

#Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la CABA

8va Edición | Agosto 2024
ISSN 2953-4895



Crédito: Tute



ASOCIACIÓN DE
PSICÓLOGOS
DEL GOBIERNO DE LA CABA

EDITORIAL

Estimadas y estimados compañeras y compañeros:

Tengo el gusto de comunicarme, una vez más, con nuestras afiliadas y nuestros afiliados, en este espacio que es la Revista Digital #Somos APGCABA. En esta oportunidad nos proponemos trabajar sobre "**Obstáculos y malestares en la práctica psicológica**" y es por eso que quiero compartir algunas reflexiones sobre un tema que hace ya un tiempo me preocupa especialmente: **El estrés laboral**.

El estrés laboral es una realidad omnipresente en el contexto actual, que afecta obviamente a las colegas psicólogas y los colegas psicólogos, cuya labor asistencial se ve entrelazada con una amplia serie de desafíos. En nuestro país, aspectos como los bajos salarios, el pluriempleo y la falta de reconocimiento inciden directamente en el bienestar de los trabajadores y las trabajadoras.

El Equipo de Salud, conformado por profesionales dedicados y dedicadas al bienestar de la sociedad, se enfrenta a condiciones socioeconómicas desfavorables en los sectores público y privado. Los bajos salarios son una realidad que afecta tanto la calidad de vida, como también repercute en el desempeño laboral y bienestar emocional de los y las profesionales.

El **pluriempleo**, una práctica común en nuestro sector, añade una capa adicional de estrés. La necesidad de buscar múltiples empleos para llegar a fin de mes no sólo aumenta la carga de trabajo, sino que también podría afectar la calidad de la atención que brindamos, llevándonos al límite físico y emocional, aumentando en algunos casos la frustración, con los consabidos efectos en nuestra salud física.

La **deserción** de algunos y algunas profesionales "psi" es otro aspecto preocupante en estos momentos. La sobrecarga laboral, sumada a los bajos salarios y las frustraciones, llevan a muchos y muchas colegas

EDITORIAL

a buscar oportunidades en el extranjero o a cambiar de profesión, lo que refleja las condiciones desfavorables en las que trabajamos, sumando la falta de reconocimiento en la valiosa tarea diaria de recibir las demandas y problemas de nuestros y nuestras pacientes. Algunos psicólogos y algunas psicólogas, frente a esta situación están migrando de las áreas de atención directa hacia otras áreas del mercado laboral que puedan tener un mayor rédito económico o una menor carga de estrés. Otro factor importante resultó ser la falta de reconocimiento en la post pandemia de covid y el impacto que generó este fenómeno negativo en nuestra psiquis.

Universidades. Estas condiciones adversas, que están presentes en los y las profesionales en ejercicio también influyen en la elección de las carreras de los y las jóvenes estudiantes o profesionales. Es nuestra responsabilidad sindical contar con una política a mediano plazo articulada con las universidades, que nos permita tener un mapa de las áreas a cubrir y no continuar con los modelos actuales desprovistos de datos sobre las elecciones de las carreras y sin ninguna referencia de las temáticas en las que los y las estudiantes de nuestro país necesitan formarse.

La vocación, que debería ser el motor principal en la elección de una carrera, se ve opacada por la realidad económica, la falta de recursos y desarrollo en áreas periféricas de nuestro país, no permitiendo el crecimiento de nuestra profesión en lugares remotos de nuestro territorio. Muchos jóvenes argentinos y muchas jóvenes argentinas, a pesar de su interés y vocación por ayudar a otros y otras, optan por carreras con mejores perspectivas salariales y laborales, el dinero hoy tiene un peso determinante para quienes encaran una elección de manera reflexiva y no sólo por su vocación. La situación socioeconómica del equipo de salud puede generar una disonancia entre la vocación y la

EDITORIAL

elección de carrera. Los y las jóvenes pueden sentirse desalentados y desalentadas al enfrentar la realidad de las dificultades económicas y laborales que observan en quienes ya estamos en el campo de la salud.

Ante este panorama, el interrogante crucial con el que nos encontramos, es buscar nuevas soluciones que mejoren las condiciones laborales de las psicólogas y los psicólogos del GCABA. Las organizaciones gremiales desempeñamos un papel fundamental en la defensa de los derechos laborales y la negociación de condiciones más equitativas para las trabajadoras y los trabajadores.

Una herramienta gremial efectiva es la negociación colectiva para mejorar los salarios y establecer condiciones laborales más justas. Los sindicatos trabajamos en la concientización sobre los riesgos del estrés laboral y continuamente promovemos medidas de prevención y apoyo psicológico para las trabajadoras y los trabajadores de la salud.

Otra acción que nos proponemos, es generar más cuadros técnicos que profundicen en políticas públicas que reconozcan la importancia del equipo de salud y asignen los recursos necesarios para garantizar salarios dignos y condiciones de trabajo adecuadas. Esto no sólo beneficiaría a las trabajadoras y los trabajadores, sino que también fortalecería el sistema de salud en su conjunto.

Los trabajos que las colegas han presentado en esta octava edición de #Somos APGCABA, dan cuenta de algunas de las dificultades con las que nos encontramos en nuestra práctica, pero también nos muestran el profesionalismo y compromiso con la tarea y la construcción de conocimiento.

Les mando un afectuoso saludo.

Andrés Añón

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

OBSTÁCULOS Y MALESTARES EN LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA

La práctica de los psicólogos y las psicólogas implica atravesar y problematizar los obstáculos que se presentan día a día. Estos son inherentes a nuestro quehacer cotidiano.

Trabajar en torno al padecimiento del sujeto no es posible sin los avatares que nos impone "nuestra" clínica.

Sin embargo, cuando el malestar afecta la salud de los y las profesionales, nos replanteamos acerca del modo de practicar la Psicología y las condiciones en que se desarrolla la misma; sabemos que la Ciudad de Buenos Aires hoy es un escenario muy difícil para quienes trabajamos en el ámbito de la salud mental.

El Secretario General de APGCABA, en su editorial, nos presenta un tema álgido en relación a la salud de las y los trabajadoras y trabajadores: el "Estrés Profesional".

En los textos que presentan nuestras colegas, se expone un

saber hacer con los obstáculos, superador del malestar. Un saber hacer, producto del deseo de quienes hoy nos transmiten sus prácticas. En estos escritos veremos los efectos de una clínica tenaz y un interés por la conceptualización que podría orientar, o al menos hacer reflexionar, a cada uno de nuestros y nuestras lectores y lectoras.

Tenemos el agrado de presentarles nuestra 8va edición de #SomosAPGCABA.

Irene Scherz y Oscar Cott.-

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).

EQUIPO EDITORIAL

Directores:

Andrés Añon y Aldo Pagliari

Coordinación General:

Irene Scherz

Equipo Editorial:

Susana Alfonso, Oscar Cott

Diseño y diagramación:

Romina Malla, para Zulu Estudio

Delegados y Delegadas:

Hospital Alvear: Héctor Darío Gigena (Delegado Titular), Violeta Werner (Delegada Suplente) |

Hospital Argerich: Mariela Miranda (Delegada Titular), María Gabriela Siri (Delegada Titular) |

Hospital Álvarez: María Fernanda Suarez López (Delegada Titular), Irma Jesús Zurita (Delegada Titular), Mariel Almecija (Delegada Suplente) | **Hospital Borda:** David Alejandro Zapata (Delegado Titular), José Ignacio Lohigorry (Delegado Titular), Marina Fernanda Pambukdjian (Delegada Suplente), Mariana Fariña

(Delegada Suplente) | **C.S.M. N°1**

Dr. Hugo Rosarios: Julio Romero (Delegado Titular), Cristina del Castillo (Delegada Suplente) | **C.S.M. N°3 Dr. Arturo Ameghino:** Alberto Ariel Farji (Delegado Titular), Mirian Mónica Dios (Delegada Titular) | **EAIT:** Ignacio José Mosquera (Delegado Titular) | **Htal. Fernández:** María Alejandra Perafán (Delegada Titular), Viviana Ethel Carballido (Delegada Suplente) | **Htal. Grierson:** María Florencia Burghardt (Delegada Titular) | **Hospital**

Gutiérrez: Cecilia Inés Bori (Delegada Titular), Mónica García Barthe (Delegada Suplente) |

Ministerio de Salud GCABA: Juan Pablo Mattarucco (Delegado Titular), Sergio Marcelo Ortiz (Delegado Suplente) | **Hospital**

Muñiz: Perla Cativa Tolosa (Delegada Titular), Alejandro Luis Santamaría (Delegado Suplente) |

Hospital Moyano: Analía Palazzo (Delegada Titular), Verónica Lorena Del Bueno (Delegada Titular), Marina Nélica Trejo (Delegada Suplente), Stella Maris López (Delegada Suplente) | **Hospital Penna:** Vi-

viana Castaño Gómez (Delegada Titular), Florencia Tropeano (Delegada Titular) | **Hospital Piñero:** Denise Pinus (Delegada Titular), Roxana Mabel Mascali (Delegada Titular) | **Hospital Pirovano:** Lorena Piñeiro (Delegada Titular), María Gabriela Ballester (Delegada Suplente) | **Hospital Ramos Mejía:** Karina Sandra Dabul (Delegada Titular), Viviana Teresa Jalife (Delegada Titular) | **Hospital Rivadavia:** Paonessa, Silvia Graciela (Delegada Titular), Gonzalez, Juan Carlos (Delegado Suplente) | **Hospital Santojanni:** Andrea Mariana Berra (Delegada Titular), Alicia Beatriz Collazo (Delegada Titular) | **Hospital Tobar García:** Scherz, Irene Viviana (Delegada Titular), Regueira, Elsa (Delegada Titular), Moreyra, Luis Ramón (Delegado Suplente), Silvina Consolo (Delegada Suplente) | **Htal. Tornú:** Silvia Sucharewicz (Delegada Titular), Alba Liliana Calla (Delegada Suplente) | **Htal. Vélez Sarsfield:** Julieta Paula Trunzo (Delegada Titular), Desiree Pretzel (Delegada Suplente).

viana Castaño Gómez (Delegada Titular), Florencia Tropeano (Delegada Titular) | **Hospital Piñero:**

Denise Pinus (Delegada Titular), Roxana Mabel Mascali (Delegada Titular) | **Hospital Pirovano:**

Lorena Piñeiro (Delegada Titular), María Gabriela Ballester (Delegada Suplente) | **Hospital Ramos Mejía:**

Karina Sandra Dabul (Delegada Titular), Viviana Teresa Jalife (Delegada Titular) | **Hospital Rivadavia:**

Paonessa, Silvia Graciela (Delegada Titular), Gonzalez, Juan Carlos (Delegado Suplente) | **Hospital Santojanni:**

Andrea Mariana Berra (Delegada Titular), Alicia Beatriz Collazo (Delegada Titular) | **Hospital Tobar García:**

Scherz, Irene Viviana (Delegada Titular), Regueira, Elsa (Delegada Titular), Moreyra, Luis Ramón (Delegado Suplente), Silvina Consolo (Delegada Suplente) | **Htal. Tornú:**

Silvia Sucharewicz (Delegada Titular), Alba Liliana Calla (Delegada Suplente) | **Htal. Vélez Sarsfield:**

Julieta Paula Trunzo (Delegada Titular), Desiree Pretzel (Delegada Suplente).

01

**LA GUARDIA: ENTRE LA
URGENCIA Y LA DEMANDA
DE ASISTENCIA**

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. TEODORO ALVAREZ

01



Lic Lorena Reisis

lorenareisis@hotmail.com

MN: 28916. Licenciada en Psicología (UBA), Especialista en Psicología clínica con orientación psicoanalítica (UBA), Psicóloga de guardia del hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez, docente de Clínica de la urgencia (UBA).



Lic Selene Llian Gonzalez

i_selulian@hotmail.com

MN 70345. Licenciada en Psicología (USAL). Especialista en Terapia Cognitiva Conductual (UNMdP). Ex Residente de Psicología Clínica Hospital Alvarez. Jefa de Residentes de Psicología Clínica Hospital Alvarez.

En el presente trabajo nos interesa abordar una problemática con la que nos encontramos en nuestra práctica clínica, en un dispositivo de guardia perteneciente a un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires. En los últimos años, hemos notado un incremento constante en la demanda de atención por guardia en el área de salud mental. Este fenómeno nos plantea interrogantes cruciales: ¿Cuáles serían las causas posibles de este aumento significativo? ¿Toda demanda es una urgencia? ¿Qué entendemos por urgencia?

Abordaremos esta cuestión desde una perspectiva multidimensional, considerando tres variables clave: clínica, institucional y socioeconómica. Desde la vertiente institucional podemos considerar la falta de turnos, la escasez de profesionales y de recursos en general. En cuanto a la variable socioeconómica, debemos destacar el incremento de pacientes que recurren al hospital público, ya sea por estar desempleados, por la imposibilidad de pagar

una medicina privada y/o el empobrecimiento general de la sociedad en términos económicos. Por último, respecto a nuestra práctica clínica, podríamos pensar en un aumento de las patologías en salud mental -en cantidad y gravedad-, en interrelación con las variables anteriormente citadas.

Nuestra hipótesis plantea que las tres dimensiones expuestas se encuentran fuertemente articuladas, produciendo un aumento de las consultas por guardia y convirtiendo en urgencias a las demandas que podrían ser atendidas en otros dispositivos.

Variable socioeconómica

Los servicios de emergencias cumplen con un rol esencial en la comunidad y se constituyen como una vía regia de acceso para muchos de los usuarios. No obstante, observamos una realidad preocupante: nos encontramos con un vasto número de consultas nuevas que hasta entonces eran absorbidas por el sistema privado o de obras sociales y que por la coyuntura económica actual impactan

directamente en el sistema público. El desempleo o las dificultades de los usuarios para costear la atención privada son factores determinantes en el aumento de las demandas y pone a prueba la capacidad del sistema de salud para satisfacer las necesidades básicas de la comunidad.

Las condiciones socioeconómicas adversas contribuyen a la aparición cada vez más frecuente, de consultas por angustia, estrés, ansiedad y depresión. Este aumento no solo se refleja en la cantidad de casos, sino también en la gravedad de los mismos: intentos autolíticos, ideas de muerte, conductas auto o heteroagresivas, aumento en el consumo de sustancias, descompensaciones psicóticas, crisis de angustia severas, situaciones de violencia, entre las más relevantes.

Estas consultas requieren de intervenciones cada vez más complejas para abordar adecuadamente las necesidades de los pacientes con problemas de salud mental. La dificultad para las derivaciones a los servicios adecuados (consultorios externos, salas de internación, hospitales de día, hogares, casas de medio camino, entre otros), implican tiempos prolongados que exceden la capacidad de la guardia. Esta dificultad conduce a una sobrecarga del dispositivo, evidenciado por ejemplo, en la cantidad de pacientes de salud mental internados/as en la guardia superando la de otras especialidades.



Foto de Sarazh Izmailov | www.pexels.com

Esta situación no sólo perjudica al/la paciente, también tiene consecuencias sobre los y las profesionales, quienes nos encontramos exigidos a dar una respuesta eficiente. Esta exigencia produce un agotamiento del recurso humano, convirtiéndose la guardia en una jornada laboral extenuante (teniendo en cuenta que son 24 horas de trabajo), sin la cantidad de profesionales ni los recursos necesarios para afrontar el aumento significativo de las consultas.

La clínica en la urgencia

Entendemos por urgencia un punto de ruptura: “con la consiguiente aparición de fenómenos psíquicos, quiebre de la homeostasis; se ha roto el equilibrio que sostenía la vida, las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares” (I. Sotelo, Datus, 2015). La urgencia se presenta ante el encuentro contingente con aquello que produce una ruptura en la escena de la vida y no está necesariamente ligada a la

gravedad del acontecimiento, si no a la vivencia subjetiva del mismo. En este sentido, situaciones de la vida cotidiana pueden ser experimentadas como urgencias. Nos resulta llamativo cómo es el mismo sistema sanitario el que produce urgencias cuando no responde a la necesidad de atención de los y las pacientes. Desde aquel que se quedó sin psiquiatra o sin su medicación por falta de profesionales o de turnos, hasta quién se desestabiliza por la imposibilidad de acceder directamente al servicio de salud.

De este modo, una consulta de rutina, se torna en una situación de urgencia potencial o concreta, que recae sobre el servicio de guardia en busca de solución.

La institución hospitalaria

Desde esta perspectiva, nos encontramos en un punto de impasse, debido a la dificultad estructural del hospital para dar respuesta a las consultas. En este sentido, la institución no ha aumentado la cantidad de recursos para hacer frente a la situación actual. La línea 147 intenta movilizar este estancamiento pero aun así los pacientes deben enfrentar largas esperas en la obtención de turnos. Es notoria la escasez de profesionales y dispositivos para patologías en salud mental dentro del sistema hospitalario. La falta de acceso oportuno a servicios adecuados puede resultar en complicaciones adicionales para los pacientes, quienes podrían requerir intervenciones más intensivas y costosas en el futuro debido a un tratamiento inadecuado

inicialmente. Esto no solo incrementa la carga sobre los servicios de emergencia, sino que también perpetúa un ciclo de crisis recurrentes que podrían evitarse con un aumento y una mejor organización y distribución de los recursos dentro del sistema de salud.

Para concluir

En resumen, la interacción compleja entre factores institucionales, socioeconómicos y clínicos está moldeando el panorama actual de la atención hospitalaria. A partir de lo desarrollado procuramos evidenciar que el aumento actual de las consultas en salud mental, por guardia, no debe centrarse exclusivamente en el dispositivo de guardia. Por lo contrario, su abordaje requiere de una política en salud que contemple la situación actual tanto de los y las pacientes como de los y las profesionales.

El hospital tiene la capacidad para responder de manera flexible a las necesidades cambiantes de la comunidad y adaptarse frente a los obstáculos que acontecen por fuera de ella, como sucedió durante la pandemia. Pero sólo es posible si se cuenta con políticas e iniciativas institucionales que apunten a la mejora de la infraestructura, la optimización en la gestión de recursos y el acceso equitativo a la atención en salud. Solo así podremos construir un sistema más justo y eficaz, para hacer frente a los desafíos presentes y futuros, asegurando un servicio de calidad para la ciudadanía.

OBSTÁCULOS Y MALESTARES EN LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA

**ENTRE EL RIESGO Y LA URGENCIA. PADECIMIENTOS
SUBJETIVOS EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL,
PSICOANÁLISIS, EN CONTEXTO HOSPITALARIO Y SUS
PROBLEMÁTICAS ACTUALES.**

HOSPITAL INFANTO JUVENIL CAROLINA TOBAR GARCÍA

"Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época."

— J. Lacan

Hacer con "el psicoanálisis" en un hospital monovalente es un emprendimiento que con certeza se debe realizar con y junto a otros/as.

El hacer, el saber hacer con un paciente agudo e infante/ juvenil enjambado en un contexto socio histórico político familiar complejo y en la mayoría de las veces vulnerado, solicita el trabajo de un equipo multidisciplinario. Buscar ese "aleph" que nos oriente, o al menos que nos permita establecer ciertas marcas para que el vínculo transferencial nos dé acceso a trabajar con el padecimiento, vislumbrar algo de ese sujeto, particularmente, su posición. Ante todo ofrecer un lugar. Diagnosticar, armar un plan farmacológico y terapéutico, se piensa a modo de estructurar las ausencias, suele ser la triada que intenta guiar la dirección de la cura.

La población infante-juvenil es, sin duda, un grupo vulnerable debido, entre otras cosas, a su etapa de desarrollo. Duran-

te esta fase, los niños, niñas y adolescentes están en proceso de formación tanto física como psíquica, haciéndolos susceptibles al impacto de crisis familiares y sociales. Las experiencias adversas durante esta etapa pueden tener efectos duraderos en su salud mental y bienestar general.

Cabe preguntar, si en las urgencias subjetivas de nuestros y nuestras pacientes, la excitación psicomotriz, los pasajes al acto, las conductas auto líticas, son la respuesta a preguntas que no pudieron satisfacerse o no fueron alojadas, como una primera hipótesis.

Jacques Alain Miller se pregunta acerca del tiempo en el cual los oráculos dejaron de predecir en Grecia, situando un efecto similar respecto al nuevo concepto de inconsciente de nuestra época. En la actualidad, nuevas versiones sintomáticas nos interpelan en relación a los padecimientos en NNYA. Trabajamos en una clínica donde prima el vacío, los pasajes al



Lic. Estefania Szenejko

estefania_szenejko@hotmail.com

Lic. En Psicología. Profesora en enseñanza media y superior. Especialista en Psicología Clínica Concurrente del Hospital Infante Juvenil "Carolina Tobar García".

acto, los intentos de suicidio y la angustia, que se precipita e interroga.

Estos cuadros se presentan con el común denominador de la ausencia de la inscripción del nombre del padre, de la ley, del límite, de un borde que organice. Reina la crueldad y se hace eco la ternura. El dolor está, pero no se encuentra palabra ni se enlaza ni se logra recuperar algo de la propia historia. Miller indica que cuando el nombre del padre no opera, el Otro aparece con su maldad real. Hay un vacío que se vuelve tangible, se materializa, en la mayoría de las ocasiones en un diagnóstico y en un devenir institucional que deriva y pocas veces aloja.

Desde el psicoanálisis, sostenemos, que los problemas son del orden de la ética, no del diagnóstico, de la clínica, en una segunda hipótesis, podríamos ampliar la cuestión y pensar que los problemas sociales también se incluyen en la ética. En relación a esto, Juan Mitre se pregunta “¿Cómo hacer presente la ética del discurso analítico en el campo social?”, entendiéndolo que para que un discurso este vivo debe estar encarnado, por tal motivo, la apuesta consiste en introducir la presencia real del analista en el campo social, en sus instituciones.”

A raíz de lo anteriormente dicho, mi paso por un hospital monovalente, como analista en formación, me convocan a pensar ciertas preguntas: ¿Cómo se presenta la ética del discurso analítico en el ámbito hospitalario?

Si los padecimientos y las urgencias subjetivas de los pacientes que acuden al hospital se relacionan con la falta, el rechazo de un lugar, para advenir sujeto y poder realizar lazo con otros (...)

Lacan dice: “subjetivar es tomar lugar para un sujeto válido en otro sujeto”, encontrar un lugar dentro de la estructura simbólica donde el sujeto pueda reconocer su propia validez. Este lugar permite que el discurso analítico aborde los aspectos difíciles e impasses estructurales de la experiencia humana, lo que ayuda a que emerjan nuevas comprensiones y evita que el sujeto caiga en una espiral autodestructiva.

El psicoanálisis en el ámbito hospitalario

“Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” es un texto que Freud ha presentado en el año 1918, en Budapest en el marco de un Congreso Psicoanalítico Internacional. En el texto, sugiere que en el futuro el psicoanálisis podría expandirse para llegar a un público más amplio, incluso a las clases populares, y que estos tratamientos podrían ser ofrecidos de forma gratuita por el Estado. Freud dirá: “cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo y no importa que elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso”. Esto implica una conexión profunda entre la técnica analítica, la ética y las circunstancias sociales y materiales.

Con respecto a esta premisa, vale la siguiente pregunta, tomando a Elida Fernández: “¿Qué hace un psicoanalista cuando no hay un discurso, ni un texto si no algo que se muestra solo para la mirada o un silencio tóxico que da cuenta del vacío? Para responder a esta pregunta, me permito poner en algunas palabras, los primeros efectos que me condujeron cuando comencé mi formación allá por el 2020, con un pequeño recorte clínico.

Si bien el contexto pandémico no colaboraba, puedo definirla como la sensación de ser una “extranjera en un país desconocido donde se hablaba otro idioma”, y yo, claro está, no lo sabía. Comencé por el servicio de consultorios externos, (nuestro Hospital está formado por guardia, hospital de día, Consultorios Externos e internación). Mi primer paciente, a quien llamare D, fue una adolescente, de 17 años, que había estado dos veces internada en el hospital por intento de suicidio e ideaciones autolíticas, padecía de alucinaciones visuales y auditivas y su padre recientemente fallecido por covid. Ella se sentaba, casi agachada mirando el piso y solo respondiendo algunas veces “sí o no”. Esto duró algunas semanas, y mi pregunta desesperada no tardó en llegar “si no habla, no mira, no responde, ¿Qué hago? ¿Cómo se produce una intervención sin discurso? Y fue en ese momento, cuando sentí encarnada las resonancias de algunos fragmentos del libro la Novela Clínica Psicoanalítica de Fernando Ulloa, hablar de la socialización de los carajos,

a partir de escuchar con frecuencia como alguien expresaba su dolor enojado diciendo: ¡No sé qué carajo hacer con este paciente! Un pensamiento acostumbrado a valorar cierta incertidumbre, un valor imprescindible en la clínica hospitalaria. En las sendas supervisiones, comencé a confeccionar que iba a hacer en el espacio con mi paciente, y hubo una frase que cambió el rumbo de mi quehacer, “no hay mejores analistas, no hay garantías, hay buenos o malos encuentros”. A partir de allí, lentamente, comencé ofreciendo distintas opciones (música, esmaltes, collages) y luego ella fue eligiendo, y comenzamos a escuchar bandas de k-pop, hablamos de las letras de distintos músicos, imaginando distintos futuros con dichas canciones. A paso lento, pude ir cortando y cosiendo al decir de Lacan en el *sinthome*, sem 23, para que algo de la subjetividad de D. pueda advenir, armarse, entramarse con las hilachas de lo que ella traía, una historia fragmentada, de ganas apenas trazadas, necesarias para que algo de la ley opere y la crueldad ceda. Pienso que no se puede trabajar sin historizar, sin armar, desarmar y repensar sin el relato mítico de cada sujeto. Por eso, si no hay historia, es necesario construirla.

Por lo tanto, el deseo del analista, dice Lacan, separa el Ideal del objeto a, y lleva la demanda a la pulsión. En este sentido es que, va más allá del amor. El psicoanálisis no es una cura por amor, dirá Aramburu, sino que el deseo del analista hace caer el amor para hacer surgir el deseo. Con los pacientes

graves, en riesgo, desubjetivados, es preciso la construcción de una demanda que permita articular la pulsión con el deseo. Luego de mucho trabajar con D, pudo pensar ciertas opciones para su vida llegando al cumplimiento de su mayoría de edad, egresando de su escuela secundaria y del Hospital con una promesa a cumplirse: poder estudiar para ser azafata o maestra.

A modo de concluir, he llegado a comprender que en el ámbito hospitalario, no siempre “estamos analistas”, tal como menciona Elida Fernández. En ocasiones, nos vemos en la tarea de aconsejar, persuadir y defender lo que consideramos un bien supremo o una conveniencia para el otro. Sin embargo, como bien señala Freud, lo esencial radica en ser conscientes de nuestras acciones en todo momento. Esta conciencia se nutre mediante la reflexión en actividades como la supervisión, la escritura y el diálogo con colegas. Estos procesos nos permiten reconocer y asumir nuestras acciones, brindándonos la oportunidad de hacer con otros, “saber y sostener en acto que no todo es psicoanálisis, es lo que permite que el psicoanálisis tenga su lugar”, dirá Mitre.

Problemáticas actuales

La urgencia surge como resultado de la perturbación causada en una defensa o en un desequilibrio en el sujeto. Tanto el acting out como el pasaje al acto se manifiestan como las últimas barreras o salidas frente a la angustia. Por ende, es crucial reconocer que es-

tas acciones no dejan de ser defensas. Como es bien sabido, existen diversas formas de defensas, algunas de las cuales pueden ser alteradas mientras que otras deben ser respetadas. En ciertas circunstancias clínicas específicas, es necesario intervenir para ayudar a construir estas defensas de manera adecuada.

¿El/la psicoanalista puede trabajar solo/a con un/a paciente grave o lo hará en equipo? ¿Cuáles son los límites de nuestra práctica? El psicoanálisis tiene fronteras en su capacidad para abordar ciertos sufrimientos; no es una panacea universal y es esencial reconocer y aceptar estas limitaciones. Esto nos permite discernir qué pacientes podrían beneficiarse de un tratamiento dirigido por un o una analista en formación y cuáles no. Esta distinción es crucial para evitar la cronicidad tanto en el/la paciente como en el/la analista. Es fundamental el trabajo en equipo, donde en el/la paciente sea considerado/a desde diversas perspectivas, implicando a todos/as los/as profesionales involucrados en el caso en la supervisión y toma de decisiones de manera colaborativa.

Fernando Ulloa destaca el profundo dolor de quedarse esperando algo que nunca llega, comparándolo con el desamparo inicial de la infancia, donde se espera el cuidado y protección por parte de la función de un otro. En la clínica, este desamparo, este vacío lo vemos cuando cada NNYA intenta llenar ese vacío no solo con síntomas, sino también con

diferentes conductas autodestructivas como el consumo de drogas, autolesiones, delirios o alucinaciones. El desamparo es un concepto freudiano, articula su teoría con el desamparo inicial donde él bebe humano si no depende de los cuidados de otro no puede sobrevivir. Lo que Freud descubre es que en esta supervivencia se formara, en la relación al otro, el deseo, marca de la subjetividad.

En consonancia con ello, Lacan propone que el análisis o tratamiento psicoanalítico permita al sujeto aprender a vivir con ese doloroso vacío y a reinterpretar su propia historia de una manera diferente. Se trata de cambiar la forma en que el sujeto se percibe a sí mismo, permitiéndole leer su vida desde una perspectiva nueva y más constructiva.

Padecimientos subjetivos, el caso L

La urgencia subjetiva, según Laurent, se entiende como una ruptura repentina en la cadena significativa. Esta ruptura deja al sujeto sin la capacidad de representarse a sí mismo, quedando atrapado en el tiempo de la urgencia y experimentando un exceso de goce.

La urgencia puede llevar al sujeto a quedarse sin palabras, expresando mutismo o perplejidad, o a realizar actos desesperados bajo una gran angustia. Estas son solo algunas de las variadas formas en que se manifiesta la urgencia clínica, que abarca desde manifestaciones sutiles hasta extremos más evidentes

Es importante considerar también los efectos de la urgencia en aquellos que la reciben. El paciente que busca ayuda llega en una posición de objeto, convocando al terapeuta a enfrentar la división subjetiva. Para abordar la urgencia desde una perspectiva analítica, es fundamental estar consciente de los propios puntos de urgencia para poder acoger al sujeto en su realidad subjetiva. Propongo una viñeta para pensar lo dicho:

L, es un paciente que ingresa por guardia a la edad de 12 años con un cuadro de excitación psicomotriz, traído por su abuela. La misma refiere que L la amenazo con un cuchillo y que le indicaba que una voz lo obligaba a tratar de matarla. En el transcurso de una extensa entrevista con la abuela, la misma manifiesta que L es hijo de una mujer que ella decidió adoptar, que su hijastra padeció durante toda su vida de trastornos mentales y que L estuvo sometido a una diversidad de maltratos físicos, psicológicos y verbales en el transcurso de su corta vida.

Actualmente, L había empeorado, ya que había visto a su madre hacia un año, ya que tenía una restricción de contacto y ocasionalmente la había cruzado en un comercio y dichas voces injuriosas habían vuelto obligándolo a insultar y maltratar a su abuela hasta llegar a amenazarla con un arma blanca.

En la entrevista con L, el relata que no quiere estar internado ya que extraña su casa y a los amigos del colegio. Indica

que él no quiere volver a ver a su mamá, que lo que escucha lo asusta y que a veces puede pensar que “no es tan de verdad”. Indica que no quiere “escuchar y ni escucharla” y que lo escucha siempre es feo y triste, en casi todas las ocasiones haciéndolo enfurecer.

A partir de lo que refiere L, comenzamos a trabajar sobre lo que escuchaba, a que remitían esos dichos y como el ubicaba a su mamá en un no lugar, por momentos pivoteando entre la tristeza y la violencia. En nuestros sucesivos encuentros, L indica que quiere armar una historia, donde hay príncipes, dragones y una reina que debía ser rescatada, pero no sabía bien como. Jugamos en varias ocasiones con las manos, imaginando que nuestros dedos a veces eran espadas, otras realmente manos que se entrelazaban para dar lugar a un pacto, y otras casi que no jugábamos porque L refería estar cansado y no tener ánimos para nada.

En una de las últimas entrevistas me pregunta, ¿siempre me voy a acordar de lo feo que viví? Ya hay partes que me olvido, pero Vos sabes eso, si siempre me voy a acordar? Le dije que “siempre” es un motón y le propuse que hablemos un poco más de lo que paso o recordaba como angustioso, si tenía ganas de ponerle palabras, y refirió varios sucesos de violencia en relación al vínculo con la madre, mientras hacía filas con unos muñequitos en línea recta.

Aquí el lugar del analista fue convocado como el Otro del

saber, así como en otro momento las voces armaron un sentido de aquello vivenciado que no pudo ser simbolizado y retorno en lo real del delirio. El desafío con L, fue a través del juego, preguntar, relatar, investigar cómo se articula ese lugar en el que cayó el sujeto y como lee, significa, imaginariza este lugar que le tocó lamentablemente vivenciar, pudiendo arribar a un ambicioso objetivo: que L pueda aprender a convivir con ello, ofrecerle otra escena para así poder encontrar nuevas formas de anudarse con los demás y con la vida en general.

A modo de concluir

El entrecruzamiento del psicoanálisis con la institución hospitalaria podría abordarse desde múltiples ejes, como se trató de confeccionar en este trabajo.

Por un lado, desde la urgencia subjetiva, el lugar de un o una analista se encuentra con aquellas estructuras donde no operó la función paterna y por lo tanto no hay inscripción del significante de la falta, no ha funcionado la capacidad anticipatoria de la madre para espejar al niño como su metáfora fálica, que le permita anticiparse deseado antes de desear. Nos encontramos con pacientes que sufrieron este primer desamparo, luego el desamparo social, la disolución de la familia y el abandono de políticas de Estado sobre todo en salud y en este caso salud mental.

¿Qué puede hacer el discurso analítico frente a estos padecimientos?

Lo que puede, lo que logre inventar, alojar, intentar que posibilite que cada uno que llegan a nuestra institución se encuentre recibido en algo que pueda parecerse a una transferencia posible.

Alguien que lo espere, que (no va) alguien que (va acá) lo nombre y le pregunte por qué llegó tarde o por qué no pudo asistir a la sesión anterior, un/a trabajador/a social que pueda indicarle a la familia como solventar alguna de todas las dificultades económicas que existen, armar un agujero que done palabras.

La medicación en muchos casos es imprescindible, a la par de que se pueda armar palabras a modo de lazo que ancle, como construcción del cuerpo, como posibilidad de que exista el semejante como otro.

Para finalizar, me interesa compartir una frase de Juan Mitre: "En tiempos que tienden a la fragmentación, la ruptura de los lazos, a la segregación y a los rótulos, proponer dispositivos en los que se problematice la infancia, la transmisión y la época, nos parece una apuesta que vale la pena sostener".

Bibliografía:

- Aramburu, J. M. (1997). *Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial UOC.
- Fernández, É. (2011). *Diagnosticar las psicosis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Freud, S. (1919). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. En *Obras Completas* (Vol. 17). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Lacan, J. (2004). *El seminario, Libro 10: La angustia (1962-1963)*. (J.-A. Miller, Ed.). Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (2001). *El seminario, Libro 8: La transferencia (1960-1961)*. (J.-A. Miller, Ed.). Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (2006). *El seminario, Libro 23: El Sinthome (1975-1976)*. (J.-A. Miller, Ed.). Buenos Aires: Paidós.

- Mitre, J. (2003). *El analista y lo social*. Buenos Aires: Letra Viva.

- Miller, J.-A. (Ed.). (1988-2011). *Seminarios de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Paidós.

- Soria, N. (2009). *Confines de las psicosis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Ulloa, F. (1988). *Clínica psicoanalítica del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.

- Ulloa, F. (2004). *Clínica psicoanalítica contemporánea*. Buenos Aires: Paidós.

03

**EL PUERPERIO Y SUS POSIBLES
RESONANCIAS.
“UN MUNDO DE SENSACIONES”**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ

03

Lic. Vanesa Laura Franzese

lic_franzese@hotmail.com

Psicóloga de planta de Salud Mental del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Integrante del equipo interdisciplinario PROAMA (Programa de Acompañamiento de la Madre Adolescente).

Prof. Lic. Patricia Marcela Collins

patriciamarcelacollins@gmail.com

Psicóloga de planta de Consultorios Externos de Salud Mental del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.



Introducción: Respecto a la Salud Mental Perinatal

Este trabajo articula la importancia de los trastornos del ánimo en la etapa perinatal con el trabajo de prevención en talleres grupales en sala de Puerperio. Es imprescindible difundir las posibles vivencias emocionales que podrían llegar a acontecer en la etapa perinatal, dado que las mismas generan efectos en la persona que las padece, en los primeros cuidados del recién nacido o recién nacida y en los vínculos que establece con referentes de su entorno familiar y social.

La dificultad y los obstáculos que en ocasiones escuchamos de visibilizar y reconocer los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio ya sea para las personas que se sienten afectadas por los mismos, así como también para aquellas personas que conforman su red vincular de referencia. Es común hacer una lectura de las mismas desde una cuestión de voluntad, como si dando ánimo una persona puerpera podría sobreponerse a las mismas. Por tal motivo nos pareció interesante presentar esta propuesta de abordaje

para privilegiar el trabajo directo con las personas puerperas favoreciendo la reflexión junto a ellas, intercambiar experiencias e información y brindar signos de alarma emocional para dar lugar a una consulta oportuna e inmediata. Recurso que colabora a atravesar los obstáculos sociales que desestiman los trastornos del estado de ánimo en la etapa perinatal.

Recordemos que el campo de la salud mental perinatal comprende la etapa preconcepcional, el embarazo, parto/nacimiento, puerperio extendiéndose hasta los dos años de vida del niño/a. El abordaje de estas situaciones requiere de profesionales de la salud mental pero en enlace con otras disciplinas que estén involucradas, de acuerdo al momento de atención (obstetras, neonatólogos, pediatras, etc).

Trastornos del estado de ánimo durante el puerperio

Sabemos que *“Los trastornos del estado de ánimo del puerperio: tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto tienen una alta*

prevalencia, tanto en nuestro país como en otras partes del mundo. Éstos afectan directamente la salud física y emocional de la madre, al igual que la del recién nacido y la pareja, produciendo inestabilidad en el entorno familiar y social de quien la padece.” (Medina-Serdán, E. 2013).

La **Tristeza Posparto (TPP)**, comúnmente se llama Baby Blues, se describe como una alteración del estado del ánimo, debido principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Presenta una intensidad y duración variable, suele aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Los síntomas son de alivio espontáneo dentro de las dos a tres semanas siguientes al parto y no requieren necesariamente atención por Salud Mental. Se puede presentar entre el 50 y 80 % de las mujeres que dan a luz. El cuadro se presenta generalmente con labilidad emocional, irritabilidad y tristeza o llanto fácil así como con ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido/ la recién nacida.

Es importante informar a la persona gestante que este estado de TPP se debe principalmente a cambios hormonales, así como el ajuste familiar y social que enfrenta la madre, se debe enfatizar que si el cuadro sintomatológico aumenta o no ha desaparecido en dos o tres semanas es preciso realizar una consulta con Salud Mental.

En relación a la **Depresión Postparto o Depresión Perinatal (DPP)** sabemos que existen factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales; como por ejemplo antecedentes de trastorno de ansiedad y depresión, DPP previa, complicaciones obstétricas durante el embarazo o periparto (principalmente embarazos de alto riesgo), falta de apoyo de red socio-familiar, duelos familiares, antecedentes de pérdidas perinatales, alteración en la función tiroidea, dificultades en la lactancia, problemáticas de salud del recién nacido/a, entre otras. Tiene una prevalencia entre un 10 y 35 %. Algunos de los síntomas son el estado de ánimo deprimido, tristeza o llanto persistente, cambios en la rutina de alimentación y trastorno del sueño, disminución del interés para disfrutar de actividades, episodios de ansiedad, dificultades para vincularse con el recién nacido/a, pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé, ideas de muerte, entre otros. La DPP puede aparecer inmediatamente posterior al parto, así como días, meses y hasta un año después. Es importante la orientación a terapia individual y/o grupal, y tratamiento psicofarmacológico.

En relación a la **Psicosis Postparto (PPP)** existen factores de riesgo como haber padecido trastornos afectivos, Esquizofrenia o PPP previa. Le ocurre a 1-2 mujeres por cada 1.000 partos, suele comenzar

entre los 3 y 9 días posteriores al parto, pero puede iniciar hasta el sexto mes de puerperio. Algunos de sus síntomas son: fluctuaciones psicomotoras, rápida variabilidad afectiva de gran euforia y ansiedad al ánimo deprimido, alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, trastorno del sueño, insomnio, delirios y alucinaciones, conducta desordenada, en casos graves infanticidio. Se indica tratamiento psicofarmacológico, hospitalización y terapia individual y familiar. Evaluación de posible internación por Salud Mental.

Visibilizando el Puerperio y sus emociones. Sus Resonancias

En Salud Mental Perinatal son fundamentales las intervenciones clínicas a partir de una escucha atenta y empática, priorizando las intervenciones oportunas e incluyendo el trabajo con la pareja, la familia y/o referentes significativos. Es necesario focalizar la importancia del trabajo interdisciplinario y/o intersectorial y ofrecer espacios de talleres grupales de promoción de la salud sobre los trastornos del ánimo en la etapa perinatal.

El encuentro con las primeras experiencias respecto al ejercicio de la maternidad confronta a las personas con aquello anhelado e imaginado versus el desconcierto que implica acompañar los requerimientos afectivos de un niño/a recién nacido/a. Por lo general el puerperio suele ser una etapa silenciada por el imaginario social, cuyas

Foto de RDNE Stock project | www.pexels.com

expectativas de ilusión y felicidad arrasan lo real de las experiencias vivenciadas. La maternidad no tiene un único color, más bien es una paleta de infinitos y combinados colores con resonantes sonidos y silencios.

Como hemos planteado previamente es necesario, alertar a la población sobre las emociones que pueden estar presentes durante este período. Quizá sea poco probable nombrar como posible la prevención de los trastornos del estado del ánimo durante la etapa perinatal, pero el objetivo general de las actividades de promoción de la salud es transmitir que frente a la presencia de sintomatología compatible con dichas afecciones sea pertinente realizar una consulta oportuna y precoz, para la atención adecuada en el período perinatal.

A continuación presentamos una propuesta de promoción de la salud con modalidad de

taller. La misma está diseñada para ser implementada en las unidades de internación conjunta (mamá-bebé) en el área de maternidad de un hospital, cuya finalidad consiste en sensibilizar a las personas sobre las posibles experiencias vitales en el período de puerperio. La misma permite trabajar con las usuarias los signos de alarma que puedan dar cuenta de una posible alteración emocional en la etapa perinatal.

Cabe aclarar que si bien hablamos de “Maternidades”, se tienen en cuenta otras identidades de género considerando a todas las personas con capacidad de gestar.

Objetivos del taller:

1) Identificar las intervenciones oportunas en salud mental perinatal.

2) Comprender la relevancia de las actividades de Promoción de la salud en el marco de la clínica en Salud Mental Perinatal.

3) Informar acerca de los signos de alarma emocional que ameritan una consulta inmediata a un servicio de salud mental o guardia interdisciplinaria en salud mental.

Modalidad de intervención:

1) Presentación de la profesional quien será coordinadora de la actividad.

2) Presentación de la propuesta de taller, invitando a participar del mismo voluntariamente.

3) Explicación del desarrollo de la actividad.

Se relata que se trabajará con una de las cuatro escenas plasmadas en las imágenes que la dinámica comprende.

Las usuarias eligen por mayoría de votos, una de las imágenes numeradas de la 1 a la 4, sin ser develadas previamente.

Se muestra la escena elegida.

Luego se propone observar gestos de los personajes, escenario donde se desarrolla la misma, proyectar los sentimientos que cada uno de los personajes involucrados en la escena podría estar experimentando.

Seguidamente se propone leer los diálogos y/o pensamientos que figuran en el dibujo.

Se incentiva la puesta en común de lo observado por cada una de las participantes.

Datos extraídos de nuestras experiencias: Generalmente surge siempre la identificación de la depresión perinatal,

cuestión que nos hace reflexionar acerca de la importancia de señalar un diagnóstico diferencial entre ésta y aquellas vivencias esperables que se describen como baby blues.

Dependiendo de la escena elegida, se abre el diálogo, imaginando qué puede sentir en cada una de las mismas, la protagonista, el equipo de salud, hasta incluso el bebé...

Plantear la desesperación, la angustia, el desconcierto que en ocasiones provoca el encuentro con un niño/a recientemente nacido/a es aliviador, desterrando las representaciones estereotipadas de la maternidad como una etapa de plena felicidad, como lo únicamente relevante en la vida de las personas que gestan y paren. Desconociendo la cantidad de variables y encrucijadas subjetivas, vinculares, sociales, históricas con las que cada persona interpreta esa vivencia tan particular para cada quien, como el hecho de decidir ejercer la maternidad/paternidad, una función subjetivante para otros y para sí mismos.

En una ocasión una mujer puerpera dijo: “una persona que ha dado a luz, puede llorar por presentar conflictos consigo misma luego del parto y aclara, la dificultad de no poder reconocerse en este nuevo momento... y proclama: ¡es necesario hablar de estas cosas, nos hace bien!

En otra ocasión una participante puerpera mencionó: “¡que alguien cuente la verdad” sobre dar a luz”, otra expresó “que se visibilice el trabajo de gestar, parir y criar”. Al discutir sobre las escenas se cuestiona: ¿Por qué la tristeza, la angustia?

Los conflictos asociados a los estados anímicos durante la etapa perinatal que suelen surgir están vinculados a que se puede llorar porque no puede amamantar, porque está pasando el momento sola sin red vincular que acompañe, porque está feliz, está preocupada, estar deprimida, tiene conflictos con el progenitor del bebé, siente preocupación de dejar al cuidado de otras a sus otros hijos durante el transcurso de la internación obstétrica que cursan, enfrentar el nacimiento de un bebé, identificando la protección que el/ella tenía en la panza y la sensación de desvalimiento con que se lo asocia. En relación a lo mencionado, la importancia de buscar nuevos modos de acompañarlo/a y conocerlo/a, ubicando la variable tiempo como eje directriz en la construcción del vínculo.

Se conversa sobre la posibilidad de rescatar la participación del varón como acompañante y protagonista en el entramado institucional.

Asimismo, se conversa sobre por qué la existencia de un servicio de salud mental, dado que la mayoría de las participantes, desconocen la existencia del mismo.



La sala de internación es un ámbito muy sensible, transitado por distintos profesionales del equipo de salud: equipo de enfermería, obstetras, neonatólogos, acompañantes o visitantes de las personas internadas, equipo de seguridad. En ocasiones la propuesta atrae la atención de algunos de estos actores de la institución, situación que nutre profundamente los momentos de intercambio. En una ocasión una enfermera respondiendo a una de las escenas dijo: “esa mujer llora en casa, y está bien que se exprese... por ejemplo yo pensé que estaba lista al ser enfermera, pensé que sabía todo y me di cuenta que no, que era una vivencia intensa, enfrentarse a una responsabilidad tan grande”.

Se conversa sobre el habilitarse a sentirse mal en la etapa del puerperio, para dar lugar a la posibilidad de reconocer el malestar y realizar una consulta profesional. Intentar desmitificar que expresar este tipo de sentimientos conlleva el temor a ser consideradas malas madres...

Se mencionan de manera clara los signos de alarma emocional para realizar una consulta oportuna en salud mental, y se brindan datos de contacto del servicio de salud mental.

A continuación compartimos el material gráfico utilizado. El mismo fue planificado y producido de manera autogestiva, se solicitó la digitalización del mismo a Noelia Piriz (Creativa, Dibujante y Tatuadora).

La construcción colectiva de saberes y saber haceres propone encuentros subjetivantes, en periodos vitales de suma sensibilidad donde el diálogo con otras personas, genera alivio, dialectizando la infinidad de emociones y vivencias que pueden acontecer en la etapa perinatal y más precisamente durante el puerperio...

La salud mental perinatal comprende un escenario complejo, donde las variables subjetivas, familiares, sociales, vinculares, proponen a cada instante, “un mundo de sensaciones, de vibraciones y resonancias, bajo un haz de luz de mil matices, que es necesario visibilizar y escuchar...”

Bibliografía:

— MedinaSerdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto.

04

**TALLER TEÓRICO - PRÁCTICO
SOBRE COMUNICACIÓN
DE MALAS NOTICIAS**

HOSPITAL DR. J. M. RAMOS MEJÍA

04

**Lic. Senabre Nadia***senabrenadia@gmail.com*

Licenciada en psicología.
M.N: 45.055. Psicóloga de planta
del Hospital Dr. J. M. Ramos
Mejía. Especialista en Cuidados
Paliativos.

En la siguiente presentación se buscará compartir la creación e implementación de un Taller teórico - práctico sobre comunicación de malas noticias, realizado en conjunto por el Servicio de Salud Mental y el Equipo de Cuidados Paliativos (C.P), dentro de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El primer taller se realizó con la residencia médica de Hematología y luego se replicó con la residencia de Oncología del presente hospital. La finalidad del taller consistió en trabajar el malestar subjetivo de los y las profesionales en formación, frente a la sensación de escasez de recursos comunicacionales para el acompañamiento de situaciones complejas con pacientes y/o familiares.

Convocatoria

Luego de la pandemia, la residencia de Hematología

convoca al Servicio de Salud Mental y al Equipo de C.P para articular un espacio de formación. Los y las residentes plantean la importancia de adquirir herramientas respecto al manejo de “malas noticias”, las cuales serán entendidas en este artículo como: aquella información drástica y negativa que altera la propia perspectiva del/a paciente, o sus familiares, en relación con su futuro.

Desde el inicio del pedido, se delimita cierto malestar subjetivo acrecentado principalmente durante la pandemia, respecto al manejo de información compleja con pacientes y familiares.

Con el objetivo de dar respuesta a dicho pedido, se decide formar un equipo de trabajo, compuesto por tres psicólogas: la jefa de residentes y una residente de 4to año de

Salud Mental y una profesional de planta que forma parte del Equipo de C.P.

Validar la propia experiencia

“La destreza de cómo comunicar malas noticias requiere ser enseñada al igual que cualquier otra habilidad técnica en el ámbito médico-asistencial. Es fundamental destacar que dicha tarea debe realizarse teniendo en cuenta el derecho del/a médico/a a informar y el del/a paciente a no ser informado. Se debe reconocer el estado emocional y de información que posee el/la paciente antes del informe, así como también ofrecer alguna forma de tratamiento, ya sea curativo o paliativo”.

En vista del armado del taller, intentamos evitar posicionarnos desde un rol de “expertas”. El punto de partida consistía en focalizarnos en

las competencias que los y las profesionales ya venían desarrollando a lo largo de su formación, con la finalidad de potenciar dichos recursos.

Para ello, construimos el dispositivo en dos momentos: un encuentro práctico y otro teórico. Decidimos iniciar el taller con un *rol playing* (adecuando las escenas a la especialidad médica correspondiente). Para el armado de las escenas enviamos, antes del encuentro, una encuesta anónima que permitía indagar dificultades reales (por ejemplo: escenas donde los y las profesionales habían experimentado y/o vivenciado problemas de comunicación con un o una paciente y/o familiares) e imaginarias (fantasías respecto a escenas temidas o problemas potenciales). También indagamos respecto a la resolución que se le habían dado o les darían a esas escenas (con la finalidad de cotejar los recursos y/o herramientas adquiridas hasta el momento).

Viñetas

Teniendo en cuenta las respuestas de los y las residentes, construimos tres viñetas que reflejaban los principales obstáculos en la transmisión y/o resolución de problemas en la comunicación médico/a - paciente, así como alternativas de soluciones posibles.

Las escenas se construyeron de acuerdo a una *progresión de dificultad*. Es decir, que las mismas se planificaron con *tres obstáculos* concretos (por

ejemplo: transmisión de un diagnóstico de incurabilidad a un paciente joven, marcada dificultad para comprender el diagnóstico por parte del paciente y, por último, desborde emocional o preguntas complejas hacia los y las profesionales), los cuales debían ser sorteados por los y las residentes.

Para la construcción de las escenas, se realizó entre las profesionales a cargo del taller, un entrenamiento práctico. Se dispusieron roles específicos a cada profesional (por ejemplo: rol de paciente angustiado, rol de familiar querellante, etc.) y se buscaron espacios para ensayar y planificar posibles dificultades y soluciones.

Primer encuentro

El día acordado, se realizó la presentación del taller y se dieron las pautas para el *rol playing*¹. Basándonos en conceptos de psicodrama, la psicóloga con mayor experiencia se posicionó como sostén y facilitadora externa de las escenas, y las otras colegas se ubicaron desplegando las viñetas anteriormente construidas (actuando específicamente como pacientes y familiares). Los y las residentes fueron invitados/as a posicionarse

¹ Por ejemplo: en caso de no poder sostener la escena, se interrumpiría la misma y se abriría la posibilidad de que el resto de los residentes pudieran pensar soluciones alternativas. Si se llegaba a objetivar un fracaso en la resolución de la escena (por ejemplo: si los residentes manifestaban la necesidad de interrumpirla), la psicóloga externa ofrecería una alternativa posible (ingresando a la escena y actuando como profesional) y luego se habilitaría un debate grupal.

como profesionales médicos/as en todas las escenas, con la finalidad de ver *in situ* sus competencias y habilidades.

Para desarrollar las viñetas, se seleccionaron estratégicamente a un o una residente de primer año y a otro u otra del último año de formación. El objetivo consistía en que ambos profesionales pudieran sostenerse mutuamente en las escenas y desplegaran sus competencias tanto de manera individual como grupal (teniendo en cuenta sus distintos momentos de experiencia profesional).

Segundo encuentro

El mismo consistió en la transmisión de herramientas teóricas (tomando conceptos de autores especializados en dichas temáticas), las cuales se articularon con las escenas practicadas en el primer encuentro. Se utilizó el soporte de un powerpoint y el diálogo con los y las residentes de acuerdo a sus dudas y consultas.

En un momento posterior, se habilitó un espacio para dialogar y debatir sobre experiencias personales (tanto del rol profesional como de sus experiencias personales).

Conclusión y comentarios del taller

A pesar de que se ha reconocido que la comunicación es una parte esencial del entrenamiento médico desde las aulas hasta las áreas clínicas, el abordaje de "malas noticias", pronóstico y final de vida,

siguen presentando un reto importante para los y las profesionales de la salud, tanto por las barreras personales como las presentes en su entorno clínico, por lo cual, será difícil encontrar una forma única para mejorar la comunicación".

Basándonos en ambas experiencias, las devoluciones de los grupos fueron sumamente enriquecedoras. Se objetivó una marcada participación por parte de los y las residentes, quienes pudieron dialogar abiertamente sobre distintas vivencias y dificultades que experimentaron a lo largo de su formación profesional.

Por otra parte, se trabajaron y validaron las herramientas y emociones personales de los y las participantes. Se ofrecieron también modalidades de resolución de problemas, de acuerdo a la complejidad de cada caso.

A partir de dichos encuentros, se visibilizó la importancia del trabajo en equipo y el sostén con colegas de mayor experiencia, así como también la importancia de solicitar colaboración y acompañamiento de otros y otras profesionales externos/as (por ejemplo: salud mental, cuidados paliativos, el comité de ética, etc.) en situaciones complejas.

Por otra parte, se objetivó en los y las profesionales una gran capacidad reflexiva respecto a la falta de entrenamiento de habilidades y competencias

durante su formación de grado. Cuestionaron también prácticas institucionales obsoletas, tales como: no informar al paciente sobre su situación de gravedad clínica, el armado de cercos de silencio con la familia, el dar expectativas irreales a los y las pacientes, entre otras.

Se considera sumamente importante recabar este pensamiento crítico en las nuevas generaciones de profesionales, puesto que visibiliza una concepción de la práctica basada en el respeto a la autonomía del/a paciente y a sus derechos como ser humano.

Por último, se alienta a seguir trabajando para la implementación de espacios de formación (teórico y prácticas), basados en el respeto y la humanización de la práctica profesional.

Bibliografía

— Cacchiarelli San Román, N y Musso, C. (2012) "Enseñando a comunicar malas noticias en medicina. Una experiencia en el Hospital Italiano"; Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/13577_178-181-HI4-14_Educacion_Cacchiarelli.pdf

— Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J.* 2016; 92: 466-470. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133368.

ENTREVISTA A TUTE

POR IRENE SCHERZ Y OSCAR COTT

Entrevista a Tute

Realizada por la Lic. Irene Scherz y el Lic. Oscar Cott.



Tute (Juan Matías Loiseau) nació en 1974 en Buenos Aires, Argentina. Desde 1999 publica en el diario *La Nación* una página en su revista dominical y la tira diaria *Tutelândia* en su contratapa. Sus dibujos también se publican en medios de México, Colombia, Perú, Nicaragua, Ecuador, Honduras, Costa Rica, Panamá y Estados Unidos.

Lleva más de veinte libros publicados por Sudamericana en Argentina y algunos en España, Francia, México, Colombia y Brasil. Varios personajes de sus tiras gráficas tienen sus propios volúmenes: *Mabel & Rubén* (2022); *Batu* (ocho libros hasta ahora y micros televisivos en PakaPaka) y *Trifonia & Baldome-ro*. En 2014 publicó su primera novela gráfica: *Dios, el Hombre, el amor y dos o tres cosas más* con prólogo de Quino, quien destacó a Tute como el mejor humorista gráfico de los últimos años. Luego, *Diario de un Hijo* (2018), relato autobiográ-

fico. Y en 2021 *Superyó* que, con *Tuterapia* y *Humor al diván*, cierra su trilogía dedicada al psicoanálisis. Ese año también publicó *Todo es político!* (Hotel de las Ideas). En 2024 sale su libro recopilatorio *Lo Mejor de Tute* (Sudamericana).

Publicó dos libros de poemas y dirigió los cortometrajes *El Ángel de Dorotea* (2005) y *Abismos* (2006). Editó el CD *Tangos nuevos* (2010), junto al cantor Hernán Lucero, y el proyecto audiovisual *Canciones dibujadas* (2018) con canciones suyas, interpretadas por reconocidos músicos. Condujo los ciclos *Tutelândia* en UN3TV (premio FUNDTV y ATVC al mejor programa artístico cultural en 2016) y *Preguntas dibujadas* (2020- 2021) para sus redes, con entrevistas a actores, músicos y políticos.

Entre otros reconocimientos, fue declarado Personalidad Destacada de la Cultura por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires (2021), obtuvo el Premio Konex (2012) y fue elegido como uno de los 100 argentinos más innovadores por BGH. Varios de sus libros obtuvieron el premio BD al mejor libro de historietas en la Argentina.

En 2023 le otorgaron en México La Catrina, máximo galardón para historietistas de habla hispana.

Actualmente trabaja en una nueva novela gráfica y un nuevo disco.

#SomosAPGCABA: ¿Por qué el cruce de tu humor con el Psicoanálisis?

TUTE: Diría que es un cruce que se da con naturalidad, porque hago humor con todo lo que pertenece al universo de mis intereses y el psicoanálisis es uno de ellos. Por otra parte, hago análisis hace más de 30 años y es potencialmente muy proclive al humor. La situación de un análisis, la situación psicoanalítica en un consultorio tiende fácilmente al humor, porque tenemos a un tipito recostado en una suerte de camita con otro tipito o tipita detrás escuchándolo mientras cuenta y manifiesta sus asuntos más personales e inconfesables a alguien a quien prácticamente no conoce. Todo esto además en una suerte de pequeña habitación.

Todo eso es muy raro. Si uno se olvida de la técnica psicoanalítica, la situación es por demás extraña. Así que bueno, me parece que es fácil hacer humor con esos elementos y esa puesta en escena. Y después, por supuesto, también de lo que se habla en un análisis, de cuestiones ya de la técnica psicoanalítica, de lo que sabemos, del silencio del analista, de los fantasmas que se pueden agitar dentro de la psique del analizante. Bueno, todo eso favorece favorece al humor.



Tute lleva más de veinte libros publicados por Sudamericana en Argentina y algunos en España, Francia, México, Colombia y Brasil.

#SomosAPGCABA: En alguna entrevista dijiste algo así como que el análisis sirve para perder la inocencia. ¿Relacionás esto con tu forma de hacer humor?

TUTE: Sí, creo que una vez que uno tiene un recorrido en un análisis, empieza a aguzar la mirada y hay una pérdida de la inocencia. Es decir, uno empieza a entender que nada es inocente, nada de lo que se dice y de lo que se hace es inocente. Que muchas veces tiene sentidos escondidos detrás de la fachada, no?

Y me parece que eso es una de las cosas fundamentales del análisis, de lo que nos posibilita un buen análisis.

Relaciono esto con mi forma de hacer humor porque esa mirada sobre las cosas es una mirada psicoanalizada. Es decir, el humorista gráfico, antes de sentarse al tablero a dibujar, es un observador. El producto de esas observaciones previas es lo que después se vuelca sobre el papel. Y todo lo volcado en el papel está atravesado por una mirada psicoanalizada, una mirada no inocente sobre las cosas.

#SomosAPGCABA: ¿Por dónde empezás a pensar o inventar un chiste? O sea, ¿qué es primero, lo que se te ocurre o definís un tema para hacer humor?

TUTE: No, no trabajo con un tema prefijado y me gusta que así sea, me gusta sentarme al tablero y ver qué pasa. Yo ahí hago una nueva relación con el psicoanálisis. Mi proceso creativo consiste en dejar que la cabeza haga libres asociaciones. Por ahí me aparece una idea y se traza un puente imaginario con otro concepto, con otra idea. Y así voy rela-

cionando cosas y encontrando ideas humorísticas.

Cuando eso no ocurre y no encuentro esa conexión, no encuentro la idea ni el texto para el globo, empiezo a dibujar y ese dibujo también tiene su parte inconsciente. Y muchas veces, a partir del dibujo, aparece una idea y esas ideas suelen ser más voladas, más líricas, porque provienen de un lugar distinto, no? del juego con la línea, digamos.

#SomosAPGCABA: ¿Qué imaginás que le pasa por la cabeza a un psicoanalista cuando escucha a sus pacientes?

TUTE: Bueno, quiero creer que está en una atención flotante, es decir, que está no prestando atención minuciosamente a todo lo que se dice, sino prestando atención a detalles, a posibles puentes, a descubrir esos puentes aparentemente inexistentes entre dos ideas aparentemente inconexas.

También me imagino que se debe distraer con sus propias cosas y que debe abandonar esa atención flotante y que esa será una batalla individual para salir de ahí y volver a este otro estado. No sé, me imagino eso.

#SomosAPGCABA: ¿Cuáles son tus libros o autores de ficción favoritos?

TUTE: Hay muchos, no sé, tendría que hacer una lista. Me gusta mucho el género poesía, me gusta el cuento corto, menos la novela, me gusta el ensayo, me gustan los libros

de historia. Pero si tuviera que elegir un autor, un autor solo, elegiría a Borges, que tiene un poco de todo eso y que no escribió ninguna novela. Ese es mi autor predilecto, el que más disfruto y que me parece además que ha llevado la literatura a otro nivel. Bueno, la lista corta sería Jorge Luis Borges.

#SomosAPGCABA: ¿De dónde proviene tu sabiduría acerca de la condición humana y el desencuentro estructural en los lazos?

TUTE: Bueno, no diría que es sabiduría, pero sí que hay una inquietud que tuve de siempre, de prestar atención y de ser observador. Siempre fui observador, de pibe, de muy chiquito me recuerdo ahí observando, siempre me moví, digamos, en la periferia observando lo que pasa, observando las conductas humanas. Después de más grande ya me recuerdo en franco contacto con las personas, estar ahí queriendo escuchar a la gente, y entonces he hablado mucho con muchas personas. Me interesa lo que dicen, me interesa cómo lo dicen y me interesa para qué lo dicen. Todo eso. Me parece que de ahí viene esta inquietud, digamos, por nuestras propias conductas.

Y algo que siempre me pasó también es que se acercan a contarme cosas. Es decir, que evidentemente también han visto en mí o ven en mí a alguien que escucha. Y todo esto que estoy diciendo, por supuesto, tiene relación con el

psicoanálisis también, porque la técnica psicoanalítica se basa en la palabra y en la escucha. Será por eso también que el psicoanálisis me resulta tan interesante.

Hay algo que me parece fascinante y es la polisemia de las palabras, esto que nos enseña permanentemente la poesía, que una palabra es una cosa pero también puede ser otra al mismo tiempo.

Y esto lo entiende también el humor, por supuesto, y el psicoanálisis. Eso siempre me pareció fascinante, los sentidos que se esconden detrás de las palabras.

#SomosAPGCABA: ¿Mabel y Rubén irían a terapia de pareja?

TUTE: Sí, irían para poder seguir generando humor, solamente para eso. Alguna vez hice una tira de Mabel y Rubén en una terapia de parejas y estaban en el mismo diván acostados cola con cola, espalda con espalda.

#SomosAPGCABA: ¿Por qué Tute?

TUTE: Bueno, esa es una derivación de mi nombre, Matías... Matute ... Tute. Así lo dispusieron mis compañeros de la primaria, así me dijeron siempre, y cuando tuve que elegir una firma artística, lo tenía muy servido. Para un humorista gráfico, los pseudónimos breves siempre son mejores y más recordables, así que no tuve que hacer ningún esfuerzo, ya lo tenía servido.

CURSOS 2024

CONTINUÁ TU CAPACITACIÓN PROFESIONAL

¡Accedé a la información completa haciendo click en la imagen del curso!

CAPACITACIONES 2024

POSGRADO

Estrategias Clínicas para el tratamiento y recuperación de pacientes con Bulimia y Anorexia nerviosa.

Desde un abordaje interdisciplinario.
Inicia: 03/08/2024

INSCRIPCIONES ABIERTAS

CAPACITACIONES 2024

POSGRADO

Uso de drogas, consumos problemáticos. Abordaje políticos, comunitarios, preventivos y asistenciales desde el paradigma de la Reducción de daños.

Inicia: 06/08/2024

INSCRIPCIONES ABIERTAS

CAPACITACIONES 2024

POSGRADO

Clínica psicológica con niños, niñas y adolescencia.

Inicia: 10/08/2024

INSCRIPCIONES ABIERTAS

CAPACITACIONES 2024

POSGRADO

Psicoanálisis con Niños, Niñas y Adolescentes. Problemáticas actuales.

Inicia: 02/09/2024

INSCRIPCIONES ABIERTAS

CAPACITACIONES 2024

POSGRADO

Consecuencias clínicas del incesto en adultxs.

Inicia: 04/09/2024

INSCRIPCIONES ABIERTAS

CAPACITACIONES 2024

POSGRADO

Consumos Problemáticos. Elementos para una clínica orientada desde el psicoanálisis.

Inicia: 01/10/2024

INSCRIPCIONES ABIERTAS