

# #Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos  
del Gobierno de la CABA

2da Edición | Agosto 2022



PH Marcela Sahores



**ASOCIACIÓN DE  
PSICÓLOGOS**  
DEL GOBIERNO DE LA CABA

# EDITORIAL

## Compañeras, Compañeros

Nuestro desempeño en la salud pública cada vez adquiere más relevancia. La Salud Mental enfrenta hoy una necesidad de crecimiento permanente así como, una revisión continua de nuestras prácticas.

Contamos con leyes trabajadas y discutidas que garantizan el derecho a la salud de los y las pacientes, el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental. Sin embargo, no contamos con la decisión política, el presupuesto y los nombramientos necesarios, para llevar adelante una verdadera transformación.

Desde el Gremio hace años que nos propusimos defender, luchar, sostener tanto la Ley 448 como la Ley Nacional 26. 657, porque entendimos que es fundamental poner el foco en jerarquizar los equipos de salud mental, en el marco del tejido social, vinculado siempre a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas.

Para ello necesitamos contar con los dispositivos que permitan llevar adelante de la mejor manera esta tarea, con más nombramientos en los Centros de salud y Hospitales. Hospitales Generales con camas para salud mental, hospitales de día y noche, centros de salud mental, residencias asistidas y fundamentalmente potenciar el trabajo en red.

Desde nuestra organización no bajaremos los brazos y continuaremos exigiendo las mejores condiciones laborales y salariales para las trabajadoras y los trabajadores, así como, la garantía de accesibilidad de las personas a un sistema integrado de salud que brinde una atención adecuada y de excelencia para todas y todos.

### **Andrés Añón**

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

# DISPOSITIVOS CLÍNICOS EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS

Nos proponemos en este segundo número de nuestra Revista, presentar diversas modalidades de intervención creadas por compañeros y compañeras psicólogos y psicólogas para responder a diferentes presentaciones o demandas, en la clínica.

Si bien el concepto de dispositivo ha sido utilizado para analizar las relaciones de “saber-poder”, en los términos en que lo plantea Michel Foucault, nos servimos del mismo para reflexionar acerca de los efectos de subjetivación que producen.

Como refiere el autor: “Los dispositivos constituyen a los sujetos inscribiendo en sus cuerpos un modo y una forma de ser, o sea, inscriben en el cuerpo un conjunto de prácticas, saberes, instituciones”.

Giorgio Agamben, por su parte, ubica acerca de los dispositivos, lo siguiente: “El sujeto es lo que resulta de la relación entre lo humano y los dispositivos, ya que éstos existen en la medida en que subjetivan”.

Antes de la Pandemia y a partir de ella han surgido dispositivos

clínicos para dar respuesta a la complejidad del padecimiento subjetivo.

Presentamos en este número, posibles respuestas que dan cuenta de nuestra práctica en un diálogo interdisciplinario.

Invitamos a todos y todas los/as que quieran presentar trabajos para el próximo número a reflexionar acerca de la siguiente temática: *Los psicólogos y las psicólogas en Interdisciplina*.

**Irene Scherz | 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, Marcela Sahores.

### Diseño y diagramación:

Romina Malla, para Zulu Estudio.

### Delegados:

Álvaro Gabriel Vives y Ricardo Luis Gómez (Hospital Alvear); Oscar Eduardo Tissera (Hospital Argerich); Silvia Nélida Reboledo e Irma Jesús Zurita (Hospital Álvarez); Silvia Graciela Blanco

y Karina Chayan (Hospital Borda); Silvina Czerniecki y María Adelina Abraham (C.S.M. N°1 Dr. Hugo Rosarios); Mercedes Elena Baldazzini y Claudia López Mosteiro (Hospital Durand); Gloria Virginia Rodino y Gabriela Anllo (Hospital Elizalde); Silvia Mónica Serrao y Ademir Salinas Garrido (Hospital Fernandez); María Florencia Burghardt (Hospital Grierson); Adriana Bucahi (Hospital Gutierrez); Marisa Demayo (Hospital Muñiz); Stella Maris López y Marina Trejo (Hospital Moyano); María Verónica Luchtenberg y Beatriz Baldelli (Hospital Piñero); María Rita Lemoine (Hospital Pirovano); Patricia Ramos y Silvia Quevedo (Hospital Ramos Mejía); Silvia Paonessa (Hospital Rivadavia); Andrea Cristina

Horton y Andrea Mariana Berra (Hospital Santojanni); Irene Scherz y Elsa Regueira (Hospital Tobar García); Silvia Sucharewicz (Hospital Tornú); Paulina Diana Szyter (Hospital Vélez Sarsfield); Silvia Liliana Ferrante (Hospital Zubizarreta); Pablo Alberto Castillo (Ministerio de Salud GCABA, Dirección General de Salud Mental, Nivel Central).



01

**LA CONSULTORÍA INTEGRAL DE  
LA MUJER. UN DISPOSITIVO PSI  
PARA EL ABORDAJE DEL ABORTO**

**HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. E. TORNÚ**

01



**Lic. Mariana Kielmanovich**

Lic. en Psicología (UBA), Magister en Género, Sociedad y Políticas (FLACSO). Psicóloga del Dpto. Área Programática – Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú.



**Lic. Sandra Bernabo**

Lic. en Psicología (UBA), Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Psicóloga del Dpto. Área Programática – Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú.

PH Pilar Camacho



En el siguiente artículo nos proponemos describir el dispositivo de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, IVE/ILE<sup>1</sup>, que iniciamos dos psicólogas **con perspectiva de género y de salud integral**, y que funciona en un efector del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por una parte, procuramos recuperar nuestro recorrido en el tema como trabajadoras de la salud pública, y por el otro, destacar la marca diferencial que este dispositivo, denominado **Consultoría Integral de la Mujer (CIM)**, tiene a partir de la impronta psi que supimos darle<sup>2</sup>.

### Nuestro recorrido

Nuestra inquietud en relación a la temática del aborto surgió a partir de un proyecto sobre derechos sexuales y (no)

1 De ahora en más, utilizaremos la abreviatura IVE/ILE para referirnos respectivamente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo e Interrupción Legal del Embarazo.

2 Hablamos de mujeres porque son las que hasta ahora nos han consultado, sin desconocer que otras identidades de género podrían también abortar.

reproductivos (Brown, 2008) que llevamos a cabo desde el año 2010, en un asentamiento del área programática, y del vínculo que a partir del mismo pudimos construir con las mujeres.

Fueron ellas quienes nos manifestaron su necesidad de abortar de manera segura y nos interpellaron a dar una respuesta institucional, en una época donde el sistema de salud se caracterizaba por desatender esta problemática, promoviendo la clandestinización y mercantilización de la práctica.

Así fue como, tiempo después, pusimos en agenda la temática en nuestro efector mediante la organización de capacitaciones y mesas de trabajo sobre el tema a las que fueron convocadxs referentes y especialistas.

Esta iniciativa, si bien no logró interpelar activamente a otrxs profesionales, nos impulsó a instalar por nuestra cuenta una consejería de reducción de riesgos y daños en aborto inseguro que, durante dos años, asistió a las consultantes brindando información validada científicamente y asesoramiento sobre prácticas seguras para abortar, con el objetivo de prevenir procedimientos que afectarían la salud o vida de las mujeres.

En 2017, a partir de la inclusión de médicxs generalistas, y en consonancia con los cambios sucedidos tanto en el marco legal como en el de las políticas públicas, dicha consejería se constituyó en un dispositivo de

acceso a la práctica de aborto legal, seguro y gratuito, el cual abarcó diferentes etapas. La primera, enmarcada en el artículo 86 del Código Penal de la Nación, establecía como causales de ILE el riesgo a la vida o a la salud integral que la gesta pudiera conllevar, así como también la posibilidad de acceder a un aborto legal cuando el embarazo fuera producto de relaciones sexuales no consentidas. Durante esta etapa, nosotras como psicólogas certificábamos el riesgo a la salud mental para habilitar el acceso al aborto legal mediante la causal salud integral.

La segunda etapa se inicia con la promulgación de la Ley N°27610 en diciembre de 2020, que regula el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo de manera libre y gratuita hasta la semana 15 de edad gestacional, y a partir de ese plazo, implementa el modelo de causales descrito anteriormente.

A lo largo de todo este recorrido, nuestra intervención se orienta a desplazar el foco de la “práctica en sí” para dar lugar a las implicancias subjetivas/singulares que tanto ese embarazo como ese aborto adquieren para cada una de las mujeres que nos consultan.

### Especificidades de la intervención

Nuestra mirada parte de comprender que la subjetividad es una construcción socio histórica, moldeada por ordenadores sociales tales

como el género y la clase (Pombo, 2012).

Abordar la subjetividad de la mujer que decide abortar, nos lleva a situarnos en las coordenadas de la sociedad patriarcal en la que vivimos, donde el mandato de la maternidad se impone como la función primordial femenina y el modo de alcanzar su realización como adulta.

Desde estas premisas, tanto el aborto como el erotismo, están “fuera de lo posible de ser pensado. Y así, por negados, se harán presentes como síntomas. Tendrán toda la fuerza de lo reprimido” (Fernández, 2006, p.181).

En algunos casos, la decisión de interrumpir un embarazo aparece acompañada de malestar psíquico, categoría que tomamos de Mabel Burín (2012) por ser una alternativa a los criterios médicos hegemónicos de salud y enfermedad, que ubica a las mujeres como sujetos sociales activos y que considera los determinantes sociales de género como condiciones de producción de su malestar.

Cuando este malestar es desplegado en la consulta, nuestra intervención se focaliza allí, de manera que la mujer pueda decidir de modo más libre de ataduras y mandatos, qué hacer frente a un embarazo no deseado.

Es en este sentido, que consideramos fundamental en ese espacio trabajar para que la mujer pueda:

◆ Propiciar la deconstrucción y problematización de mandatos familiares y sociales en torno al aborto, al rol de la mujer, a la maternidad y a las condiciones “adecuadas” para el ejercicio de la misma, que pueden estar incidiendo en el proceso de toma de decisión.

◆ Develar la fantasmática que rodea a la temática debido a la sanción social y clandestinización del aborto que aún permanece en el imaginario colectivo, provocando, en algunas ocasiones, sentimientos de culpa y miedo.

◆ Promover la resignificación del aborto como ejercicio de derecho de acuerdo al marco legal vigente.

Así es como nuestra función como psicólogas trabajando en el abordaje de esta temática está orientada a generar, desde el comienzo del proceso de atención, un espacio de “escucha activa” donde el discurso de la mujer cobra vital importancia, constituyéndose en la brújula que orienta nuestras intervenciones.

Acompañamos a la mujer en la toma de decisión ante un embarazo no deseado o no planificado, de modo que la misma dé cuenta de su deseo frente a este evento.

Del efecto positivo de este acompañamiento dan cuenta los sentimientos de alivio, de reafirmación subjetiva y de autonomía que las mujeres expresan luego de su pasaje por nuestro dispositivo.

### **Bibliografía**

– Beauvoir, S. de (2010), El

segundo sexo - 4<sup>o</sup> ed. - Buenos Aires: Debolsillo, 728p; 19x13 cm (Contemporanea)

\_Bernabo, S.; Berra, A.; Kielmanovich, M. (2017), La Salud como Causal de acceso al aborto desde un enfoque integral, Ensayo: “Miradas integrales de la causal Salud para la interrupción legal del embarazo”, Bs.As., 37-58

\_Brown, J. (2008), Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas, Cadernos Pagu (30), 269-300

\_Burin, M. (2012) Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Material teórico elaborado para una clase de Género y Salud Mental, dictada en Mayo de 2010, Fac. Psicología UBA. Recuperado el 26 Febrero 2015 [en este enlace](#)

\_Carril, E. y López, A. (2010). Aborto y subjetividad. Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 1(2), 1-32

\_Fernández, A. M. (2006). La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires, Argentina: Paidós

\_Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. Revista Margen, 66, 106-117.

**ATENCIÓN INTEGRAL A  
HOMBRES QUE EJERCEN  
VIOLENCIA DE GÉNERO**

**HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. T. ÁLVAREZ**



### Por el Lic. Anibal Eduardo Muzzín

Lic. en Psicología, especializado en Violencia Familiar - UBA. Fundador y Coordinador del Grupo psico-socio-educativo para varones que ejercen violencia hacia la pareja, miembro del comité de violencia y psicólogo suplente de guardia del Hospital Gral. de Agudos Dr. T. Álvarez. Docente en UNLZ, UMSA, USAL, UNdMP. Co-Autor de los libros: "Alcohol y Drogas en la adolescencia", "Masculinidades y Prevención de la violencia de género en América Latina", "Violencia Masculina en Argentina" e "Intervenciones en violencia masculina". Miembro de APGCABA, RETEM, AASM. Supervisor, investigador y capacitador.



---

La atención de las distintas violencias en nuestro hospital se realizó en un comienzo desde la División de Servicio Social, en el año 2003 por una decisión de la directora Dra. Diana Galimberti, se crea el servicio de violencia coordinado por la Lic. Susana Pontiggia, con una atención individual psicoanalítica lacaniana que depende de la División de Salud Mental. En el año 2010, fui convocado para atender a hombres que hayan ejercido violencia hacia las mujeres, y luego de realizar algunas entrevistas de admisión, en julio del mismo año comencé el primer grupo abierto psico-socio-educativo para varones que ejercen violencia hacia su pareja. Es muy importante, además de efectivo, que esta tarea -como mínimo- la haga una dupla terapéutica, en interdisciplina (con el horizonte de llegar a

un trabajo transdisciplinario), al poco tiempo de comenzar ingresó la licenciada en trabajo social Laura Da Re como coordinadora. En la actualidad este dispositivo, que tiene como horizonte convertirse en un programa, se encuentra funcionando desde el Servicio Social y somos 3 quienes coordinamos el espacio grupal, junto con la trabajadora social Amalia Barcan y la psicóloga social Alicia Carposi. Un cuarto profesional puede hacerse presente en el rol de observador/a no participante, con el objetivo de realizar la crónica del encuentro, este rol suele ser ocupado por un profesional que se encuentra realizando la Carrera de Especialización en Violencia Familiar de la Universidad del Museo Social Argentino o la Universidad Nacional de Mar del Plata, o en su defecto quien desee coordinar en el

futuro un espacio similar. La crónica es un elemento muy útil para evaluar el proceso y analizar el cumplimiento de los objetivos específicos.

### **Encuadre de trabajo**

Consideramos a la violencia dentro de las relaciones sexoafectivas como un problema de abuso de poder, donde el hombre, por un complejo sistema de identificaciones primarias y secundarias con su género, y para diferenciarse de los demás géneros, atraviesa un complejo aprendizaje social que lo lleva a adquirir una identidad masculina estereotípica que responde a la sociedad patriarcal que habita. Con esto estoy señalando que nuestro quehacer es con perspectiva de género y adherimos al modelo ecológico que plantea el psicólogo Urie Bronfenbrenner, cómo lo aplica la educadora Lori Heise en la

problemática de violencia de género. Nuestra práctica la realizamos desde los derechos humanos y consideramos que el hombre que ejerce violencia por razones de género (HEVxRG) tiene el derecho a ser atendido. Para ello se necesita como profesional una formación específica en la materia, y haber previamente trabajado en su persona su identidad genérica y su atravesamiento en este patriarcado que vivimos.

El grupo tiene una capacidad máxima de 10 hombres, la duración de cada encuentro es de 90 minutos, con una frecuencia semanal y la permanencia mínima es de 1 año para alcanzar los objetivos que proponemos (aproximadamente 50 encuentros). Respecto de su asistencia, si faltan dos veces seguidas sin previo aviso, quedan excluidos del grupo y no se les permite ingresar al encuentro en estado de consumo.

El 90% de los participantes vienen derivado mediante un oficio judicial tanto del ámbito penal como del civil de nuestra ciudad y alrededores. En un 10% llegan hombres por una motivación... ¿propia?, o mejor dicho "lo obliga" la pareja o alguien del entorno cercano a que "haga algo con su violencia". Es de destacar que varios son los que llegan con una suspensión del juicio a prueba, o sea, que son "beneficiados" a no llegar a un juicio, pero deben cumplir con ciertas pautas de conducta, entre ellas el hacer este "curso" como lo denominan los jueces que no conocen bien

nuestro espacio. En un menor porcentaje, nos derivan de otros servicios de nuestro hospital, de otros hospitales, centro de salud, instituciones educativas, sociales, etc.

### El proceso de admisión

Esta pandemia nos motivó a reflexionar y modificar nuestro protocolo de admisión, que consta de un proceso que puede llevar dos o tres entrevistas semidirigidas, donde se realiza una evaluación diagnóstica sobre su agrupabilidad, el nivel de riesgo de ocurrencia de un nuevo episodio de violencia y el potencial de letalidad en el que se encuentra la mujer que sufre de una situación de victimización por parte de ese varón, y si cumple con los criterios para su inclusión. No todos los hombres que llegan son admitidos, no pueden ingresar a este grupo:

- ◆ Los que tienen un consumo problemático de sustancias. Primero deben tratar su abuso con un tratamiento específico, y se lo podrá admitir en estado de abstinencia sostenido, de manera condicional, mientras se trabaja en red con los profesionales intervinientes.

- ◆ Quienes posean un alto índice de psicopatía, porque no sienten remordimiento, son incapaces de imaginar el sufrimiento del otro, ni las consecuencias que produce su maltrato y tienen una gran resistencia a analizar los problemas del pasado.

- ◆ Los ofensores/agresores sexuales, debido a la

especificidad de los distintos tipos existentes, algunos por su psicopatía, otros por su tipo de perversión y/o por su alto nivel de ocultamiento y negación.

- ◆ Los que poseen trastornos psiquiátricos o neurológicos significativos.

- ◆ Los hombres que se conducen con una moral antisocial, con antecedentes penales que no se adecúan mínimamente al conjunto de creencias, costumbres, valores y normas que rigen en nuestra sociedad.

Una vez admitidos, se le hace leer y firmar un consentimiento donde se plantean cuestiones de encuadre grupal como asistencia, participación, secreto profesional, límites de la confidencialidad, contacto con la mujer, etc. Respecto de esto último, las entrevistas con sus parejas o exparejas deberían ser 3 y las consideramos de una importancia vital, para que se realicen al comienzo, a los 6 meses y al finalizar el proceso grupal. Estos encuentros con la mujer tienen el fin de evaluar la disminución del riesgo desde la percepción de la mujer, que es más eficaz que la del hombre, debido a sus distorsiones cognitivas, minimizaciones, justificaciones, racionalizaciones y negaciones que encontramos en su discurso.

### Objetivos

El objetivo general que guía nuestra actividad es el de reducir el riesgo en las mujeres, niñas, niños y adolescentes que sufren de los ejercicios de violencia. Hablar de "erradicar"

la violencia de género suele nombrarse tanto en la ley como en distintas organizaciones, y entiendo que estamos muy lejos de verlo, por ello pretendemos que los objetivos propuestos sean posibles de lograr y medir en el transcurso de la tarea.

Para ordenar las actividades que realizamos, nos planteamos diversos objetivos específicos, que se irán cumpliendo de diversas maneras, dependiendo de las características de personalidad de cada participante, esos son los siguientes:

Que el participante:

- ◆ Reconozca y se responsabilice de los distintos tipos de violencia de género que haya ejercido
- ◆ Controle y detenga su violencia física
- ◆ Conozca y analice sus acciones en el ciclo de la violencia
- ◆ Reconozca y cese de externalizar la culpa en su pareja o expareja
- ◆ Mejore las habilidades comunicacionales y cese la comunicación patriarcal
- ◆ Revise las creencias culturales que contribuyen a legitimar la violencia
- ◆ Flexibilice los roles de género estereotipados
- ◆ Afronte adecuadamente sus emociones sin ejercer daños a otras personas

- ◆ Adquiera asertividad y empatía

- ◆ Disminuya su aislamiento social

- ◆ Controle y disminuya al máximo sus celos

- ◆ Logre una reestructuración cognitiva de sus ideas irracionales

Para que todos estos objetivos se puedan ir trabajando, desde una perspectiva de género, siempre debemos tener presente como “columna vertebral” el ejercicio abusivo del poder, porque es “el poder” que deseamos tener sobre los demás lo que daña, lastima y hiere profundamente.

### **Modalidad de trabajo**

Nuestra modalidad de trabajo se basa en los derechos humanos y la perspectiva de género. El marco teórico es el modelo integral multidimensional, basado en cuatro paradigmas: conductismo, cognitivismo, sistémico y psicodinámico. Esto significa que combinamos técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, aprendizaje vicario, ejercicios de relajación, estrategias de afrontamiento y de exposición. Se trabaja sobre la dinámica de los procesos comunicacionales, las interacciones entre ellos, las diversas causales de su conflicto "aquí y ahora", descubrir los motivos conscientes e inconscientes de ciertos síntomas, ofreciéndole una guía que le sirva de estímulo

y apoyo para expresar y satisfacer sus verdaderos sentimientos, pensamientos y deseos, recobrar su autoestima y su libertad interior, superando sus síntomas y realizando sus proyectos para madurar emocionalmente y ser más feliz.

Le damos prioridad a los emergentes actuales, y las técnicas grupales que abordamos surgen de los objetivos específicos planteados para cada encuentro: role-playing, analizar una nota periodística, un poema, una producción realizada por ellos mismos, una canción, una película, un acontecimiento de interés público, diversos ejercicios y actividades, diversas técnicas de relajación, de auto-observación, sobre las señales de pre-violencia, el “tiempo afuera”, el diario del enojo, etc.

Debemos buscar una verdadera desidentificación del patriarcado en el que se ha constituido su subjetividad. Buscamos que reflexionen sobre el “sistema de creencias masculino”, es decir, todas aquellas ideas características de la socialización del género masculino acerca de la superioridad de un género sobre otro y en general la justificación de que se valen para abusar del poder en el ámbito familiar. Queremos que construyan una verdadera crisis de su identidad masculina hegemónica machista, para que se reestructure desde una nueva identidad masculina donde sea posible y practicable la equidad de género.

03

**COVID 19,  
EL "VISITANTE INESPERADO"**

**HOSPITAL COSME ARGERICH**

03



**Lic. Eliana Mule**

Lic. en Psicología – UCALP  
(Universidad Católica de La Plata).

Lic. en C. G. de la Educación –  
USAL (Universidad del Salvador).

Psicóloga de Planta - Unidad  
de Terapia Intensiva - Hospital  
General de Agudos “Dr. Cosme  
Argerich”.



**Lic Daniel Merino**

Psicólogo MN 15815.

Coordinador Salud Mental en  
Trasplante de Órganos Hospital  
Cosme Argerich.

Coordinador de la Comisión de  
Salud Mental de la Sociedad  
Argentina de Trasplante (SAT).

Coordinador de la Comisión de  
Salud Mental de la Sociedad de  
Trasplante de América Latina y  
el Caribe (STALYC).



**Lic. Judith Ben David**

Lic. en Psicología.UBA.  
Psicoanalista. Staff del Servicio  
de Salud Mental “Hospital Gral.  
de Agudos Dr. Cosme Argerich”.  
Especialista en Afecciones  
Psicosomáticas.

Ministerio de Salud. Dirección  
General de Investigación,  
Docencia y Formación  
Profesional. Integrante de la  
Unidad de Gestión Pedagógica y  
Clima Formativo.

afectado a la alimentación, a las fuerzas, etc.).

Desde el Gobierno de la Ciudad se dividieron los hospitales en "anillos": Rojo, amarillo y verde, siendo el rojo aquellos hospitales que recibirían la mayor cantidad de pacientes infectados. En este anillo se encuentran los siguientes hospitales: Argerich, Fernández, Santojanni y Muñiz.

Este artículo tratará de transmitir el trabajo realizado por un equipo de Salud Mental del Hospital Cosme Argerich en una pandemia.

El hospital fue equipado y rediseñado a partir de esta nueva modalidad que fue solamente trabajar con pacientes infectados de COVID. Se suspendió la atención por consultorios externos, se suspendieron cirugías, se adaptó el hospital a una nueva forma de trabajo para enfrentar esta pandemia. ¿Enfrentar de qué manera? ¿Cómo? ¿Cómo se contagia?

¿Puedo contagiar a mi familia? ¿Tenemos que entrar a ver a los pacientes? ¿Cómo tengo que protegerme? Preguntas y más preguntas.

Estábamos frente a un enemigo invisible, donde nos confrontábamos con la necesidad de crear nuevas herramientas para la atención de pacientes y de sus familias, y donde también, se puso en juego nuestra salud y nuestros propios miedos. La jefatura del Servicio de Salud Mental decidió formar grupos de atención con

psicólogos/as y psiquiatras que debían ir una vez a la semana para brindar apoyo a médicos/as, enfermeros/as, personal de salud en general, pacientes internados y a las familias de los mismos, ya que no podían visitar a sus familiares. Solo existía COVID.

### **Sobre nuestro trabajo**

Salimos a caminar el hospital, un hospital vacío en sus pasillos donde sólo se observaba desolación, donde salíamos de a dos o tres profesionales recorriendo cada servicio, departamento de enfermería, quirófano, salas de internación, tratando de ofrecer un espacio de reflexión, de contención frente a ese enemigo en común que nos alineaba en el mismo frente y nos sumía a todos en la misma angustia escuchando en cada grupo que se armaba miedos y angustias que también tenían que ver con nosotros mismos, tratando de disociarnos para dar respuestas a la angustia imperante en todo el personal.

Los equipos conformados debieron atender a la demanda del hospital y también realizar llamados a las familias que esperaban alguna información de su familiar, a quien habían visto por última vez en el momento de la internación. Se trabajó con la información médica que se le daba a la familia a través de un llamado telefónico, que podría dar buenas noticias o malas. Un llamado, una voz que podía generar esperanzas de recuperación o un futuro trágico. Y luego en el transcurso del día la llamada del equipo de

---

La pandemia de COVID 19 o pandemia de coronavirus fue decretada como tal por la OMS el 11 de marzo de 2020. El comienzo de esta infección - que produce una neumonía atípica- se dio a conocer en la ciudad de Wuhan. El primer caso reportado en nuestro país fue del 3 de marzo del 2020 en una persona de sexo masculino de 43 años que había estado por países europeos en el mes de febrero regresando a Argentina el 1 de marzo presentando fiebre tos y dolor de garganta.

A partir de la detección de este caso se puso en alerta el sistema sanitario ante la probable expansión de este virus en nuestro país. Si bien en un primer momento se le restó importancia, las noticias provenientes de Europa hicieron que se reforzaran las camas en los hospitales, la creación de centros para la recepción de enfermos, aumento de tecnología médica y especialmente respiradores.

A partir del 20 de marzo del 2020 comienza el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), decretando que solamente podrían circular por las calles el personal esencial (personal de salud, personal

salud mental para tratar de contener, de generar un espacio donde se podía escuchar las más diversas posiciones frente a este flagelo. Familias enteras internadas, niños a cuidado de otros familiares, el duelo sin ritual, sin velorio, solo la despedida en un ataúd cerrado, imaginando quién estaría adentro.

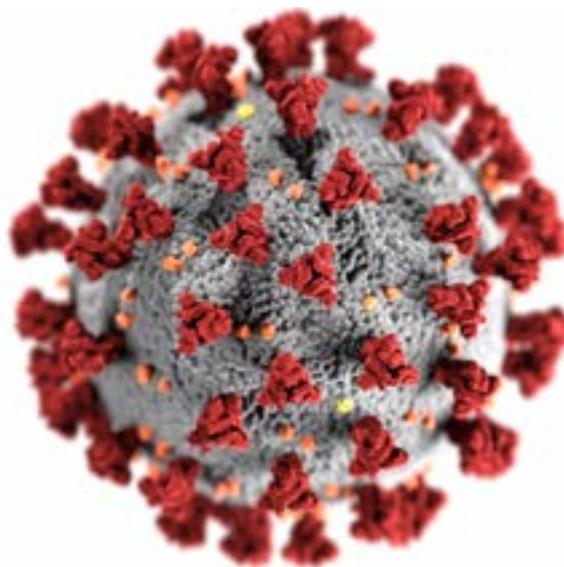
### "Modus operandi" y Creación del dispositivo

La pandemia de COVID 19 generó un entorno de incertidumbre y estrés que requirió la intervención psicológica y el apoyo emocional a los equipos de salud con el fin de mantener su capacidad de cuidar a los pacientes y cuidar de sí mismos. La OMS sugería que "siempre que sea factible, los equipos implicados en la emergencia debían de pasar por un proceso de atención o acompañamiento psicológico grupal" y así se definiría un perfil de intervención viable.

La intervención se implementó adaptándose a las necesidades y demandas de cada grupo de profesionales de salud que requerían de este tipo de apoyo y a las posibles estrategias de actuación del Servicio de Salud Mental.

El personal dependiente de nuestro Servicio se organizó en cinco grupos, conformados por psicólogos/as y psiquiatras, con días determinados de trabajo, a fin de evitar contagios masivos.

El objetivo de nuestra intervención fue actuar



de manera preventiva para facilitar el bienestar del personal, fomentar la comunicación y cohesión grupal en los equipos de salud, identificar y fortalecer los recursos de afrontamiento y autocuidado, promover la resiliencia, generar un espacio de escucha y contención y ofrecer acompañamiento durante dicho periodo.

La pandemia llevó al personal de salud a hablar de su "propia muerte" y a enfrentar situaciones de ansiedad, angustia, incertidumbre y miedo, siendo una constante la preocupación por contagiar a sus seres queridos y por contagiarse a sí mismos. La posibilidad de dialogar sobre el fantasma de la propia muerte y/o enfermedad, permitió mitigar los efectos adversos subjetivos que se suscitaban en un contexto inestable, amenazante y dinámico. Ante esta circunstancia se planteó la necesidad de generar un diagnóstico situacional de los distintos servicios de la

institución (profesionales, técnicos, administrativos, limpieza, etc.) y de acuerdo a los datos obtenidos se implementaron las estrategias más convenientes.

### Dispositivo

#### Ámbitos de aplicación:

El presente protocolo se aplicó en todos los servicios que atendieron pacientes con COVID 19: urgencias, internación, UFUS (Unidad febriles de urgencia) unidades de terapia intensiva (UTI) y cualquier otro servicio que se adaptara para tal finalidad.

#### Destinatarios:

Incluyó a todo el equipo profesional, técnico, administrativo y de limpieza.

#### Objetivos:

◆ Generales: ofrecer y generar espacios que permitan prevenir y/o tramitar los padecimientos subjetivos dentro del espacio laboral de los equipos de salud, generando estrategias que apunten a disolver, atemperar y tratar a los mismos en los casos que se requiera.

◆ Específicos: promover la cohesión grupal, la confianza intra-equipo, el cuidado del equipo profesional y la posibilidad de reflexionar acerca de la práctica (grupos Balint) de apoyo, de autocuidado. PAP (primera ayuda psicológica), espacios de reflexión y de seguimiento.

Teniendo en cuenta los lineamientos de la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, existen distintos niveles de intervención frente a un episodio crítico:

- 1- Personas afectadas
- 2- Familiares
- 3- Equipo de intervención
- 4- Comunidad

Este dispositivo se centró particularmente en el trabajo con los equipos interdisciplinarios de profesionales, personal técnico-administrativo y de limpieza durante la pandemia.

### Sobre lo grupal

Siguiendo a Ana M. Fernández en relación a la construcción de los espacios grupales dice que el Dispositivo dispone, que el dispositivo no se puede prever. Sabemos que lo grupal produce distintos efectos por el dispositivo mismo, e incluso Pichón Rivière decía que los grupos funcionan más allá de la coordinación y que el trabajo grupal implica una praxis permanente del aprender a pensar en grupo y en relación a la vida cotidiana. Y siguiendo a Heidegger decía que “podemos crear condiciones para repensar en sus existenciaríos.”

Una de las funciones de “lo grupal” es que el agrupamiento en algún momento produce un nudo, esa trama se va tejiendo y arma, da forma. El espacio grupal está atravesado por cuestiones políticas, económicas y sociales. Y éstas están todo el tiempo en una tensión.

Sirviéndonos de estos desarrollos de experiencias grupales, nos vimos compelidos como equipo de Salud mental a propiciar un espacio, que no había sido planificado, que no fue solicitado, que surge como respuesta a lo real de la pandemia. Según Jacques Derrida, “la hospitalidad <sup>o</sup> una respuesta hospitalaria <sup>o</sup> se brinda o no se brinda y solo puede ser ofrecida “aquí y ahora”. El lugar de la hospitalidad no pertenece ni al anfitrión ni al invitado sino al gesto” En esa apuesta un factor a destacar de lo que se fue trabajando fue el pasaje de un estado grupal “uni-versionado” a un estado “di-versionado”. Fue poder pasar de la “universion” del COVID (único tema de conversación) hacia la di-version. (al menos dos versiones) Vale decir, salir de la monotonía “covidica” desplazándola hacia otras temáticas que di-versifican, di-vierten, ad-vierten. Se observaba que ese desplazamiento producía un efecto aliviador, reconfortante a modo de pausa frente a tanta ambivalencia, incertidumbre y desazón. Esto muestra a las claras lo que planteaba J. Derrida cuando hablaba de la “hospitalidad del dispositivo”. Una hospitalidad inventada para la singularidad del recién llegado,

del visitante inesperado”. Y agrega: “un acto de hospitalidad no puede ser sino poético” .

Una de las funciones de la práctica analítica apunta a producir una invención allí donde nada hay. Y como dice Lacan en “Función y Campo de la Palabra...” alude al hecho de que el analista debe estar a la altura de la subjetividad de su época” el analista que no lo esté perderá la brújula. Allí donde está la subjetividad de la época, allí el analista debe advenir.

*“Dedicado a todas y todos aquellos que han trabajado activamente en esta pandemia.”*

### Bibliografía:

\_Fernández, Ana María. “El campo grupal. Notas para una genealogía Buenos Aires. Nueva Visión. 13<sup>o</sup> Edición 2014.

\_Heidegger, M: “El ser y el tiempo”. Editorial Fondo Cultura Económica. Colección Filosofía. Año 2009.

\_Jacques Derrida; Anne Dufourmantelle; Mirta Segoviano: “La Hospitalidad”. De La Flor S.R.L. Ediciones 2008.

\_Pichón Riviere E.: El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Nueva Visión. Año 1975.

\_Lacan J.: Escritos 1” Función y campo de la palabra”. Siglo XXI Editores. Año 1975.

**SALUD MENTAL Y HOSPITAL  
EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS**

**HOSPITAL J. M. PENNA**



**Lic. Yamila Maidana**

Psicóloga. Integrante del Equipo de Interconsulta. Equipo de Niños Servicio de Salud Mental. Hospital J.M.Penna.



**Lic. Sandra Redon**

Psicóloga. Instructora de Concurrentes y Coordinadora de Interconsulta del Equipo de Niños del SSM. Hospital J.M.Penna.



y las adultas a cargo de los y las pacientes niños y niñas. Si a los niños y niñas se les suspendían las clases, también los tratamientos.

Mientras tanto sucedían cosas, el peligro acechaba cada rincón del mundo. Había un orden alterado y silencioso, UNA PANDEMIA, un real nos había atravesado. No había precedentes, se nos presentaba un “acontecimiento imprevisto” que nos había irrumpido.

De repente una frase leída en un trabajo se hizo presente: **“Los y las psicoanalistas dóciles no supieron entender la elasticidad de las reglas que les impuse. Se sometieron a ellas como si fueran tabúes. Esto tendrá que ser revisado algún día”<sup>2</sup> (carta del 4 de enero de 1928 de Freud a Ferenczi).**

Ese día parecía que había llegado, había que **reinventarse**.

Pero, ¿cómo era reinventarse? Ante esa pregunta, teniendo en cuenta a Lacan en su escrito “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada” (1966, Escritos 1) donde aborda el tiempo a partir de un problema de lógica, señalando el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir, entendimos que habíamos atravesado el instante de VER. La acción de MIRAR había sido exitosa. A la espera de un estallido anunciado (por lo que estaba pasando en otros países), nos apareció el primer

interrogante: ¿Cuál era la función de un psicoanalista en tiempos de pandemia en un hospital? ¿Qué hacíamos allí? ¿Cuál era nuestra función?

### **Segundo tiempo: Tiempo de comprender**

El ASPO se convertía en la “historia sin fin”. Tiempos de espera y urgencia se entrelazan. Había que ordenar (nos). Llamamos a los y las pacientes y les ofrecimos acompañamiento y/o asistencia en forma virtual, como nuevo modo de encontrarse.

Pero ¿cómo se jugaba con un niño de manera virtual?

La noción de tiempo y espacio que creíamos, nos interpelaba día a día...el adentro y el afuera, lo intra y extrafamiliar, lo endo y exogámico, dialécticas atravesadas por un nuevo orden en la vida de los sujetos.

Se nos solicita como Servicio de Salud Mental que nos pongamos a disposición de las necesidades de todos los profesionales del hospital, y ¿estábamos preparados?

El personal de salud comenzaba a manifestar su padecimiento en forma individual. Nos llegan consultas por crisis de angustia, ataques de pánico, descompensaciones... Como psicoanalistas, empezamos a escuchar y a preguntarnos de qué se trataban esas manifestaciones. Respuestas singulares ante un real colectivo. ¿Qué intervenciones para ello? ¿Se trataba de patologizar cada una de

---

“No podemos decidir hacer desaparecer la oscuridad, pero podemos decidir encender la luz.”

1

En el 2020 las noticias decían que en Europa moría gente por un virus, en Argentina se decide cerrar todo por 15 días, un ASPO. ¿Qué era eso? un Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio de los ciudadanos y las ciudadanas. Todos debían permanecer en sus hogares, y sólo continuarán trabajando los “esenciales”, entre ellos, el personal de salud.

### **Primer tiempo: Instante de VER**

Como integrantes del equipo de Niños del Servicio de Salud Mental, a partir del discurso presidencial, decidimos comunicarnos con los adultos

1 Edith Eva Eger. La bailarina de Auschwitz 17a ed. -Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Planeta, 2021, pág. 239

2 Freud y Ferenczi, “La correspondencia de Sigmund Freud y Sándor Ferenczi, Volumen 3: 1920–1933: p. 332

aquellas respuestas?

“Salimos” de las 4 paredes del servicio de salud mental, de lo conocido hacia el afuera, a lo desconocido.. salimos a escucharlos en su lugar de trabajo... Salir del atolladero en que nos encontrábamos era una cuestión ética, considerando las condiciones humanas sin retroceder frente a la angustia, frente al sufrimiento del sujeto.

En contraste a los Superhéroes que los medios de comunicación pregonaban, nos encontramos con un escenario de sujetos atestados de miedo, desamparo, incertidumbre, de fragilidad en los lazos sociales, con sensación de desprotección de las instituciones, sensación de impotencia, y ansiedad por el paso del tiempo sin saber qué hacer, pero a la vez, sin querer que nada suceda, porque se esperaba lo peor. Traumatizados en tanto se encontraban embrollados entre imposibilidades e indecibles.

Nos orientamos a pensar en nuevas formas colectivas de apaciguar el padecimiento, apostando a reinventar construcciones sociales de nuevas narrativas aplicables para un mejor estar, para una mejor calidad de vida en el trabajo que no era sin el otro.

Por un lado, el servicio de salud mental (psicólogos y psicólogas y psiquiatras) ofreció asistencia telefónica las 24 horas los 7 días de la semana. Pero, por otro lado, desde el equipo de Niños,

salimos a proponer crear y armar junto a ellos, espacios de encuentro y reflexión de todo aquello de lo que (nos) estaba sucediendo como sujetos.

No sin resistencia, surgieron espacios de conversación, de diálogo, de reflexión con médicos, médicas, enfermeros y enfermeras de las Unidades de Pediatría, Neonatología, Obstetricia y Ginecología, con diferentes modalidades de encuentro: presenciales en lugares abiertos -terrazas, parques- y/o virtuales -grupos de whatsapp, plataformas-.

### **Tercer tiempo: Momento de concluir**

Formalmente, acontece la formación de grupos Balint, denominados como su creador Michael Balint (1896-1970), psiquiatra- psicoanalista húngaro establecido en Inglaterra.

El objetivo del grupo Balint no es terapéutico en sí sobre el estado emocional del médico, salvo en la medida en que afecta la relación médico-paciente.

El objetivo es dar lugar a la palabra de los y las profesionales de la salud (médicos, médicas, enfermeros, enfermeras, entre otros/as) en su subjetividad y malestar, y en la relación que se establece con los pacientes.

En estos grupos se trabajaron cuestiones como la organización y distribución de las tareas, pensar el trabajo como equipo, lo que implicaba acompañarse y sostenerse en

cada movimiento. Reubicar las funciones que cada uno y una tiene en el equipo.

A los cargos jerárquicos se orientó a que puedan dosificar y regular la información que circulaba de manera informal entre los y las profesionales. A partir de ello, construir nuevos protocolos acordes a las necesidades de cada momento.

También se trabajó en ubicar las manifestaciones del malestar como reacciones normales y esperables ante los eventos inesperados y amenazadores, y diferenciarlos de lo psicopatológico.

Otra cuestión fue resignificar el significante del CUIDADO como indispensable en el lazo con los otros (cuidar al otro y cuidarnos) y apelar a reencontrarse con el sentido con el que cada uno realiza su labor, es decir, reencontrarse con la esencia de su función.

Y por último, se hizo hincapié en defender sus derechos como trabajadores y trabajadoras reclamando los recursos necesarios para que su labor sea debidamente reconocida y que pueda llevarse a cabo minimizando lo más posible su padecimiento.

Concluyendo, por medio de la escritura, intentamos mostrar el trabajo realizado en tiempos de ASPO. Sin perder de vista que todavía seguimos atravesados por los tiempos de Coronavirus cuyos efectos y consecuencias se están vislumbrando... Un nuevo desafío se aproxima.

05

**CRIANZAS: DECONSTRUIR,  
CONSTRUIR E IMPROVISAR**

***TALLERES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
EN SALAS DE ESPERA***

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ**

05



### Lic. Vanesa Laura Franzese

Psicóloga de planta del servicio 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

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

## Presentación: Transmitir Experiencias

Nos proponemos en este espacio compartir nuestras experiencias luego de haber coordinado durante más de 14 años Talleres de Prevención y Promoción de la Salud en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. La Maternidad Sardá, nombre con el cual es conocida, es un hospital público de referencia y derivación a nivel nacional y regional, especializado en Perinatología, siendo parte del tercer nivel de atención. El mismo aplica en su atención el modelo de Maternidad Segura y Centrada en las Familias con Enfoque Intercultural. Desde el servicio de Salud Mental, trabajamos en el acompañamiento a mujeres adultas y adolescentes desde los distintos dispositivos

de atención: Consultorios Externos, Unidades de Internación Obstétrica y Ginecológica, Unidad de Cuidados Críticos Obstétricos, y Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Se realizan actividades de Promoción y Prevención de la Salud, con dispositivos de **talleres en sala de espera de obstetricia<sup>1</sup>, sala de espera del Programa de Acompañamiento de la Madre Adolescente (PROAMA)**, y la co-coordinación de los talleres de Preparación Integral para la Maternidad Paternidad Adolescente.

Las diversas cuestiones trabajadas en los mismos, como **crianza sin violencias bajo el**

<sup>1</sup> Franzese, Vanesa. Proyecto de trabajo: "Para que el que espere, no desespere. ¡No desespere!" Obra Inédita. DNDA. 2018. (Renovación - 2021 - 84871897)

**eje de derechos**, noviazgos violentos, violencia de género, salud sexual y reproductiva, bullying, entre otras son problemáticas que abordamos

en los espacios de taller, pero que acompañan nuestra clínica día tras día, de acuerdo a las coordenadas subjetivas y las encrucijadas que cada mujer que consulta plantea en ese espacio íntimo, y propio de las entrevistas por consultorios externos.

María de 16 años, se animó durante la pandemia a concurrir al hospital por una consulta ginecológica, luego de varios años de sentir la necesidad de solicitar atención psicológica (cuestión que su madre vedaba dado que le decía que los problemas se arreglaban en casa, sin

necesidad de un psicólogo), llevó a cabo dicho encuentro. Por primera vez pudo comenzar a expresar las distintas violencias que atravesaba desde su infancia (escenas terriblemente siniestras). Llevó tiempo, intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales, marchas y contramarchas, pero luego de excusar la violencia impartida por su madre, sosteniendo que la misma había sido criada de ese modo, dado que la gente de su comunidad llevaba adelante la crianza con esas modalidades violentas, en una entrevista dice: "las personas pueden ser criadas de otra manera", (hace un silencio profundo), y agrega: "CONCARINO".

## 2. Fundamentación teórica: ¿Qué entendemos por crianza?

La adquisición de derechos que se fue logrando en las últimas décadas, posibilitó la visibilización de temáticas que fueron tabú para sectores de la sociedad, naturalizados y sin discusión alguna (las violencias son un ejemplo). Celebradas leyes como: Ley Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley 26.485); Ley de Identidad de Género (Ley 26.743), Ley de Matrimonio Igualitario (Ley 26.618), Ley Parto Humanizado<sup>2</sup> (Ley 25.929), La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 27.610), el Programa Nacional de Educación Sexual

<sup>2</sup> La semana del parto respetado siempre

Integral creado por la Ley 26150, entre otras que se fueron promulgando con el correr de los años, habilitaron que socialmente **ciertas problemáticas silenciadas, tengan voz y circulen en la cotidianidad**. Por ejemplo, los niños, niñas y adolescentes fueron atravesando momentos históricos cruciales. De ser considerados "objetos de derecho" (bajo la égida de la ley del Patronato) a partir de la Convención de los derechos de los niños, niñas y adolescentes del año 1983, son considerados "sujetos de derecho". Esto generó un cambio de paradigma que trajo como consecuencia un contexto social favorable en el que se cuestione, se denuncie y se hable de las violencias sufridas por niños, niñas y adolescentes, y la vulneración de sus derechos.

La crianza es un proceso que se va construyendo en el entramado subjetivo y social dentro de una familia. Hablamos de familias en plural dando cuenta de la diversidad, complejidad y multiplicidad considerando las funciones y operatorias que dan cuenta de cada familia singular. Es importante destacar que las familias se configuran dentro de una dimensión socio histórica, o sea, en diferentes culturas, contextos y épocas. Por ello consideramos que es importante reflexionar acerca de que las crianzas de los hijos o hijas no se reduce al contexto familiar nuclear, las

es una fecha de celebración en el hospital, donde desde los diferentes equipos realizamos talleres con las usuarias y sus familias en salas de espera, por ejemplo. Este año será del 18 al 22 de mayo.

crianzas en tanto construcción de subjetividad le compete a las familias, pero también a las instituciones sociales y la sociedad a la que pertenecen esos niños, niñas y adolescentes.

Queremos compartir una reflexión integradora con perspectiva inclusiva, la misma se desarrolla en el libro "Crianzas, Historias para crecer en toda la diversidad" de Susy Shock. y es la siguiente: "Criar: acompañar con paciencia los primeros (y fundantes) momentos de aprendizaje, respetando los deseos de lxs más pequeñxs. Brindar herramientas para la autonomía. Compartir y construir juntxs una forma de entender el mundo y el vínculo con otrxs. Cuidar, otorgando seguridad y confianza en sí mismxs y en sus decisiones. Brazos y abrazos. Espacio de amor y juego. Interpretar, decodificar, desandar, desaprender. Cuestionar nuestros seres machistas y adultocéntricos. Sorprender, explorar, descubrir. Predisponerse a lo incierto."<sup>3</sup> En fin... **Crianza, esa dimensión desconocida**<sup>4</sup>, que se construye sólo si nos animamos a transitar... "Caminantes no hay caminos, se hace camino al andar"...

Fundamentación de la propuesta de trabajo: **El proyecto "PARA QUE EL QUE**

3 Shock, Susy. Crianzas, Historias para crecer en toda la diversidad. Editorial Muchas Nueces. 2020.

4 Franzese, Vanesa. Sosfea - Crianza: una dimensión desconocida. Obra Inédita. Ex 2019-91778589. DNDA. 2019.

**ESPERE ¡NO DESESPERE!**<sup>5</sup>, propone intervenciones en salas de espera y se pone en marcha desde el año 2008. La iniciativa de proponer esta actividad y llevarla adelante, se sustenta en las siguientes consideraciones: Intentar APROVECHAR y darle utilidad al tiempo que las pacientes y sus acompañantes aguardan en las salas de espera, convirtiendo dicho tiempo en productivo; en algunos casos este acontecimiento que atraviesa la vida de las mujeres, el EMBARAZO Y LA MATERNIDAD, sea el único movilizador de contactarse con el sistema de salud; la mayoría de las pacientes viven lejos del Hospital y sin duda alguna sería importante OPTIMIZAR el tiempo que transcurren en la institución; en la práctica cotidiana se vislumbra que de las mujeres que controlan su embarazo, una baja población concurre a los Encuentros de Preparación para la Maternidad y Paternidad; esta propuesta es una INTERVENCIÓN EN SALUD y un espacio generador de subjetividades y constituye una apuesta al diálogo y a la comunicación.

En ocasiones la participación de las usuarias en los talleres de sala de espera, conmueven situaciones personales que generan la inquietud de solicitar atención por consultorios externos del Servicio de Salud Mental. Y es allí donde el plus de nuestro objetivo propuesto en

5 Franzese, Vanesa. Proyecto de trabajo: "Para que el que espere, no desespere. ¡No desespere!" Obra Inédita. DNDA. 2018. (Renovación - 2021 - 84871897)

los talleres también cobra otra dimensión.

### 3. Material Didáctico para los Talleres.

Presentamos una de las actividades que se utiliza en los talleres de promoción de la salud, para visibilizar los conflictos, dificultades, e imaginarios sociales que interfieren en las crianzas. Darle voz a lo silenciado. Visibilizar lo oculto. Problematizar lo avalado socialmente y no discutido. El material didáctico es autogestivo y diseñado especialmente para dicho espacio:

◆ Juego del semáforo: ¡Atención por favor!<sup>6</sup>

Se realizan lecturas de frases y/o situaciones problemáticas que representan cierto imaginario social acerca de las crianzas. Las y los participantes dan sus opiniones al respecto y juntos intentamos reflexionar acerca si debemos parar esa conducta (luz roja), poner atención (luz amarilla) o si es una favorable pauta en la crianza (luz verde). Por ejemplo, si compartimos esta frase... ¿Qué luz podría acompañarla?

1) "Juan de 2 años quiere poner los dedos en el enchufe... su madre le dice que no lo haga porque se puede lastimar... Luego de varios intentos, la madre se siente muy nerviosa, le da un chirlo". ROJO.

2) Ramiro de 6 años, se cae al piso jugando a la pelota, se larga

6 Franzese, Vanesa. Proyecto de trabajo: "Para que el que espere, no desespere. ¡No desespere!" Obra Inédita. DNDA. 2018.

a llorar desconsoladamente y su papá y su tío le dicen: Dale!, levántate!, no pasó nada!: "los hombres no lloran, aprenden a los golpes". ROJO.

3) Guadalupe desde que estaba embarazada habla con su hijo Abel. Él ya tiene 3 meses... Guada recuerda que le contaba las cosas que le estaba preparando para su llegada, compartía canciones que a ella le gustaban. Desde que nació Abel, Guada continúa hablándole, cantándole, se sorprende cómo Abel reconoce su voz, su mirada y sus caricias. VERDE.

4) Carla y Thiago son los papás de Luna. Carla se ocupa de todos sus cuidados porque piensa que por ser mujer, sabe hacerlo mejor. Thiago quisiera colaborar en la crianza de Luna, pero cada vez que lo intenta, Carla le dice: "No te das cuenta que ni sabés cambiar un pañal". AMARILLO.

Compartimos algunos de los comentarios frecuentes en los talleres: Es llamativo escuchar al día de hoy que aún hay dificultades en visibilizar las situaciones de violencias, frente a la puesta de límites, avalando la misma en pos de la función educativa de los cuidadores. Enunciados tales como: "A veces una palmadita en el pañal, los hace reaccionar y no les duele...", "Si se lo dije cantidad de veces, con un chirlo es de la única manera que aprenden". Historias personales que surgen como modelos a seguir sin cuestionarlos: "a mi me pegaban y tan mal no salí..." Discursos patriarcales y

machistas presentes en los y las cuidadores como esta frase: "No seas maricón...", "Lo llevamos en la panza, no hay mejor cuidado que el de la madre". "Los bebés no entienden nada". "No sabés cómo le encantan los videitos de youtube, se queda quietito y ni llora".

Es importante destacar que en cada uno de los talleres se dialectiza y se trabajan las frustraciones, los enojos/odios y angustias de quienes asumen las funciones de cuidado y de sostén emocional. La importancia de la coherencia y los acuerdos en las decisiones de los cuidadores frente a las pautas de crianza.

#### 4. Reflexiones Finales:

*Crianza, esa dimensión que nos cuestiona, nos enfrenta a nuestras propias historias, nos recrea y nos permite construir vínculos de confianza, seguridad y amor o, por el contrario, lo opuesto.*

*Crianza: esa dimensión que nos propone la función de cuidar, acompañar y escuchar lo inédito de cada ser, alentando su devenir.*

*Crianza: dialéctica de encuentros y desencuentros... entre quienes ocupan una función de criar, y quienes transcurren su niñez...*

*Crianza, esa dimensión desconocida que se transita en los encuentros y desencuentros, y encrucijadas de deseos, goces y emociones de quienes asumen el desafío de experienciarla.*

**DISPOSITIVO GRUPAL EN  
PÚBERES: EL CUERPO Y EL JUEGO**

**HTAL. INFANTO JUVENIL DRA. CAROLINA TOBAR GARCÍA**

**Dr. Hernán Bernardis**

Médico (UBA) residente 4<sup>º</sup> año  
psiquiatría infanto juvenil  
Hospital Infanto Juvenil "Dra.  
Carolina Tobar García".  
Mail: hbernardis@gmail.com

**Lic. Facundo Casoy**

Psicólogo concurrente 1<sup>º</sup> año,  
Hospital Infanto Juvenil "Dra. Ca-  
rolina Tobar García". Lic. en Psi-  
cología (UBA).  
Mail: facundo.casoy@gmail.com

**Lic. Catalina Chaparro**

Psicóloga concurrente 1<sup>º</sup> año,  
Hospital Infanto Juvenil "Dra.  
Carolina Tobar García" Lic. en  
Psicología (UNLP).  
Mail: chaparrocata1@gmail.com

**Lic. Emma A. Figueredo**

Psicóloga concurrente 2<sup>º</sup> año,  
Hospital Infanto Juvenil "Dra.  
Carolina Tobar García". Lic. en  
Psicología (USAL) y Lic. en  
Psicopedagogía (USAL).  
Mail: emmaailenf@gmail.com

**Lic. Fernanda Rodriguez**

Psicóloga concurrente 2<sup>º</sup> año,  
Hospital Infanto Juvenil "Dra.  
Carolina Tobar García". Lic. en  
Psicología (UBA).  
Mail: rodriguez.fernanda@live.com

En el siguiente trabajo nos proponemos pensar el interjuego de lo individual y lo grupal, diferenciándolo del concepto de masa, como aquello que tiene una presentación homogénea. Luego abordaremos el concepto de taller en el marco de un dispositivo terapéutico y destacar la heterogeneidad de la clínica con púberes que cursan cuadros severos.

Nuestro objetivo entonces será pensar lo grupal como aquello que reconozca las diferencias, dando lugar a la singularidad. Por tanto, definir la pubertad en términos de la edad cronológica no hace más que limitarnos y obturar nuestra labor. Es cierto que debemos marcar coordenadas que nos orienten en términos prácticos para dar respuesta a la demanda, de allí que el Dispositivo de Hospital de Día (HDD), del Hospital Infante Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”, se subdivide en equipos: dos de niños y niñas, uno de púberes y otro de adolescentes.

Nos centraremos en la clínica del Equipo de Púberes donde los pacientes son traídos por sus otros significativos, comenzando en espacios individuales de tratamiento, para luego mediante el abordaje interdisciplinario, dar lugar a la escena grupal a través del juego. ¿Qué juego es posible en estos pacientes cuando no hubo escena lúdica en la infancia? ¿Qué hacía el niño cuando no había un Otro que sancionara aquello como juego?

### ¿Qué idea de unidad tenemos? ¿Masa o grupo?

Partiendo del texto de Freud “La psicología de las masas y análisis del yo” (1921) menciona al “individuo como miembro de un linaje, de un pueblo, de una casta, de un estamento, de una institución, o como integrante de un multitud organizada en forma de masa durante cierto lapso y para un determinado fin”. Por tanto, sostenemos que no es lo mismo una masa que realizar trama grupal. La primera, hace referencia a un espacio que tiende a homogeneizar, eliminando las diferencias y acelerando hacia la unidad. Lo que conlleva la difícil tarea de pensar en términos de fragmentación. En cambio, la segunda alude a un espacio de articulación discursiva donde cada uno dice lo suyo, habilita a tramitar la inscripción de la falta, de la demora, y propicia la emergencia de un sujeto deseante. Por ello, tomamos este último concepto como unidad de trabajo, para el despliegue y transformación de cada uno de los púberes, porque es en esta etapa de cambio donde emerge la diferencia.

### ¿Qué entendemos por “Hospital de Día”?

Un tipo de dispositivo grupal que se enmarca en un espacio intermedio entre el adentro y el afuera, definido como internación parcial que busca lograr la resocialización y la rehabilitación de los y las pacientes. La oferta de actividades y el tiempo en el que se dan las mismas habilitan un armado necesario de

distintas escenas lúdicas, donde lo Institucional funciona como garante de alojamiento y brinda un sostén al desborde pulsional. Consideramos que sin dispositivo no se funda un grupo.

En palabras de Jasiner, “el diseño del dispositivo grupal llevará a pensar el encuadre, las consignas, los ritmos... la escena grupal es impredecible, pero no espontánea ni natural, prepararla con cuidado es también una intervención del coordinador”.

En el caso del Equipo de Púberes, los y las pacientes son admitidos luego de entrevistas individuales y familiares en las que se considera el tiempo propicio de ese sujeto para su ingreso en el trabajo grupal. El Equipo cuenta con variados talleres lúdicos tales como Juegos, Movimientos, Cuentos, Salidas, Desayuno y comedor, Cine, Salud e higiene, entre otros. Los mismos se llevan a cabo en diferentes días de la semana, cuya estructura se basa en la presencia de los y las profesionales del Equipo que funcionan de modo interdisciplinario como coordinadores y ayudantes.

El desafío que se nos plantea es el de la función del/ la coordinador/a. La misma la entendemos como figura del partenaire, cuya tarea será habilitar a través de intervenciones la producción singular de cada sujeto en el marco de lo grupal, teniendo en cuenta que en el arte de



**Mural: Nature – 2018 Colectivo Buena Pinta: <https://www.facebook.com/buenapinta.3/>**

frente a situaciones desbordantes e inabordables donde el juego y las palabras como intervenciones, propiciarán hacer soportable lo insoportable.

A continuación comentaremos una viñeta clínica de una paciente de 9 años de edad. En un primer momento, cuando S ingresa al servicio, presentaba dificultades para el armado del juego. No podía permanecer en los talleres por el tiempo que duraba la actividad. Deambulaba y no interactuaba ni con pares ni con profesionales. En el transcurso del tratamiento y al ser convocada por la propuesta de la actividad, comienza a ingresar al taller con juguetes de su interés, revistas y algunos

previamente de otro sector del dispositivo. Con los juguetes solo podía interactuar S, sin permitir mediación alguna, no dejaba que sean tomados por otros, y los que en reiteradas oportunidades eran arrojados por la púber. Dato que tiene importancia en su historia, ya que ella transita entre la casa de su abuela materna y de su padre, yendo de un lado a otro, donde en varias oportunidades le es interrumpida la continuidad de la escena familiar.

En un segundo momento se incluye a los talleres con los objetos, interactuando con los mismos, para finalizar arrojándolos nuevamente. Aquí se ubica con una negativa dicho accionar por parte de

mayor desborde corporal. Luego, se acompañó a estas repeticiones dándole un marco lúdico, lo que dio lugar a la simbolización y sancionar algo de esto como juego, el cual se volvió compartido y leído por un Otro. ¿Hubiese sido posible sin el sostén de un partenaire que sancionara aquello como juego?

Finalmente, S. logra participar en el “Taller de Cuentos”, comienza a manifestar interés por los libros, actividad que despliega para convocar a sus pares y armar una escena lúdica compartida.

**¿Qué juego como posibilitador de la construcción de subjetividad en nuestros pacientes y el armado de un nuevo cuerpo?**

En el libro “Ponerse en Juego”, Jorge Fukelman va a referirse al juego como marco que permite separar al cuerpo de las marcas que el lenguaje inscribe en el mismo. Dirá que el juego permite la alternancia, la secuencia, es decir poder diferenciar lo representado de la representación para que no queden coagulados en un único sentido. Siguiendo al autor, sostenemos que para que algo del juego se constituya y permita dar lugar al uno por uno, es decir a la singularidad y al deseo de cada quién, es necesario que algo sea planteado y designado como juego por un Otro, que nombre que es juego y que no lo es. El juego se ve interrumpido, cuando algo de la escena no puede ser sostenida por un Otro o éste no pueda reconocer al juego como tal, interponiéndose la sintomatología parental.

Podemos considerar a la pubertad como un fenómeno unido al cuerpo, el cual será sede de nuevos interrogantes que aún no contará con elementos simbólicos propios para responderlos. En nuestros pacientes en particular, la instalación de lo puberal es un tiempo que eventualmente se producirá pero evidenciamos que hay algo de la latencia que no fue atravesada o aún no cayó, dificultando que un nuevo saber pueda inscribirse, como el referido a la sexualidad y la muerte. Por lo cual parte de nuestra función será sostener, en un cuerpo a cuerpo, la escena desplegada y su caída. Lo dicho anteriormente, queda

en evidencia en el marco del despliegue de los diferentes talleres cuando algunos pacientes no logran sostener la escena lúdica, se aíslan de la misma o no saben de qué la juegan. Por ello, es importante la presencia y función del coordinador del taller como la del resto de los profesionales, que se distribuirán otras tareas y roles que permitan dar un encuadre al desarrollo del mismo, como por ejemplo la del rol de “paravalancha”, que será aquel que pueda ser capaz de sostener aquello que quede fuera de juego.

A su vez a las familias se les presenta como desafío realizar un reconocimiento de ese cuerpo como puberal, como límite de lo infantil que posibilite la emergencia de lo novedoso.

Así tenemos el caso del paciente I., de 8 años, que es derivado desde un Hospital General Pediátrico para ser incluido en HDD por no presentar lenguaje, ni vínculo con pares y con tendencia al juego funcional solitario con gran inquietud motora.

En un primer momento, I. suele ingresar al espacio sólo bajo la compañía o mirada de sus padres, la que pareciera dejarlo en un espacio y tiempo fijos, sin posibilidad de armado de una escena diferente. El paciente explora varios consultorios hasta dar con el patio de HDD, donde suele deambular improproductivamente, y mirando de reojo para dar cuenta de la presencia de los profesionales como de sus padres. Se le

ofrecen diferentes materiales, con los cuales accede a trabajar por poco tiempo, y los cambia rápidamente sin dar consistencia al armado de un juego como tal, sin poder dar lugar a la intervención de la figura de un coordinador o profesional que asista y propicie el mismo.

A medida que transcurren los encuentros y sus padres también son incluidos en diferentes entrevistas familiares, I. comienza a explorar la tierra de los canteros del patio junto a otro paciente. Se comparten palitas y baldes, arroja tierra contra la pared, juega a esconder algo en la tierra. Utiliza su cuerpo a través de gesticulaciones, para realizar pedidos y convocar a los profesionales.

En un momento posterior, en el “Taller de Movimientos”, I. comienza a regular los distintos segmentos de su cuerpo, convoca a otros pares al juego, propicia el despliegue del mismo y puede diferenciar los tiempos cronológicos, por ejemplo proponiendo que alguno de los profesionales lo persiga, él es el perseguido y tiene que escapar. Es en el marco de este taller que el paciente comienza a reconocerse jugando, por tanto, puede reconocerse como chico.

Delimitar el campo de juego permitió inscribir coordenadas simbólicas que trascendieron la escena del mismo. Como consecuencia, I. quedó habilitado a circular de un modo diferente, entendiendo el espacio no infinito, logrando la



Frente Htal. Tobar García. PH: Irene Scherz.

permanencia en los lugares sin escabullirse por cada rincón del servicio.

### **Agudantes de la metamorfosis**

Hemos elegido escribir sobre la temática de dispositivos grupales en el marco de un HDD de CABA, para dar cuenta del mismo, parte de su clínica y del desarrollo del trabajo interdisciplinario con cuadros severos.

Nos ha sorprendido tanto la falta de dispositivos similares a nivel comunitario, como el desconocimiento para el abordaje integral de este tipo de demandas. ¿Qué otros lugares grupales posibles para la atención de pacientes púberes?

A modo de cierre, hemos intentado realizar un recorrido por diferentes conceptos que aluden al trabajo que desempeñamos en equipo *como partenaire* y ejemplificando los modos en que nuestra orientación terapéutica nos ha permitido desarrollar la compleja tarea, de ubicar al cuerpo puberal en el interjuego temporo-espacial para posibilitar una relación de escena de juego con pares. Si bien entendemos que hay un universal de lo puberal, una particularidad cultural y un nivel aún más singular propio de cada sujeto, esperamos que lo generado en los diversos espacios terapéuticos, habilite a los pacientes en la adultez a una reescritura de su ficción.

### **Bibliografía**

- \_Freud, S (1921). Psicologías de las masas y análisis del yo. Ed. Amorrortu.
- \_Fukelman, J. (2013). Notas de lectura. AK Lecturas clínicas, material de circulación interna. Buenos Aires.
- \_Fukelman, J. (2014). Ponerse en Juego. Lecturas clínicas, material de circulación interna. Buenos Aires.
- \_Jasiner, G. (2007). Coordinando Grupos, Una lógica para los pequeños grupos. Cap: Las intervenciones del coordinador (pp.169-192). Lugar editorial.
- \_Percia, M. (1996). Notas para pensar lo grupal. Cuarta edición. Lugar Editorial. Buenos Aires.

# Entrevista a Ana María Planella

Entrevista realizada por la Lic. Irene Scherz a Ana María Planella, quien fuera una de las fundadoras de la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



## Ana María Planella

- ◆ Licenciada en Psicología. (Diciembre de 1976)
- ◆ Profesora de Enseñanza Universitaria, Secundaria, Normal y Especial de Psicología. (Marzo de 1977)
- ◆ Diplomado en Salud Pública (Diciembre de 1986)
- ◆ Maestría en Administración Pública. (1992-1993)

Experiencia Hospitalaria:

- ◆ Hospital Municipal General de Agudos, Parmenio Piñero (1977 a 1982)
- ◆ Hospital de Emergencias Psiquiátricas, Torcuato de Alvear (1983 a 2021)
- ◆ Experiencia docente: 1976 a 2021.

Actualmente jubilada.

**Para toda institución y particularmente para los psicólogos y las psicólogas es muy importante la historia. Por eso, decidimos entrevistar a Ana María Planella, para reconstruir algo de la historia de la fundación de nuestra Asociación de Psicólogos. ¿Cómo surgió la Asociación de Psicólogos de la Ciudad de Buenos Aires (en aquella época Municipalidad)?**

A principios de los 80', aproximadamente en el 83/84, se hizo una movilización importante entre todos los

hospitales para transformar la carrera médica (en los hospitales) en carrera profesional. Hasta ese momento los únicos que tenían el escalafón de carrera profesional en los Hospitales eran los médicos. Y todas las demás disciplinas, estábamos como auxiliares.

Se movilizó muchísima gente y había que nombrar una Comisión, que era de no médicos.

Esa Comisión estaba conformada por profesionales

de todas las carreras. Se eligió, una psicóloga titular, que fui yo, y una psicóloga suplente. Había también una trabajadora social titular y una suplente. Así de todas las profesiones que estaban en ese momento, que eran un montón. Esta Comisión dio el origen a la Federación y a las Asociaciones al mismo tiempo. En realidad, esta Comisión parió las dos.

**¿Dónde empezaste tu formación?**

Yo había estado trabajando desde el 77 hasta el 83 en el

Hospital Piñero. O sea que estuve toda la época del Proceso Militar, trabajando ahí, y viendo las dificultades que había. En el 83 pasé como titular al Hospital Alvear, junto con un montón de profesionales que nombraron. Cuando vimos la posibilidad de poder cambiar la carrera a profesional me pareció sumamente importante. Ahí nos empezamos a reunir los titulares y los suplentes de cada carrera nos propusimos redactar la carrera profesional. Yo tenía bastante tiempo trabajando en el hospital, no era ni concurrente (no existía esa figura en esa época) y para defendernos firmábamos en un cuadernito. El Hospital Piñero fue una excepción en la época del proceso, porque mientras en otro desaparecían compañeros, cuando yo entré en el 78 se fueron los que estaban antes y quedé yo primera (recién me había recibido, era chiquita). Empezaron a tomar profesionales de ese modo y fue creciendo.

### **¿Cómo iniciaron la redacción de la Carrera?**

Recurrí en ese momento al Dr. Floreal Ferrara, que lo conocía de haber hecho un curso con él de Atención Primaria. Habíamos aprendido un montón con profesores importantes. Y Floreal era un capo para pensar la Interdisciplina. Entonces le pedí ayuda para poder redactar la carrera.

Lo que veíamos es que se tenía que unificar en la carrera la

parte asistencial y la técnica, que fuera una sola, y entonces los jefes pudieran ascender a los cargos más altos. Otra cosa que se intentó modificar fue que las estructuras fueran interdisciplinarias. Incluimos que cualquier profesión pudiera llegar a ser Director de Hospital. Fue una pelea política. Nos criticaban porque decían que queríamos (los psicólogos) ser directores en realidad la pelea era constituir el equipo interdisciplinario y los psicólogos empezar a tener nombramientos. No estábamos ni nombrados. O sea, apuntábamos a lo más arriba pero estábamos intentando tener la base. Y la base es lo que se logró.

### **¿Se logró la aprobación de la carrera hospitalaria finalmente?**

Se aprobaron dos, una en el 85 y otra en el 86. La del 85 tenía bastante de lo que pudimos redactar nosotros en el proyecto. Eso era, entre otras cosas, poder llegar todas las profesiones a las Jefaturas de Departamento. Pero en el 86, la modificaron totalmente esa carrera, para que no accediéramos a las jefaturas, definiendo que eran para médicos. Esa fue la que finalmente salió, la del 86. Eso fue con la carrera, pero para defenderla, teníamos que dar una estructura a la Comisión, tampoco teníamos un lugar físico. Nos propusimos entonces lograr que sea reconocida, para lo cual analizamos si crear una Asociación interdisciplinaria,

entre todos, o si creábamos una Asociación por cada carrera y la Federación. A mí me parecía mejor que creáramos la Federación que uniera a todos y una Asociación por cada profesión. Así creábamos una estructura de más poder. Hicimos eso al final.

### **¿Cómo comenzó ese proceso?**

Cada titular y suplente de cada profesión se puso a trabajar. Nosotros recorrimos todos los hospitales, hicimos carteles, invitamos a la gente. Mis compañeros del Alvear me ayudaban, incorporando gente, trayendo propuestas de proyectos de carreras para cuando las tuviéramos que presentar en la Legislatura. Hasta los médicos venían a preguntar por cosas que ellos no podían conseguir. Me acuerdo que uno de los médicos me dijo una vez, vos sos Evita, porque peleaba por los derechos que no teníamos.

Para presentar el proyecto en la Legislatura teníamos que tener la Asociación constituida y firmar como Asociaciones. Finalmente lo logramos, y eso dio base a la Federación.

Nos propusimos un día, que fue en Octubre, reunirnos en la Guardia del Hospital Alvear los representantes psicólogos de todos los hospitales. Estábamos ya en democracia y había todo tipo de movimiento político y mucha participación e iniciativa.

Todo eso era una movida para entrar al sistema. Ahí

empezaron los primeros nombramientos y después vinieron las Residencias para psicólogos. Y fue abriéndose espacio. Como era jovencita en esa época, me imaginaba que los cambios se iban a lograr mucho antes. Pero después me di cuenta que los cambios institucionales llevan tiempo.

Finalmente creamos la Asociación. Incluso habían venido de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, que yo conocía porque había estado en el gremio, había participado de los grupos, también cuando hicieron la ley del psicólogo. Con todos los capos en ese momento, con ellos aprendí mucho. Estaban preocupados porque creían que se creaba una Asociación que iba a ser en contra de ellos, pero no se daban cuenta que sumaba, porque ellos no estaban dentro de los Hospitales y tenía que haber una de adentro de los Hospitales para defendernos. Habían venido dos psicólogos de la Asociación de Buenos Aires para ver si podían intervenir, y finalmente se metieron en la Comisión. Después se integraron, por ejemplo, uno es José Luis Martínez, muy reconocido en la Asociación. Avelutto, Russo, todos los que estaban preocupados, finalmente se implicaron un montón desde afuera y desde adentro de CABA.

### **¿Cuándo se formalizó la creación de la Asociación?**

Si no me equivoco fue el 10 de Octubre de 1984. A partir de esa Asamblea hicimos los

papeles con una abogada para presentar en la Legislatura. Iniciando el trámite ya podíamos presentar la carrera. Esta última salió en el 85 y fue modificada en el 86, por lo que ya te había comentado sobre la preocupación de los médicos. También dejaron dividida la parte asistencial de la técnico administrativa. Una vez que pudimos iniciar la carrera empezamos a ver cómo construir la Asociación. La primera Comisión fue bastante heterogénea, estuvo integrada por compañeros de diferentes hospitales, fueron varios a los que les había interesado participar y se fue gestando y fortaleciendo las problemáticas que teníamos que defender como CD.

### **¿En cuanto al lugar físico, ¿contaban con un espacio donde reunirse?**

Pedimos un espacio en el Hospital Alvear y nos cedieron un lugar en el fondo donde estaban los pabellones, el cual estaba bastante deteriorado y no se encontraba en buenas condiciones. Sin embargo, con la ayuda de los compañeros que se ocuparon de acondicionar y organizar el sitio logramos tener una mesa, sillas y un armario donde guardábamos las cosas. Las reuniones por lo general se realizaban por la noche y más de una vez transitar por esos pasillos hacia el fondo generaba cierto temor es por eso que a veces decidíamos reunirnos en un bar que se encontraba sobre la Av. San Martín o también en la casa de algún compañero.

Junto con la participación de los compañeros Roberto Cerra y José Luis Martínez trabajamos incansablemente para ir abriendo espacios defendiendo la representación gremial. Finalmente llegó el momento de las primeras elecciones. Me di cuenta que si yo seguía centralizando todo el poder y el manejo de todas las cuestiones, la Asociación no iba a funcionar por eso decidí dar un paso al costado y dejar que todo lo que yo tenía circulara. Entonces les pedí que comenzarán a reunirse sin mi participación. Fue todo un duelo para mí pero entendí que era más productivo y que cediendo mi lugar le daba paso a la llegada de gente muy valiosa y con nuevos aportes. Con el tiempo solo iba a la Asociación cuando me llamaban, cada nuevo presidente que asumía me pedía asesoramiento u orientación y luego cada uno buscaba su propia forma de conducción.

Luego llegaron los delegados y con ellos la representación y la defensa gremial a cada hospital, generando mucha más participación. Con los delegados la construcción comenzó hacia afuera. Fue algo edípico para mí, sentía a mis compañeros de Comisión Directiva como a mis hijos y los delegados fueron los nietos.

# CURSOS 2022

## CONTINUÁ TU CAPACITACIÓN PROFESIONAL

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

 Modalidad 100% online |  130 horas cátedra

Capacitación para los concursos  
según ley 6035 y Formación Sindical  
Curso de la APGCABA

 Modalidad 100% online |  84 horas cátedra

Violencia y prevención de suicidio  
en diferentes ámbitos y dispositivos

 Modalidad 100% online |  240 horas cátedra

Orientación Vocacional. Iniciación a la  
práctica clínica (intensivo).

# BENEFICIOS

## ¿CONOCÉS TODOS LOS BENEFICIOS QUE TENÉS POR SER AFILIADO?

Hacé click en cada imagen para ver el detalle o ingresá a nuestro **sitio web** para ver todo lo que la APGCABA tiene para vos.



**ASESORAMIENTO  
JURÍDICO LABORAL**



**ASESORAMIENTO  
OBRAS SOCIALES**



**ASESORAMIENTO  
PREVISIONAL**



**SUBSIDIO POR  
NACIMIENTO Y/O  
ADOPCIÓN**



**SUBSIDIO POR  
ESCOLARIDAD  
PRIMARIA Y JARDIN**



**SUBSIDIO POR  
FALLECIMIENTO  
DEL AFILIADO/A**



**SUPERVISIONES  
CLÍNICAS Y  
FORENSES**



**ASESORAMIENTO  
Y SUPERVISIÓN  
EN CONCURSOS**



**PAR DE ANTEOJOS  
GRATIS POR AÑO**