Materna en el puerperio se vuelve particularmente vulnerable y suele verse afectada. Son múltiples los estudios que muestran altas prevalencias de sintomatología ansiosa y depresiva que en su mayoría no reciben atención adecuada. Desde la óptica de la Psicología Perinatal, es imprescindible conocer esta realidad para acompañar con respeto y calidad los sistemas familiares, atender su singularidad y definir el tipo de acompañamiento o de ayuda requerida durante el



PH: 0223.com.ar | El hospital municipal Ana Rosa S. de Martínez Guerrero de Madariaga.

Puerperio Emocional. Desde APS se pretende garantizar el Derecho a la Salud integral con un enfoque participativo y poniendo énfasis en la continuidad de los cuidados. La Ronda de Puerperio como dispositivo grupal promo-preventivo sigue estos lineamientos.

Desarrollo: La Ronda de Puerperio

A partir del año 2021, desde el Área de Psicología Perinatal del Hospital Municipal de General Madariaga, se comenzó a brindar el servicio de consultorio de Psicología Perinatal para la población de gestantes y puérperas que se atienden en el mismo. Quedaba afuera una amplia población, que si bien no cumplía las condiciones para recibir

acompañamiento psicológico individual, podía beneficiarse de otro dispositivo de tipo promo-preventivo y comunitario. La Promoción y la Prevención de la Salud Mental Materna se centran en identificar los factores que puedan afectarla y en diseñar acciones que la favorezcan. Para ello se busca desarrollar espacios que ofrezcan apoyo emocional a través de la escucha activa, empática y respetuosa y que funcionen como red de sostén para las madres y familias. Estudios recientes (Shah, et. al. 2024) sostienen que la implementación de dispositivos basados en el apoyo entre pares mejora el bienestar psicosocial de las madres durante el período perinatal. El apoyo entre madres favorece el bienestar

emocional y previene problemas de salud mental y patologías en el postparto, reduciendo los niveles de depresión y ansiedad (Labeza Alemu, et. al. 2024). Las personas participantes comparten, elaboran y re-significan las diferentes emociones, vivencias y circunstancias que transitan, generando así una grupalidad salutogénica, es decir, potenciadora de Salud.

Partiendo de estas premisas, surge La Ronda de Puerperio: un recurso grupal accesible, de acompañamiento de las necesidades específicas de la etapa puerperal desde la mirada de la Psicología Perinatal. Desde Abril de 2022 hasta la actualidad, la Ronda se reúne con una

frecuencia quincenal en CAPS descentralizados. El formato de la Ronda de Puerperio consiste en reuniones de madres, a las que pueden asistir con sus bebés y/o acompañantes. En ellas, se realiza apoyo emocional y se brinda información validada sobre los temas de importancia en la etapa mencionada.

Tras dos años de trabajo ininterrumpido, surge la necesidad de tener un registro del proceso de crecimiento de este espacio de acompañamiento.

Las preguntas disparadoras fueron:

- ¿Qué características tienen las personas que se acercan a la Ronda de Puerperio?
- ¿Qué esperan encontrar las madres en la Ronda?
- ¿Qué impacto tiene en las mujeres que participan del espacio?
- ¿Qué grado de intimidad se da entre las participantes?

Método: La encuesta de satisfacción

Se consultó mediante una encuesta a 60 mujeres que transitaron la Ronda durante el período comprendido entre Abril de 2022 y Septiembre de 2024. Algunos datos para destacar:

La edad de las participantes se distribuyó de la siguiente manera: la mayor parte de las asistentes pertenece al grupo etario de 21 a 40 años (74%), siendo el grupo de menor participación el de madres menores de 20 años (8%). En cuanto al nivel máximo de

estudios alcanzados, si bien el grupo es heterogéneo y va modificándose a lo largo del tiempo, la mayor parte de las participantes posee estudios de nivel superior.

Al ser consultadas por la frecuencia de participación en el espacio de la Ronda, surge como dato llamativo que un mínimo porcentaje asistió a un solo encuentro (6%), en tanto un alto porcentaje (94%), concurrió regularmente.

En relación a las expectativas de las participantes, el porcentaje más alto se acerca al espacio buscando acompañamiento emocional en la etapa del puerperio (68%), también buscan informarse (22%) y un ambiente de encuentro entre madres y bebés (10%).

En cuanto a los temas abordados en los diferentes encuentros, valoraron especialmente la información en torno al manejo de las emociones durante el Puerperio, el asesoramiento en Lactancia, la alimentación de la madre y el bebé, la Crianza Respetuosa, entre otros.

La Red de Sostén

Un objetivo central de este estudio fue saber qué impacto emocional y vincular tiene la Ronda de Puerperio en las mujeres que participan. Se volvía significativo saber si el encuentro sistemático entre las madres funcionaba como factor protector para el afrontamiento de las vicisitudes propias del Puerperio.

Ante la pregunta de si habían podido establecer lazos con otras participantes, surgen respuestas acerca de vivencias particulares en las que el 96% contesta afirmativamente. A partir de la Ronda se fueron creando grupos de whatsapp donde se evacuan dudas, se comparten tips, recetas, ofertas de pañales, farmacias de turno, pediatras de guardia, etc., además de organizar salidas al parque y cenas de mamás y bebés. En las respuestas recogidas se vuelven recurrentes palabras como: empatía, red, apoyo mutuo, catarsis, contención. Además, el 52% de las participantes asegura haber encontrado en la Ronda verdaderas amistades y compañeras de crianza.

Otros emergentes de la Ronda fueron emprendimientos asociados a la maternidad y la crianza, que surgen como proyectos cooperativos entre madres de la Ronda y que tienen impacto en la economía popular.

Algunas conclusiones y reflexiones

El Dispositivo Ronda de Puerperio, realizado en un marco grupal, aumenta las posibilidades de identificación entre las participantes, genera una vivencia emocional de hermandad y simetría. Esto permite la modulación de las emociones emergentes en tanto son escuchadas, validadas y respetadas, favoreciendo la integración de la experiencia del puerperio en sus vidas como una transición

compleja, ambivalente, que se ve facilitada al experimentarla de manera compartida entre pares. Es así, que la Ronda se convierte en un factor protector, salutogénico para la Salud Mental Materna, de la diáada y de la familia.

De los datos obtenidos, cabe resaltar que la mayoría de las participantes buscaron en la Ronda apoyo emocional. Esto representa claramente la necesidad de la población objetivo y justifica la intervención desde el Área de la Psicología Perinatal, como especialidad que aporta la comprensión del psiquismo implicado en esta etapa. Por otra parte, el hecho de que la mayoría de las asistentes que acudieron por primera vez a la Ronda volvieron a asistir (sólo el 6% no regresó), refiere a un alto grado de satisfacción y conformidad con el espacio.

Otro dato importantes es que el 68% de las participantes accedieron al espacio por sugerencia de profesionales de la salud que han atendido su embarazo, parto y postparto. Esto remite a un aumento de la sensibilización del personal de salud en torno a las necesidades emocionales propias de la etapa perinatal.

Queda la necesidad de pensar a futuro nuevos modos de acercamiento a otras poblaciones: adolescentes, ma/paternidades diversas, etc. El desafío será potenciar los modos de difusión de las actividades y revisar el dispositivo para adaptarlo

a otras necesidades, de manera que constituya una intervención sanitaria más eficiente y situada. Para ello será de vital importancia que las políticas de Salud Pública reconozcan y respalden estas iniciativas.

Bibliografía

- Arizu, M., Waldheim, J., Herrera, Ma I. y Torrecilla, M. (2022). Salud Mental Materna en el postparto y apoyo social recibido durante la pandemia por COVID-19. *Rev. Psicosomática y Psiquiatría*. 23(10), pp 7-15. [Recuperado](#)
- Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdez, Ma I. & Berrocal, P. (2021): Salud Mental en madres en el período perinatal. *Rev. Andes Pediátrica*. 5(92), [Recuperado](#)
- Díaz Juszkiewicz, N., Loiacono, R., Salaberry, M.(Comp.)(2023): Salud Mental Perinatal. Abordajes desde la perspectiva de Género y el enfoque de Derechos Humanos. Buenos Aires, Akadia Editorial.
- Lebeza Alemu, T., Fei Wan, N. y Chan, B. (2024): Efectiveness of Psychosocial Interventions in Preventing Postpartum Depression Among Teenage Mothers—Systematic Review and Meta analysis of Randomized Controlled Trials. *Prevention Science*. Sept. 2024. [Recuperado](#)
- Oberman, A. (Comp.) (2020): Nacer y Cuidar. Clínica Perinatal: pacientes, contexto, teorías y técnicas. Buenos Aires. JCE Ediciones.
- Olza, I., Fernández Lorenzo, P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabate, S., Gil Sánchez, A., Amado Gómez, E. y Dip, Ma.E. (2021): Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), pp 23-35. [Recuperado](#)
- Ramírez Matos, E. (2022): Psicología del Posparto. Madrid. (2da Edición Revisada). Editorial Síntesis. S.A.
- Shah, L., Chua J., Goh, Y., Chee, C., Chong, S., Mathews, J., Lim, L., Chan, Y., Mörelius, E. y Shorey, S. (2024): Effectiveness of peer support interventions in improving mothers' psychosocial well-being during the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs.* Septiembre 2024. [Recuperado](#)

ENTREVISTAS

RELATOS DE EXPERIENCIA

Relatos de algunos recorridos de psicólogos/a en la salud comunitaria

#SomosAPGCABA entrevistó a Aldo Pagliari, Guillermo Moris y Andrea Berra, psicólogos/a, jefes/a de Centros de Salud del GCABA.

A partir de las siguientes preguntas: *¿Cómo fue tu llegada al sistema público de salud? , ¿Cuál fue tu recorrido institucional? , ¿Qué implicancias tiene ser jefa/e psicóloga/o para gestionar un centro con múltiples disciplinas? , ¿Beneficia o perjudica en algo, ser psicóloga/o? , estos fueron sus relatos.*



Lic. Aldo Pagliari

Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica. Jefe CeSAC 20 – MSGCBA. Coordinador de la Práctica Profesional: El Rol del Psicólogo en una Experiencia de Trabajo en la Comunidad. Facultad de Psicología. UBA

Intentaré resumir en una página una parte importante de mi vida y algunas de mis pasiones. Después de una concurrencia en el Hospital Borda, comencé a trabajar en el CeSAC 6 en Soldati. Al mismo tiempo, durante varios años fui Ayudante de 1º en la Cátedra de Psicoanálisis (Freud) del Dr. Cosentino. Marco esto porque, junto a los grupos de estudio, me permitieron una profunda lectura de Freud y Lacan que continúa orientando mi trabajo.

La llegada al CeSAC 6 fue muy importante para mi formación. Por un lado, fue el comienzo de largas jornadas de atención clínica, de supervisar y pensar las situaciones que se presentaban. Siendo la mayor demanda la atención de infancias, atendía gente de todas las edades. Fui recorriendo las escuelas y conversando sobre los problemas que recortaban las docentes y autoridades; conociendo las particularidades de

la vida en el barrio, y cómo la gente reflexionaba sobre sus problemas. Conocí a los profesionales que inauguraron el CeSAC 24 (quienes atendieron en el 6 hasta que se terminó el edificio de ese CeSAC), quienes tenían otras lógicas de pensar el trabajo en el barrio. De esta manera, se fue ampliando mi campo epistemológico y al interés por la clínica se sumó pensar la salud pública y el trabajo comunitario.

Por esos tiempos, vecinos y organizaciones de la Villa 1-11-14 construyeron una casita y se movilizaban para que fuera un CeSAC. Se pudo inaugurar el 4/12/1995, dirigido por la Dra. Daniela Dáverio, con una hermosa fiesta del barrio. Al poco tiempo pude pasar a trabajar ahí, junto a otras siete personas que componíamos todo el equipo.

Creo que ese ranchito de 40 metros cuadrados en que

trabajábamos y que se llenaba de gente, el inmenso amor que nos prodigaban y al cual supimos corresponder, la terrible cantidad de gente joven que vi morir, lo mucho que pude aprender de la vida con la gente del barrio, las hermosas conversaciones con los curas Ricciardelli y Narcisi y, por sobre todo, las inmensas muestras de solidaridad de la gente humilde, hicieron que sean treinta años fundamentales de mi vida.

A finales de 1999 Daniela pasó a cumplir importantes funciones en la Secretaría de Salud. Referentes de más de diez organizaciones del barrio concurrieron a la Dirección del Hospital para proponer que yo dirigiera el CeSAC, como forma de continuar con el trabajo que se venía haciendo.

Poco a poco el Centro fue creciendo y templando un tremendo equipo de trabajo. Fuimos mejorando las respuestas, al tiempo que la situación social, sanitaria, alimentaria y de seguridad, empeoraba. Mientras tanto, teníamos que gestionar un edificio nuevo.

Una gran distribución de planes jefes y jefas de hogar amainó, en parte, la gravísima situación en la que estaba nuestro país. Pero esto hizo que viniera mucha gente a pedir que les permitiéramos hacer algo -como contraprestación- para que no le quiten el Plan. Así que, llegamos a trabajar con más de setenta personas realizando diferentes actividades en el barrio.

En el año 2011 la corporación médica, cuya cruzadas de la edad media, realizó una fuerte avanzada contra todas las conducciones de efectores que no fueran médicas (había psicólogas, odontólogas y trabajadoras sociales). Como pudimos, nos contactamos y organizamos para defendernos. La conducción del gremio de ese entonces no nos acompañó, los jueces de segunda instancia fallaban a favor de las posiciones del ejecutivo. Una conferencia de prensa de la Federación tuvo impacto mediático. Pero lo más importante que logró hacerse escuchar fue la movilización de más de mil personas de personas del barrio, y de otros CeSAC, hacia el Hospital Piñero para defender una forma de trabajo que vivían como propia. Recorrieron más de veinte cuadras, hasta el Hospital. Así fue que continué quedando "a cargo" del CeSAC, pero sin poder concursar.

Junto a Andres Añon y un hermoso grupo de compañeras y compañeros de diferentes profesiones ganamos la conducción del gremio, primero, y luego la de la Federación de Profesionales. Participamos del cambio en la Carrera Profesional, y hoy somos varios las y los profesionales federados que dirigimos efectores de salud, después de haber concursado.

No fue una lucha corporativa. No se trató de reemplazar a una corporación por otra sino de algo mucho más grande: democratizar, desplazar la mirada desde la enfermedad

hacia la producción social de salud y de subjetividad, y poner en primer plano el carácter ético-político del acto de cuidar. Al producir salud, también producimos relaciones sociales y subjetividades.

Creo que no se trata de la profesión que tengamos sino de cómo acompañamos a la población en la construcción de su salud, y cómo construimos equipo para eso. Cómo cuidamos al equipo y a la población con que trabajamos, aportando a mejorar las condiciones de vida y de trabajo.

En esa dirección, este año pudimos hacer que el CeSAC 20 sea sede de la Residencia de Salud Mental, haciendo un primer año de consulta externa y APS. Con la gente y los problemas del barrio. Lo que durante muchos años fue un sueño: Profesionales de la Psiquiatría y Psicología, junto a Medicina General, Trabajo Social y Fonoaudiología, formados desde el Barrio Rodolfo Ricciardelli. Queremos que sea un paso más en la construcción de ciudadanía y de derechos, con perspectiva de género.





Lic. Guillermo Moris

Psicólogo. Especialista en Metodología de la Investigación. Especialista en Psicología Clínica Jefe de Sección CeSAC N° 6 Hospital General de Agudos Parmenio Piñero.

Ex Profesor Titular de la Asignatura Metodología de la Investigación. Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría. Universidad Académico Docente Braulio Moyano.

Ex Profesor Adjunto en las carreras de Psicología y Psicopedagogía, asignatura, Técnicas de Exploración Psicológica I y II. Universidad Argentina J.F.Kennedy.

En diciembre de 1983, egresé como Lic. en Psicología en la Universidad J. F. Kennedy, desde el año 1982, me desempeñé como Ayudante alumno en las cátedras: Técnicas de Exploración Psicológica I y II, asignaturas correspondientes al tercer año de la carrera de Psicología.

En el año 1984, recibí la designación de Jefe de Trabajos Prácticos (JTP) en las mencionadas asignaturas. Asimismo inicié una intensa formación en ámbitos privados en clínica de niños, adolescentes y adultos. En el año 1985 finalicé la Maestría en Metodología de la Investigación en la Universidad de Belgrano, teniendo como director de carrera al Dr. Gregorio Klimovsky.

En el año 1986, comencé a dictar clases como JTP en la carrera de Psicopedagogía en las asignaturas Técnicas de Exploración Psicológica I y II. Paralelamente continué dictando clases en las mencionadas asignaturas en la carrera de Psicología; al finalizar el año obtuve el cargo de Profesor Adjunto en ambas carreras.

En el año 1987, ingresé a través de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, a la Unidad Académica que funciona en el Hospital Dr. Braulio Moyano.

Comencé a formar parte del plantel docente que dicta la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría, en la cátedra de Metodología de la Investiga-

ción cumpliendo la función de Docente Titular a cargo de la cátedra.

En el año 1989, me presenté a concurso en el sistema público de salud del Gobierno de la ciudad, obteniendo el cargo de Instructor de Programas especiales del Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud en la especialidad de Psicología en el CeSAC n° 6 dependiente del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. Ocupé este cargo desde el 1 de junio de 1989 hasta el 31 de mayo de 1990, el cual se renovó por dos períodos consecutivos: desde el 1 de junio de 1990 hasta el 31 de mayo de 1991 y desde el 1 de junio de 1991 hasta el 31 de mayo de 1992.

En el año 1991, me presenté al concurso por un cargo de Psicólogo de Planta Permanente para el CeSAC nro. 6, obteniendo dicho cargo; comencé a desarrollar actividades de Asistencia, Docencia e Investigación y también a coordinar el equipo de concurrentes que funcionaba en el CeSAC.

Por último en el año 2007, me presenté a concurso para el cargo de Jefe de Sección en el CeSAC nro. 6, obteniendo dicho cargo, el cual desempeño en forma ininterrumpida hasta la actualidad.

En mi caso particular y considerando que desempeño el cargo desde hace 18 años se presentan distintas implicancias y situaciones varias a través del tiempo.

En principio, accedo a un cargo de conducción en un CeSAC donde trabajaba desde el año 1989, por lo tanto mis compañeros de las distintas disciplinas pasan a estar a mi cargo.

La respuesta de mis compañeros fue maravillosa, me respaldaron desde un primer momento. Hasta la actualidad suman propuestas y participan a la hora de delinear distintas modalidades de trabajo poniendo el acento tanto en lo asistencial como en lo comunitario.

En lo que respecta a la relación con las autoridades del Hospital Piñero y del Área Programática la reacción inicial fue

de sorpresa, indiferencia y en algunas oportunidades de exclusión activa. Sólo en algunos casos, no demasiados, recibí colaboración y apoyo. Con el correr de los años, esto se fue modificando positivamente.

A partir de este contexto, decidí organizar mi tarea en base a tres ejes:

- Gestión integral y participativa
- Planificación Normativa, Táctica, Estratégica y Operativa.
- Construcción de identidad y niveles de pertenencia.

A la fecha, además de los equipos territoriales tenemos también equipos interdisciplinarios que además de las tareas asis-

tenciales realizan actividades intramuros y extramuros de alto impacto comunitario.

No me parece que ser Psicólogo genere un beneficio o un perjuicio en relación a la tarea en particular; desde algunos sectores médicos aún persisten conceptos arcaicos y descalificadores que tienen su raigambre en el Modelo Médico Hegemónico, pero afortunadamente no tienen demasiado eco en la comunidad profesional.

La mirada de un Psicólogo respecto de la tarea de conducción es bastante diferente al modelo médico tradicional, siendo más disruptiva, pluralista e inclusiva.



**Lic. Andrea Berra**

Psicóloga. Magíster en Género, Sociedad y Políticas de FLACSO. Jefa de Unidad del CeSAC Nro. 5 GCABA. Secretaria General Adjunta de la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Profesora Adjunta de la Cátedra I Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, Argentina. Integrante del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) y Coordinadora del Grupo de Autocuidado y Apoyo para proveer y acompañar Abortos Seguros (AAPAAS). Consultora sobre Género y Salud a nivel Regional de Latinoamérica y el Caribe desde IPAS LAC. Autora de publicaciones sobre derechos sexuales y reproductivos y de acceso a IVE/ILE. Redactora de protocolos sobre abordaje de desgaste profesional y cuidado colectivo a nivel regional de América Latina y el Caribe.

Siempre estuve interesada en el trabajo en salud pública, desde mi formación en la carrera de grado en la UBA, así que para mí es un gran honor ser parte de un equipo de salud pública y de un efector del primer nivel de atención primaria de la salud, como son los CeSACs (centro de salud y acción comunitaria).

Ingresé al sistema público de salud en GCABA el 1 de junio de 2001 después de ganar la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, hice los tres años de la residencia y luego la jefatura de residentes en el CeSAC 7, dependiente del área programática del Hospital Santojanni, y formé parte del equipo del CeSAC 7 desde el 2001 hasta el 2024. Luego de la residencia obtuve una beca del “Programa Nacional de Médicos Comunitarios”, fue la única beca para psicólogos/as que había en GCABA para dicho programa, por lo que fue un gran logro para mí poder seguir compartiendo durante tres años más proyectos de intervención comunitaria desde mi inserción en el equipo del CeSAC 7. Durante ese tiempo, en el 2006, se realiza un llamado a concurso para un cargo de psicóloga/a en el CeSAC 7, gran alegría la mía al saber que estaba en condiciones de presentarme y aún más, luego del examén, obtener el primer lugar en orden de mérito. En abril del 2008 comienzo a formar parte de la planta de profesionales como psicóloga del CeSAC 7. Siempre estuve activa en proyectos del CeSAC en relación a promoción de salud sexual y reproductiva, CePAD,

acceso a IVE/ILE, promoción de derechos con perspectiva de género, a la par que me desempeñaba como psicóloga clínica. Por mi experiencia, no concibo la clínica sin formar parte de un equipo interdisciplinario, de un intercambio constante con los/as otros/as, mis compañeros/as para dar respuesta y acompañar procesos terapéuticos desde una mirada amplia de salud integral.

Me recibí de Magíster en Género, Sociedad y Políticas por FLACSO en el 2017. Mi tesis se centró en mejorar el acceso de las personas con capacidad de gestar al derecho a la ILE en el sistema de salud pública y participé activamente en la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir para lograr la promulgación de la Ley 27610 de acceso al derecho a la IVE en diciembre del 2020. Siempre me formé en cursos de posgrado abordando áreas de la psicología clínica por un lado y a la vez cursos sobre políticas públicas, gestión y planificación en salud, pues siempre fue un tema de interés para mí, mi deseo iba en ese sentido sin que me pudiera dar cuenta en ese tiempo.

En noviembre de 2023 gané el concurso de Jefatura de Unidad del CeSAC 5, efector dependiente también del área programática del Hospital Santojanni y comienzo a ejercer una nueva función en el sistema de salud pública, ahora con un cargo de gestión como es el de ser jefa de unidad del CeSAC 5 a partir de febrero del 2024.

Van a ser dos años que me desempeño como jefa de unidad, considero que es el desafío más grande que he alcanzado en mi profesión como psicóloga, intentando poner una impronta de cuidado colectivo con perspectiva de género en un mundo médico hegemónico. Sigo siendo parte de un equipo interdisciplinario pero ahora con la responsabilidad y las incumbencias que implica un cargo de gestión de jefatura de unidad. Poder reconocer que gestionar no es solo administrar y/u organizar recursos, sino que tiene el plus de ser parte de un equipo desde un lugar de responsabilidad y conducción, sumamente importante para ese CeSAC, ese equipo, para cada uno /a de los/as integrantes del mismo, profesionales de distintas disciplinas (médicos/as, pediatras, generalistas, ginecólogas, psiquiatra, psicólogas/os, trabajadoras sociales, obstétricas, psicopedagoga, antropóloga, enfermeras, promotoras de salud, odontólogos/as, nutricionistas, técnicas en radiología, medica en imágenes, personal de administración, personal de limpieza, personal de seguridad) y esa comunidad que se atiende en el CeSAC, la población de Villa 15, Ciudad Oculta. Mi objetivo siempre fue abrir puertas, contribuir a que la comunidad acceda a sus derechos, por lo que es parte de mi gestión hacer cada vez más accesible el CeSAC.

Mi cargo actual, jefatura de unidad, y mi profesión, licenciada en psicología, se han encontrado, generando el resultado de una jefa psicóloga, mujer y feminista, que respeta los proyectos y grupos de trabajo que ya existen en el CeSAC, un CeSAC como el

CeSAC 5 que tiene una historia de trabajo comunitario importante con la comunidad de Villa 15, por lo que todos los días sigo aprendiendo algo nuevo de este gran equipo y de esta gran comunidad. Me inserto en un nuevo equipo desde la función de jefa e intento hacerlo de una manera respetuosa, contribuyendo con una mirada de cuidado colectivo y de promoción de derechos. Siempre me digo, “espero estar a la altura de ese gran equipo del CeSAC 5”, acompañar sus procesos de trabajo y no alejarme del eje del cuidado colectivo. Promover acciones y proyectos que la comunidad necesite y el equipo propicie con su formación y su potencia interdisciplinaria teniendo como objetivo general de mi proyecto de jefatura de unidad el de “contribuir a mejorar la accesibilidad de la población del CeSAC 5 a través

de un enfoque de salud integral con perspectiva de género, priorizando los recursos del equipo de salud y el trabajo territorial”.

Ser psicóloga es una ventaja, porque considero que mi formación pudo brindarme herramientas para problematizar, no temer al conflicto, buscar y descubrir nuevos aportes en el intercambio con los/as otros/as, propiciar el dialogo y la circulación de la palabra desde un lugar de escucha activa, donde en tiempos difíciles de contextos de odio y crueldad, de agendas que obstruyen el encuentro, promover el trabajo en equipo y gestionar desde el eje del cuidado y la promoción de derechos es lo que lo que considero primordial para seguir apostando a la lucha colectiva y a la convicción de que sólo nos salvamos entre todos/todas/todes.

