

#Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la CABA

3ra Edición | Noviembre 2022



ASOCIACIÓN DE
PSICÓLOGOS
DEL GOBIERNO DE LA CABA

EDITORIAL

Compañeras, Compañeros

Las/os psicólogas/os hemos dado un paso más en nuestra carrera profesional y de esta manera continuamos con el crecimiento de nuestra amada profesión en Argentina.

En el año 2015 luego de varios años de un trabajo conjunto con varias organizaciones que nos nuclean contamos con la primera especialidad reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación: la especialidad en PSICOLOGÍA CLÍNICA, que se hizo efectiva mediante la Resolución 2340 del mismo año.

Sin embargo tuvieron que pasar varios años para que pudiéramos lograr la correlación de fuerza política necesaria para constituir una mesa de trabajo que aborde los mecanismos legales y técnicos necesarios para su efectiva implementación en el "Ministerio de Salud de la Nación". Tanto la Lic. Edith Benedetti (Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación) como la Dra. Carla Vizzotti (Ministra de Salud de la Nación) aportaron la fortaleza suficiente para transformar, una posición burocrática del Ministerio de Salud, en una acción concreta que valore la capacitación de las y los profesionales privilegiando a las instituciones públicas como garantes de una formación de calidad.

Cabe mencionar que durante los últimos meses, junto con las autoridades de la "Federación de Psicólogas y Psicólogos de la Argentina", y la APBA nos reunimos semanalmente con el Director

EDITORIAL

de mejoramiento de la calidad y seguridad del paciente Mariano Fernandez Lerena, Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones, Mariana Moreno, Hugo Milone, asesor de DNCSSyRS , para darle forma a la normativa y es así como luego de largas jornadas de trabajo se ha logrado que por Resolución 2282/2022, publicada en el Boletín Oficial, el pasado 4/11, las y los psicólogas y psicólogos podamos acceder a las especialidades en "Psicología Clínica", "Salud mental Comunitaria y Consumos Problemáticos", y las cuatro especialidades multiprofesionales (Salud Pública, Gestión de Servicios en Salud, Auditoría de Servicios de Salud y Epidemiología) y aquellas que se creen en el futuro.

En nombre de la Comisión Directiva y del Equipo Editorial de #SomosAPGCABA, un muy feliz Año Nuevo.

Andrés Añón

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

LOS PSICÓLOGOS Y LAS PSICÓLOGAS EN INTERDISCIPLINA

ENTREVISTAS: LA INTERDISCIPLINA EN DIÁLOGO

El trabajo con otros y otras implica pensar la territorialidad de nuestra práctica y esto nos lleva a reflexionar acerca de nuestro saber disciplinar. En el campo de la Salud Mental el diálogo con otras disciplinas es prioritario a la hora de abordar la clínica.

Hay ocasiones en las cuales las diferentes estrategias de intervención para llevar a cabo la

práctica interdisciplinaria como psicólogos y psicólogas clínicas, nos lleva a enfrentamientos y discusiones, a veces insondables, en detrimento de los y las pacientes.

Nos preguntamos si esto se traslada a otros campos del hacer interdisciplinario.

Para eso, en esta ocasión les preguntamos a diferentes

profesionales en relación a lo particular de su quehacer. Agradecemos especialmente al Dr. Daniel Del Cogliano, Lic. en Astronomía; a Gabi Goldberg, directora, coreógrafa, actriz, docente y a la arquitecta Gabriela Orsini.

Irene Scherz | Oscar Cott

¿CÓMO LLEVA A LA PRÁCTICA EL TRABAJO CON OTROS/AS PARA EJECUTAR UN PROYECTO DE TRABAJO?



Prof. Dr. Daniel Del Cogliano

Lic. en Astronomía
Profesor Titular - UNLP

Para responder a esa pregunta les voy a comentar acerca del Escaneo Laser para hallar Enterramientos Clandestinos.

La participación de grupos universitarios en la búsqueda de soluciones a distintos problemas de la sociedad es histórica, pero en nuestro país se ha visto sensiblemente incrementada en las dos últimas décadas. En el ámbito académico se las conoce como “actividades de transferencia” y aunque se las considera uno de los tres pilares de la Universidad, junto a la docencia y la extensión, ha costado mucho que algunos sectores de la ciencia la reconozcan y la incorporen como parte del

quehacer de un importante grupo de científicos e investigadores.

Es cada vez más evidente que cuestiones de gran impacto en lo cotidiano, como la elaboración de una nueva vacuna o la construcción de un satélite artificial, requieren de investigadores muy calificados, aunque el producto a obtener no represente por sí mismo un avance en el conocimiento de ciencia básica. Estas actividades implican que los científicos se involucren con el medio productivo y muchas veces con el Estado a nivel nacional o provincial.

En nuestro caso, actualmente

estamos colaborando y aportando soluciones para el “Equipo Argentino de Antropología Forense (EAAF)”;

una Sociedad Científica sin fines de lucro y uno de los organismos no gubernamentales más prestigiosos de nuestro país.

Personalmente, lidero un grupo de astrónomos, geofísicos y agrimensores de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) en el área de la Geodesia; ciencia que estudia las dimensiones y forma de la Tierra, y su Campo de Gravedad. Hace unos 10 años comenzamos a trabajar con una nueva tecnología basada en el escaneo de superficies con luz Laser conocida como LiDAR (Light Detection and Ranging). Estos dispositivos están compuestos básicamente por un escáner que dispara un millón de pulsos de luz Laser por segundo y los distribuye sobre los objetos de interés. El mismo sensor registra los puntos donde cada haz de luz fue reflejado y el resultado es una nube de puntos con coordenadas espaciales (3D) de muy alta precisión. Es lo que denominamos un “modelo 3D” de la realidad visible. En consecuencia, las aplicaciones son muy variadas.

Podemos obtener el modelo tridimensional de un “termo”, de un “auto” o de “la superficie de un terreno de 5000 hectáreas”. Por cierto, los pequeños objetos se miden con instrumentos del tamaño de una cámara fotográfica, mientras que las grandes extensiones de terreno se registran desde un avión que

lleva un poderoso sensor LiDAR. Una propiedad muy importante del LiDAR aéreo es que permite ver el terreno y los objetos que están abajo de los árboles. Por eso, el Equipo Argentino de Antropología Forense (EAAF) se puso en contacto con nuestro grupo de la UNLP para que utilicemos esta tecnología en regimientos y ex predios militares, donde sospechan que pueden existir enterramientos clandestinos de la última dictadura militar argentina aún no hallados.

El LiDAR aéreo nos permite representar con mucho detalle el suelo actualmente oculto por los bosques. Luego, a partir de un análisis riguroso del terreno buscamos y detectamos depresiones de 5 cm o más profundidad, que se corresponden con el tipo de huella que deja en el suelo una antigua fosa clandestina. En la mayoría de los casos, la búsqueda está dirigida a enterramientos de muy pocas a varias personas.

Durante los últimos 2 años hemos relevado desde el aire varios sitios en todo el país, como Campo de Mayo (Buenos Aires) y La Perla (Córdoba). Ya disponemos de gran parte de los resultados y continuamos analizando el resto.

Los rasgos detectados son compartidos luego con los antropólogos del EAAF, con los que realizamos a posteriori ingresos al campo para el reconocimiento visual de cada evento. A partir de eso, se

decide si se procede o no a la excavación del rasgo.

Este trabajo implica también un intercambio muy especial con los organismos de derechos humanos, familiares y, en particular, con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. En esta línea, he realizado decenas de conferencias destinadas fundamentalmente a familiares de desaparecidos.

Por otra parte, todos los casos tienen un marco legal, ya que forman parte de causas en los juzgados federales. Es así, que he mantenido varias reuniones con los jueces que tienen a cargo estas causas. En síntesis, estas “actividades de transferencia” desde la UNLP, implican un muy rico intercambio con sectores diversos como científicos de distintas especialidades, entes de gobierno, grupos de familiares de víctimas de la última dictadura y la sociedad en general.

Para ir finalizando vale mencionar que esta tecnología la estamos aplicado además en el sitio arqueológico conocido como “El Shincal de Quimivil”, en la provincia de Catamarca. Allí estamos trabajando con un grupo de arqueólogos, también de la UNLP, y ya hemos detectado decenas de estructuras incas, hasta ahora ocultas por la vegetación.

Proyectamos además, la identificación de cráteres meteoríticos en la zona de Campo del Cielo (Santiago del

Estero y Chaco), donde hace unos 4000 años cayó una lluvia meteórica de características únicas para nuestro planeta.



Gabi Goldberg

Directora- Coreógrafa
Actriz- Docente

Si pienso en la dirección de una obra de teatro:

Lo primero es encontrarnos para conocernos. Plantear claro el objetivo, los roles, como serán los ensayos para asegurar la disponibilidad y el compromiso de tod@s.

Luego la lectura de la obra. Abrir la posibilidad para que cada un@ imagine desde su rol. Me gusta mucho el trabajo en equipo. Me parece maravillosa la posibilidad de estar con otr@s para llegar a un objetivo

y donde cada uno desde su saber, pueda aportar para la construcción de la obra. En una obra puede tener más o menos protagonismo un área que otra. Por ejemplo: puede tener más texto que canciones o más coreografías, etc, un actor o actriz más protagonismo que otr@ y tal vez puede haber algún momento complicado.

Lo importante es saber que cada un@ cumple un rol por el cual fue elegido para llegar al objetivo.

Ahí aparecemos nosotr@s l@s directores que tenemos claro a dónde queremos llegar y hacia ahí llevaremos a tod@s para después festejar el logro en el escenario.



Gabriela Orsini

Arquitecta de la UBA. Magister en Desarrollo Local por la UNSAM.

El ejercicio profesional de la arquitectura se desarrolla con la necesaria participación de múltiples actores y de diversas disciplinas y saberes y el desafío principal con el que me encuentro al momento de liderar un proyecto de trabajo es el de formular una propuesta de servicios profesionales que interprete las necesidades y expectativas del comitente y que le aporte la certeza de que la misma reúne las mejores condiciones para desarrollarla según el marco legal vigente.

Para lo cual la conformación del equipo de trabajo es fundamental, no solo en cuanto a su experiencia profesional para dicho proyecto sino también que su práctica profesional esté alineada con los valores y misión del estudio y/o institución convocante como así también las visiones y/o requerimientos del comitente.

Considero sumamente importante definir alcances, responsabilidades y entregas de avance en tiempo y forma para lo cual, construir el espacio y el tiempo para la comunicación y favorecer e incentivar la interacción es fundamental ya sea que me toque liderar el proyecto de trabajo o que forme parte del equipo profesional.

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 y Delegadas:

Héctor Darío Gigena y Violeta Werner (Hospital Alvear); Mariela Miranda y María Gabriela Siri (Hospital Argerich); María Fernanda Suarez López, Irma Jesús Zurita y Mariel Almecija (Hospital Álvarez); David Alejandro Zapata, José Ignacio Lohigorry, Marina Fernanda Pambukdjian y Mariana Fariña (Hospital Borda); Julio Romero y Cristina del Castillo (C.S.M. N°1 Dr. Hugo Rosarios); Alberto Ariel Farji y Mirian Mónica Dios (C.S.M. N°3 Dr. Arturo Ameghino); Ignacio José Mosquera (EAIT); María Alejandra Perafán y Viviana Ethel Carballido (Hospital Fernández); María Florencia Burghardt (Hospital Grierson); Cecilia Inés Bori y Mónica García Barthe (Hospital Gutiérrez); Juan Pablo Mattarucco y Sergio Marcelo Ortiz (Ministerio de Salud GCABA); Perla Cativa Tolosa y Alejandro Luis Santamaría (Hospital Muñiz); Analía Palazzo, Verónica Lorena Del Bueno, Marina Nélica Trejo y Stella Maris López (Hospital Moyano); Viviana Castaño Gómez y Florencia Tropeano (Hospital Penna); Denise Pinus y Roxana Mabel Mascali (Hospital Piñero); Lorena Piñeiro y María Gabriela Ballester (Hospital Pirovano); Karina Sandra Dabul y Viviana Teresa Jalife (Hospital Ramos Mejía); Paonessa, Silvia Graciela y Gonzalez, Juan Carlos (Hospital Rivadavia); Andrea Mariana Berra y Alicia Beatriz Collazo (Hospital Santojanni); Irene Viviana Scherz, Elsa Regueira, Luis Ramón Moreyra y Silvina Consolo (Hospital Tobar García); Julieta Paula Trunzo y Desiree Pretzel (Hospital Tornú).

¿Querés formar parte de la próxima publicación? Tema de la 4ta. Edición: Relatos de la Clínica

Condiciones para la Presentación:

- Trabajos en Word o Pages
- Mínimo 3 páginas, máximo 4
- Letra Arial 11.
- Interlineado 1 1/2.

Enviar por email a: 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.



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

TRANSMISIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE ASAMBLEA HOSPITALARIA¹

HOSPITAL BRAULIO A. MOYANO

¹ Presentación de trabajo en III Jornadas de Residentes y Concurrentes de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Braulio A. Moyano “La formación en el hospital público”.

**Georgina Micaela Perez Barone**

Psicóloga ex-concurrente
(2016-2021)
Hospital Braulio A. Moyano
Prof. Lic. en Psicología (UBA)
Mail: lic.perezbarone@gmail.com

**Lucila Ortega**

Psicóloga ex-concurrente
(2016-2021)
Hospital Braulio A. Moyano
Prof. Lic. en Psicología (UBA)
Mail: lucilao87@hotmail.com

*"Las asambleas servían para tratar a las
pacientes como seres humanos, luego de muchos
años de vida asilar."*

— Enrique Carpintero

Este trabajo surgió a partir de la necesidad de transmitir nuestra experiencia en las asambleas del servicio, en el cual iniciamos nuestra práctica como concurrentes.

Una vez decidida la temática del escrito, nos encontramos frente a cierta dificultad a la

hora de encontrar bibliografía e información pertinente sobre asamblea en hospitales, ya que parecería no ser un área demasiado abordada. A lo largo del trabajo nos basamos principalmente en textos provenientes de distintos autores del área de la psicología y la sociología.

Este escrito fue realizado en un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires. Gira principalmente en torno a nuestra experiencia como coordinadoras de las asambleas mensuales que se organizan en dicho servicio. Se brindará inicialmente un esbozo sobre el concepto de asamblea, desde

una noción más general hacia lo particular de nuestro recorte. Destacaremos luego tres fases de la misma, puntualizaremos posteriormente el trabajo realizado en las mismas y los efectos que este dispositivo produjo.

La Asamblea

Desde el diccionario de la Real Academia Española, encontramos distintas acepciones del concepto de asamblea. Entre ellas citamos la siguiente: *“Reunión de los miembros de una colectividad para discutir determinadas cuestiones de interés común y, en su caso, adoptar decisiones”*.¹

Dentro del campo de la salud mental, se ha implementado el dispositivo de la asamblea como forma de intervención que posibilita cambios tanto en pacientes como en aquellos y aquellas trabajadores y trabajadoras que forman parte de la institución con sujetos afectados y afectadas por cuadros psicopatológicos de alta complejidad. Las asambleas tienen como antecedente las reuniones de pabellón y concejos de pacientes que comienzan a realizarse en los hospitales psiquiátricos, ocupándose principalmente de aspectos organizativos de la vida en la internación e incorporando poco a poco más funciones y responsabilidades (Becker Klavin, 2011).

Actualmente la asamblea se configura como una reunión, que concierne a la totalidad de los y las integrantes del servicio. Se parte de la premisa que todos y todas participen de la deliberación, discusión y debates de cualquier situación o ideas. Esta modalidad contrasta con la situación vivida anteriormente en los hospitales psiquiátricos por los y las pacientes, en la que sus opiniones se consideraban intrascendentes, recibiendo poca o nula información sobre su tratamiento y decisiones relativas al mismo (Becker Klavin, 2011).

Se considera a las asambleas, junto con las cooperativas, asociaciones, mutualidades, corporaciones, sociedades, etc. como la base de las organizaciones llamadas democráticas. Las asambleas y reuniones confieren, por lo tanto, sentido social, comunitario y cooperativo a la autogestión de cualquier colectivo (Lorenzo y Martínez, 2005).

Según Foladori (2012):

“La asamblea general es el espacio dentro del proyecto institucional quizás más importante y se hace cargo del aspecto “socioterapéutico”. Esto quiere decir que posibilita pensar el lugar que cada uno ocupa en la estructura de la institución, problematizando los roles y funciones, con el fin de producir cambios en las relaciones sociales que se establecen dentro del colectivo.” (p. 59).

Las asambleas, como espacio activo de comunicación formal

propician un lugar al grupo para exponer y resolver aspectos relacionados con la convivencia, facilitando la comunicación, la expresión de sentimientos y la resolución de conflictos con la guía del equipo (Arnau Comas, 2010).

En relación a la psicosis Marchant (1987) señala que:

“El objetivo genérico de la asamblea comunitaria está constituido por la constante apertura de posibilidades de locución como forma de romper el monólogo narcisista del psicótico. Se establece, de tal manera, un diálogo que tiene eficacia en la resolución de los síntomas, se favorece la expresión (...) y se lo induce a decir “yo”, lo que lo introducirá en una relación verbalizada con el mundo” (p. 38).

La asamblea: nuestra experiencia

Las asambleas de la cuales participamos tienen lugar los últimos miércoles del mes, en el comedor del servicio, en un horario pautado y se encuentran invitados e invitadas a participar todos y todas los y las miembros del mismo. De esta manera, se establece el encuadre. Generalmente participan las psicólogas, enfermeras y pacientes. La convocatoria se realiza a partir de carteles ubicados en distintos espacios del servicio, la cual se refuerza el mismo día de manera oral, minutos antes de dar comienzo a la asamblea.

Las temáticas surgen a partir del discurso de las pacientes. Estas suelen tratar acerca

¹ Definición extraída de la página web: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=a-samblea>



Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Aurelio Moyano (Wikipedia)

de: limpieza, división de tareas en el servicio, cooperadora, mobiliario, medidas de cuidado respecto del cigarrillo, arreglo de ropa, problemáticas en relación a las comidas y alimentación, entre otras.

Teniendo en cuenta las características de la población participante en la misma, Foladori (2012) sostiene que existen dos formas de posicionarse e intervenir ante eventuales sucesos como manifestaciones delirantes, acciones disruptivas, discursos inconexos y descontextualizados. En la primera, se reubica en un rol a aquellos que exceden ciertos límites que amenazan el funcionamiento de la Asamblea, no otorgando un espacio para aquellas expresiones. La segunda postura considera

este dispositivo como un espacio abierto, que incluye las presentaciones espontáneas que pueden surgir, garantizando que el encuadre cumpla su función como tal.

Para el presente trabajo nos basaremos en una experiencia en particular donde nosotras nos encontramos coordinando la asamblea. Retomando estas dos posturas, pensamos el abordaje de manera mixta en tanto sostenemos que las intervenciones dependen de la situación en particular. No las consideramos como pares oposicionales sino más bien, inclusivas entre sí.

El día de la asamblea nos acercamos a las pacientes unos minutos antes del inicio para comenzar la convocatoria. Algunas de ellas se mostraban

colaboradoras, incentivando a sus compañeras a reunirse en el comedor y ayudando a armar la ronda. Con respecto a este tipo de disposición del espacio, la abordamos según el modelo multidireccional o participativo. Éste garantiza que cada cual pueda ver de frente a los demás, promoviendo la participación de todos por igual (Lorenzo y Martínez, 2005).

Tras el inicio de la asamblea, lo que acontece durante la misma, se puede pensar desde tres fases que expone Horacio Foladori (2010): deliberación - decisión - normalización.

Durante la primera fase, se abre el espacio para que las pacientes puedan exponer aquellas temáticas conflictivas y de interés. Disponemos de esta manera el inicio, porque

pensamos el rol del coordinador como un “provocador-disparador y no propietario de las producciones colectivas; alguien que más que ordenar el caos del eterno retorno busca aquella posición que facilite la capacidad imaginante singular-colectiva” (Fernández, 2006, p. 158). Su papel no puede ser entendido como autoridad, sino más bien como aquel que estimula la actividad de los participantes. Si el grupo tiene dificultades para autorregularse será el coordinador quien asuma más firmemente esta responsabilidad, interviniendo cuantas veces haga falta, ayudando a dinamizar la asamblea (Fernández, 2006).

Algunas pacientes comenzaron a proponer distintas temáticas de forma demandante, entre ellas, destacamos las siguientes: “la colocación de cortinas de baño y reposición de vajilla”. Se toma registro de lo que va ocurriendo en la asamblea de manera que quede plasmado.

Una vez hecho el recorte, se comienza a discutir acerca de ello, dando lugar a la segunda fase. Se intenta acotar la demanda, interrogando sobre cómo y dónde conseguir estos elementos y su finalidad. De esto se desprende la importancia de la función de la cooperadora, señalando que, para poder obtener estos elementos, se necesita recaudar el dinero suficiente. Se explicó

entonces el mecanismo de funcionamiento de la misma, llegando al acuerdo de que debían colaborar entre todas para lograr satisfacer el pedido. Dado que “*la asamblea de comunidad no es un grupo de psicoterapia; pero tampoco es un parlamento*” (Marchant, 1987, p. 38), las demandas, pedidos y quejas son acotados trabajando en torno al recorte realizado, propiciando la toma de decisiones y de la asunción de sus consecuencias (Foladori, 2010).

Una de las pacientes propone entonces que se tenga un registro escrito de quienes aportan dinero a la cooperadora. Se interroga abiertamente sobre el acuerdo de dicha propuesta, la cual resulta ser aceptada sin inconvenientes.

Asimismo, emerge la noción de privacidad, dado que logra interrogarse en este punto una de las cuestiones que tiende a estar naturalizada en el servicio, es decir, la ausencia de cortinas tanto en la entrada de la duchas como en la ventana del sector. Se observa la posibilidad de realizar una diferenciación entre lo público y lo privado, registrando algo del cuidado del propio cuerpo.

Estas dos nociones permiten confrontar con la realidad, por un lado, al pensar desde dónde obtener el dinero para comprar los objetos demandados y, por el otro, habilita la inquietud por parte

de las pacientes acerca de su privacidad al momento de bañarse, ya que suelen circular hombres por el servicio (mantenimiento, cocina, limpieza), otras compañeras o distintos profesionales.

En este sentido Foladori (2012) sostiene que la Asamblea es un espacio de encuentro socio-político y socioterapéutico, donde los participantes puedan responsabilizarse de sus propios problemas que la vida cotidiana genera e instrumentar los mecanismos apropiados para darle solución, invitándoles a ser actores activos, y no pasivos, de su realidad. Se trata de que el paciente logre libidinar aquellos aspectos y procesos típicos de la vida social, como manera de revertir la “atrofia” de funciones que tienen que ver con el principio de realidad. Esto permite “*facilitar la toma de conciencia de que el paciente es parte y promotor del proceso grupal*” (Puget, 1982, p.92).

En este punto se produce una disrupción con la tendencia que tiene la institución en su organización también de consolidar la alienación y la segregación del paciente con padecimiento mental, naturalizando este tipo de cuestiones (Bleger, 1966). A consecuencia de esta visibilización que surge en la asamblea, tanto pacientes como profesionales de la institución pudieron correrse de cierta habituación de las modalidades de vida cotidiana

del servicio.

Al finalizar el debate se realiza un recorrido por los temas tratados, se buscan puntos de acuerdo y se realiza una síntesis de las resoluciones, entrando en la tercera fase, llamada *normalización*. A raíz de esto se puede indicar que la asamblea tiene una doble finalidad: psíquica y política. La primera podría funcionar como instancia de simbolización, abordando cuestiones que atañen la realidad, fijando un “cable a tierra” para todos los participantes, en especial los pacientes. La segunda finalidad tiene que ver con el ejercicio colectivo sobre la vida en común y el proceso que implica el análisis de situaciones puntuales que permiten arribar a decisiones como a sus consecuencias (Foladori, 2010).

Luego de la asamblea

Tras la finalización de la asamblea, a partir del registro tomado durante la misma, se confecciona el acta. Ésta es una crónica que permite conservar la memoria de lo acontecido a lo largo de estas reuniones.

Luego de la asamblea, se decide en conjunto armar una grilla en base a la organización de tareas. La misma, según Guattari (1987), consiste en confeccionar un organigrama sujeto a futuras modificaciones, donde cada paciente tiene un lugar en función de tareas regulares y de rutina. Se realiza entonces una tabla de doble entrada, que permite gestionar colectivamente las asignaciones individuales para las tareas y se realiza un

listado de colaboraciones a la cooperadora para recolectar el dinero necesario.

Se despejan dos efectos a partir de esta asamblea en particular. Por un lado un incremento en la contribución de dinero a la cooperadora del servicio y por el otro, temáticas o cuestiones relativas que algunas pacientes retoman en sus tratamientos individuales. Destacamos la importancia de lo plasmado en lo escrito, ya que parecería haber operado como estatuto de ley, lo cual se vio reflejado en los efectos que tanto la grilla, los carteles notificando fecha y hora de la asamblea, como el registro y la transparencia de quienes habían contribuido a la cooperadora, generaron.

Conclusión y algunas reflexiones

Luego del recorrido del presente trabajo, podemos concluir que a partir del espacio de asamblea se propició la posibilidad de articular las demandas y quejas (omnipotentes, mágicas) a una propuesta realista y posible. Este dispositivo brindó, a su vez, a partir de los señalamientos de distintas pacientes la posibilidad de tomar conocimiento de cuestiones de necesidad básica y funcionar como agentes de mediación con el fin de transmitir información en el servicio. Es importante destacar que la asamblea no se encuentra centrada únicamente en el nivel administrativo sino, orientada a producir efectos terapéuticos, a mejorar las redes comunicacionales y permitir que cada participante pueda desarrollarse como sujeto-

persona (Marchant, 1987).

En primer lugar, en relación al rol de nuestra experiencia como coordinadoras de la asamblea, sentimos previo al comienzo de la misma cierto temor de no poder sostener la cohesión del grupo y la consecuente disolución del mismo o posible desorden, dado que ambas concurrentes del servicio nos encontrábamos solas, ese día, para organizar y sostener la actividad propuesta. Sin embargo, para nuestra sorpresa el desarrollo de la asamblea se produjo sin mayores complicaciones, dentro de un clima de respeto mutuo, turnándose las participantes para tomar la palabra, pudiéndonos concebir como coordinadoras, dejándonos desplegar nuestro rol.

Por otra parte, nos llamó la atención la ausencia del personal de limpieza del servicio en las distintas asambleas realizadas, porque esta es una temática que suele surgir en el debate. Nos preguntamos entonces: ¿Por qué no forman parte? ¿Se consideran ajenos al mismo? ¿Se los convoca?

Este trabajo nos permitió abordar, retomar y procesar cuestiones que sucedieron en la experiencia y poder hacer un trabajo de elaboración simbólica.

Por último, dada las temáticas que surgieron, nos planteamos: ¿Quiénes pueden asumir la responsabilidad de los temas que surgen?, ¿Podríamos pensar la responsabilidad desde un conjunto?

02

**INJUSTICIA EPISTÉMICA Y SU
IMPACTO EN EL TRABAJO
INTERDISCIPLINARIO**

HOSPITAL TOBAR GARCÍA

02



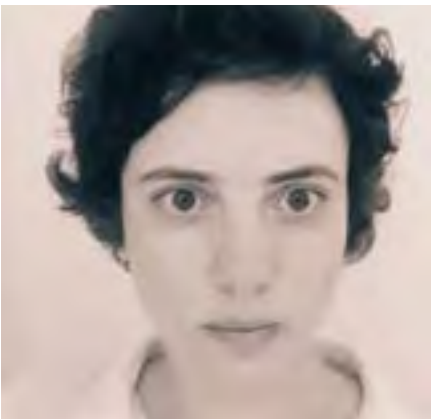
Lic. Estefania Szenejko

estefania_szenejko@hotmail.com

Psicoanalista. Concurrente del Hospital Tobar García. Diplomada en salud mental y DDHH. Docente de la Universidad Favaloro, UdeMM y Fundación Ciencias de Salud.

"La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos."

— Stolkiner. A



Lic. Mariangeles Bazzano

mariangelesbazzano@hotmail.com

Licenciada en Psicología de la UBA. Concurrente del Hospital "Dra. Carolina Tobar García". Profesora de Enseñanza Media y Superior en Psicología, UBA.

Pretendemos trazar líneas que marquen un trayecto de ideas y pensamientos a modo de propuesta y debate, priorizando la apertura que arman las preguntas, como motor de nuestra práctica. Las mismas nacen de interrogantes y supervisiones de nuestra experiencia/ práctica clínica tanto en el ámbito Hospitalario como en nuestro consultorio. Somos dos psicólogas, concurrentes del Hospital Tobar García, del servicio de consultorios externos y nos convoca e interpela el tema propuesto, puntualmente en la población infanto -juvenil, siendo la clínica del Hospital por la población recibida y la transferencia que se configura

entre la Institución y dichos pacientes, distinta a la que se puede generar en el consultorio privado así como los motivos de consulta y las problemáticas sociales. La vulnerabilidad, podría englobar los conceptos que se unen/anudan dándole un sentido a lo vivido con nuestros pacientes. Desigualdad, accesibilidad, dignidad, marginalidad, identidad social, y muchos eslabones más de una cadena que generan infinitos efectos de sentido.

Pensar algunas propuestas sobre cómo construir un intercambio epistémico diferente, articulado en torno a la noción de responsabilidad epistémica pensando/dejando

abierto nuestro trabajo a la idea de politizar, distinguiendo este termino de partidismos, el malestar que provoca la crisis en salud mental.

Muchas veces, el tema, o los temas que entrecruzan nuestro diálogo, son las imposibilidades. Las mismas, transformadas en falta de recursos, tanto materiales, como simbólicos, imaginarios, reales, familiares, contextuales, y muchos más. Hablamos de cómo los prejuicios, la lejanía, los viajes eternos de nuestros pacientes para llegar a Hospital, la falta de un CUD o la falta de una maestra integradora.

En relación a las trayectorias escolares de nuestros y nuestras pacientes y la falta de recursos de las familias que consultan (en la mayoría de los casos, no queremos caer en generalizaciones) cuando un diagnóstico psiquiátrico, o un niño “problema”, sienten que ese niño/niña no pertenece a la escuela, o si pertenece es muy difícil poder hacer algo con esa infancia que no es la esperada. Y en esta dificultad, pensamos que se comienzan a abrir preguntas que muchas veces son dilemáticas, ya que no presentan solo una respuesta. En este punto, comenzamos a pensar y reflexionar desde la interdisciplina y el dispositivo que armamos en el hospital. Si pensamos la población de nuestro hospital utilizando como uno de los ejes la desigualdad social, lo que aparece primero es la accesibilidad y la dignidad, como plantea Michalewiz, 2011: “la accesibilidad constituye el

extremo más deseable de ingreso al sistema de salud, es decir el de la posibilidad de acceder; existe un extremo poco o nada deseable que serían las “barreras”. Estas pueden clasificarse de acuerdo a las siguientes dimensiones: geográficas, económicas o financieras, organizacionales y culturales o simbólicas. A su vez el concepto de dignidad, cuyo cumplimiento forma parte de las estrategias para la protección social en salud que promueve la OPS, significa que la atención en salud se brinde con calidad y en condiciones de respeto a los derechos y a las características raciales, culturales y económicas.”

Nos resuena la última frase, que “la atención en salud se brinde con calidad y en condiciones de respeto a los derechos y a las características raciales, culturales y económicas” Agregamos: “y derecho a que el conocimiento no sea solamente la transmisión de un diagnóstico, sino que tenga un valor particular y significativo para cada sujeto que consulta, en cualquier situación en la que se encuentre, pueda ser escuchado y no solo nombrado por una nosología clínica”. Entonces, cuando se irrespeta, lo dicho anteriormente, hablamos de injusticia epistémica, Fricker, 2007 la define como: *un tipo de daño que las personas pueden sufrir en su condición específica de sujetos de conocimiento, que dentro de un contexto poco amable, el conocimiento, epistemológicamente hablando, quedaría por fuera.* Por lo tanto, la aplicabilidad de este concepto en la salud mental no ha sido tan explorada a pesar

de que la identidad social de las personas con sufrimiento psíquico está potencialmente sujeta a un mayor grado de descrédito, así como a la intersección con otros ejes de desigualdad social.

El prejuicio se hace manifiesto en: “las exclusiones epistémicas que se caracterizan por impedir la entrada a la comunidad de informadores, es algo central a las políticas de la vida epistémica real. La exclusión de hecho marca una forma común de injusticia testimonial: aquellos grupos sociales que están sujetos a prejuicios de identidad y, por tanto, son susceptibles de déficit de credibilidad injusta, por lo mismo, también tenderán simplemente a no ser consultados para que participen con sus ideas, opiniones y juicios de valor. Este tipo de injusticia testimonial ocurre en el silencio. (Fricker, M. 2007).

Fricker, deja en claro, lo que suele observarse y vivenciarse en varias ocasiones/situaciones de salud mental. El descrédito a la palabra, al discurso, a la realidad subjetiva, a lo que aconteció para el paciente desde su posición subjetiva y particular. Pensamos que este tipo de injusticia, suele abarcar todos los estratos sociales, incluidas las poblaciones de riesgo cuando denuncian frente a la justicia, y ahí nos introducimos en un tema álgido como la “verdad”, que para nuestro campo dentro de un marco teórico puede construirse, historizarse, etc., pero dentro de un campo legal, tiene un anclaje muy distinto.

Quizás nuestro trabajo desde el análisis no sea pensar el relato con categorías jurídicas sino habilitar un espacio para que algo del sufrimiento subjetivo pueda ser aliviado.

Pero en relación a lo que planteamos, y retomando la idea de la exclusión en los grupos sociales vulnerados, lo podemos analizar a partir de lo que plantea el sociólogo Robert Castel, al referirse a factores que previenen el deslizamiento de las personas en la vulnerabilidad, da una importancia central a la inserción social del individuo, la cual depende al mismo tiempo de su inscripción en la familia y en una red relacional más amplia. Según este autor: *“las poblaciones [...] no solamente están amenazadas por la insuficiencia de sus recursos materiales, sino también fragilizadas por la labilidad de su tejido relacional.”* Ante un escenario social caracterizado por la labialización de los vínculos familiares y comunitarios, con la consecuente imposibilidad de las familias de contener a sus miembros más débiles, el alojamiento en instituciones como los hogares/consultorios/ser escuchados se constituye en casi la única respuesta existente para la situación particular de cada consultante. Pensamos y abrimos muchas veces entre compañeros el debate, de que la articulación de la escuela y el hospital, está excluida, y debería ser algo central para los pacientes y principalmente para nuestra práctica. *“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”, dice Agamben, y nosotras estamos en total concordancia con esta idea, ya que la interdisciplina, no solo entre profesionales si no entre dispositivos, es necesaria para la práctica en SM, tanto en infante como con adultos. Entramar, anudar, hacer lazo entre nuestros pacientes y los espacios de pertenencia, resulta fundamental, para que su testimonio, discurso, historia o relato, sean alojados y circulen, sin ser expulsados o no tenidos en cuenta.

Propuestas en relación a la Responsabilidad epistémica.

Cuando pensamos/debatimos, propuestas sobre cómo construir un intercambio epistémico diferente, articulado en torno a la noción de responsabilidad epistémica dejando abierto nuestro trabajo a la idea de politizar el malestar que provoca la crisis en salud mental, proponemos que:

1.El desconocimiento de la sociedad/población sobre temas relacionados con la salud mental, la psiquiatría, se transforma en temor, y se expresa como modos de exclusión que se suman a las diversas y dolorosas situaciones que deben atravesar las personas que sufren algún tipo de problemática mental. Exclusión de su familia, abandono de trabajo, de grupos de amigos, del colegio, siendo solamente algunos ejemplos.

El desconocimiento, la falta de información/herramientas.

2.Los conflictos epistemológicos dentro del propio campo de la Salud Mental y las implicancias y consecuencias que dichos conflictos generan en las trayectorias y en los recorridos institucionales de las personas en tratamiento.

3. Pensar en la epistemología en Salud Mental, en la manera en que pensamos lo que conocemos y qué implicancia tiene en el alivio o incremento del sufrimiento subjetivo, es una tarea a la que todos y todas los profesionales tenemos que estar convocados y orientados.

Ambas pensamos y compartimos, que los puntos que planteamos se relacionan con la falta de conocimiento, información, promoción, prevención, sobre muchos temas y también en relación a un cambio de abordaje/trabajo en salud mental. Entendemos que el conocimiento es una herramienta que si no está, no permite que se tomen decisiones basadas en información, para que los sujetos puedan decidir y no haya otro/s que decidan/elijan. A su vez, que la información circule y sea parte de cada uno de los profesionales que forman parte de un equipo, institución, ámbito escolar, laboral, etc, para que en cada intervención/abordaje/escucha/o alojamiento no haya un vínculo saber/poder, sino un lazo donde el que requiere o solicita pueda construir con otros una realidad/historia distinta.

**CUANDO LA INTERDISCIPLINA
DEFINE UNA PRÁCTICA:
LA PSICOLOGÍA PERINATAL Y EL
VALOR DEL TRABAJO EN EQUIPO**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDA

La psicología perinatal es, tal como explica A. Oiberman (2005), "Un área de la psicología (...) que abarca el momento del embarazo, parto, puerperio y primeros meses de vida del niño".

La psicología perinatal, como área delimitada dentro de la psicología tiene especificidades que le son propias.

En primer lugar debe tenerse en consideración que no se trabaja con un único o única paciente, sino que abarca díadas-tríadas y se centra a su vez en el trabajo sobre dichos vínculos. Oiberman (2006) explica, acerca del campo de estudio de la psicología perinatal: "abarca el embarazo, parto puerperio y los primeros meses de vida del niño y trabaja con dos sujetos: la madre puerpera y el niño" (pág. 23). En segundo lugar, debe poder pensarse que se trabaja con un encuadre que es flexible y podría decirse, con un consultorio que es "móvil": intervenciones y entrevistas pueden sucederse al pie de una cama en una sala de obstetricia de alto riesgo o en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales junto a una madre y la incubadora que acoge a su bebé, en un lactario, en un cuarto de un espacio hospitalario como puede ser una residencia de madres, entre otros escenarios. Esa flexibilidad también se ve en la práctica: las intervenciones son artesanales, "a medida" para cada familia, con base en el respeto por la subjetividad y el entendimiento de que cada familia representa un universo particular y singular.

Además, y sobre este punto se hará foco en este trabajo, es una

disciplina que trabaja a la par de otras y enlazada a ellas: *la interdisciplina la define* y el trabajo en equipo es requisito. En este sentido, se trabaja codo a codo y a sabiendas de que, muchas veces la demanda no viene dirigida de parte de un o una paciente sino de un o una colega que escucha, observa y con agudeza en su ojo clínico deriva al profesional de salud mental. Además, dado que es una disciplina que no trabaja con un único sujeto sino también con los vínculos, podría pensarse que la interconsulta puede llegar tanto de obstetras, dedicados al cuidado de la embarazada como de pediatras, neonatólogos/as o enfermeros/as a partir de observaciones de la madre y/o del vínculo entre ésta y su bebé o bien de cuestiones propias de la configuración y dinámica familiar. En todos esos escenarios es preciso para el psicólogo o la psicóloga perinatal compartir un lenguaje con el equipo médico con el que, a la par, trabaja y también compartir y respetar los tiempos y dinámicas propias de los servicios en los que se inserta, siendo importante el respeto por el encuadre, por la delimitación de saberes y funciones y la alianza que nace de la interdisciplina (y a la vez la posibilita en la práctica). Cabe mencionar que, algunas veces, el psicólogo o la psicóloga perinatal hará de puente en la comunicación entre el o la paciente y el equipo de salud, cuando sea necesario. Algunas veces al psicólogo o psicóloga perinatal le tocará la tarea de "sostener al que sostiene, cuidar al que cuida" y brindar un espacio para la palabra de los y las integrantes del equipo de salud que lo precisen. Algunas otras le será propia la



Jazmin Alfie

jazalfie@gmail.com

Lic. en Psicología.
Psicóloga con orientación perinatal. Concurrencia completa en el Hospital Materno Infantil Ramón Sarde (2016-2021). Miembro y vocal del capítulo "Clínica en Salud Mental Perinatal" AASM. Miembro FUNLARGUIA.

función de acompañar a profesionales de otras disciplinas en el manejo y transmisión de la información al paciente: en el informe de diagnósticos, pronósticos y devoluciones médicas y brindar (se) con su presencia para ese o esa paciente que recibe la información (y siente) (y piensa). González y Ramírez explican sobre esto: “El profesional de Salud Mental cuenta con recursos para evaluar los efectos de dicha comunicación (...). Este rol de enlace es bidireccional, se dirige a la paciente y su familia, pero al mismo tiempo a los distintos interlocutores que participan de este abordaje lleno de desafíos que representa la asistencia (...)” (pág. 6). Allí también será de importancia la inserción del psicólogo o la psicóloga perinatal y siempre: trabajando en equipo y en alianza.

Desde el Hospital Materno Infantil Ramón Sarda se creó el Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), paradigma que rige la asistencia brindada a los y las pacientes de la institución y que fue replicado en numerosas instituciones en la República Argentina. Para la elaboración de este trabajo se toma como base al Modelo MSCF. Desde allí, como paradigma, se piensa la atención en salud perinatal incluyendo aquí a la salud mental perinatal. La guía de MSCF explica sobre la adopción del Modelo: “Supone iniciar un proceso de transformación de la maternidad que implica, entre otros cambios, la modificación de la cultura de la organización”.

En este sentido, será importante el valor que se da al trabajo

interdisciplinario en la cultura organizacional de cada efector para una atención integral en perinatología.

El psicólogo y la psicóloga perinatal en la interdisciplina

Ahora bien... ¿Qué hace un psicólogo o una psicóloga perinatal en una maternidad? ¿Sobre qué trabaja? Seguro en un primer tiempo, tal como explican González y Naddeo (2007) (sobre las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales) su función será: “hacer lugar a la palabra”... ¿Y en qué ámbito se inserta? Al pensar esta pregunta surge una palabra como respuesta: en el campo de la Interdisciplina.

El modelo de MSCF consta cinco ejes representando los principios/pilares que rigen la atención y diez pasos que reflejan las distintas etapas e instancias de la atención a la mujer, su hijo/a y su familia: desde el primer contacto de la embarazada con la institución hasta la instancia del alta y seguimiento los ejes planteados en MSCF atraviesan la atención de la mujer, su hijo/a y su familia.

En la clínica hospitalaria el psicólogo o la psicóloga perinatal participa de inicio a fin en todas las instancias de la atención a la embarazada y puerpera, con la familia y el recién nacido: a través de la interconsulta de obstetras y obstétricas que detectan signos de alarma en el control prenatal, de obstetras y enfermeros/as en la internación obstétrica de alto riesgo ó bien en sala de partos, de neonatólogos/as y enfermeros/as en internación conjunta o en la internación neonatal o en controles de pediatría. Esto implica, en la prác-

tica, la necesidad de trabajar en conjunto con profesionales de disciplinas diversas. Incluso a veces el trabajo implica la alianza y cooperación de personal que no es propio de salud pero que sí cumple un rol fundamental en la institución sanitaria: personal de seguridad, personal de registro civil, personal administrativo en sector de “turnos”, etc.

Ocurre que en cada una de estas instancias, el psicólogo o la psicóloga en el campo perinatal debe verdaderamente “trabajar en equipo”: la interdisciplina no es una premisa teórica sino una característica diaria del trabajo clínico.

La inserción del psicólogo o la psicóloga perinatal en el conocido “pase de sala” y su presencia en salas de internación (internación conjunta, internación neonatal, internación obstétrica) son instancias de suma relevancia para lograr lo antedicho.

Por un lado el psicólogo o la psicóloga perinatal se inserta en un campo que excede el “psi”, accediendo a un lenguaje, a códigos y dinámicas de servicios hospitalarios (y disciplinas diferentes): al compartirlo y convivir, se vuelve parte (desde su lugar y especificidad propia) de un espacio común y esto habilita a trabajar a la par.

Por otro lado, a nivel institucional se construyó un lugar de saber para el psicólogo o la psicóloga (desde la mirada de sus colegas de salud) en tanto se sabe de su labor y se la requiere: se conoce y se valora lo que hace, dónde y cuándo interviene y en qué medida su intervención con-



Hospital Materno Infantil Ramón Sarde (PH: www.sarda.org.ar)

tribuye a la atención integral y a una división clara de funciones y tareas, en la que queda delimitado lo que cada uno/a de los/as integrantes del equipo puede/quiere/debe aportar para el bienestar del o la paciente.

Por último, vale la pena mencionar el crecimiento de la psicología perinatal como rama de la psicología en sí misma y en su especificidad: esto también tiene un rol importante en la concientización de temas de salud mental perinatal y por ende en el trabajo del psicólogo o la psicóloga perinatal “en equipo” con sus colegas “no-psi”. En esta línea cabe resaltar que hace ya algunos años en nuestro se conmemora en el mes de mayo el día de la salud mental materna, iniciativa que contribuye a la visibilización de temáticas de salud mental perinatal y por tanto del rol del psicólogo o la psicóloga perinatal para abordarlas. Podría pensarse si el hecho de que otras disciplinas “no-psi” colaboran y contribuyen con la

concientización y sensibilización de estos temas es un factor que generaría menos estigmatización y más acceso a la psicología perinatal.

En conclusión, no puede pensarse la clínica en salud mental perinatal de manera aislada, como tampoco puede pensarse la atención en perinatología sin un abordaje psicológico y con miramiento por los aspectos psicosociales involucrados en estos periodos del ciclo evolutivo de la mujer y su familia. Así, el enfoque bio-psico-social de la parentalidad no es solo una conceptualización teórica: aquí, hoy y ahora se piensa a las mujeres, madres y niños/as desde una visión integral, de la cual la salud mental perinatal es parte.

Bibliografía:

- González, M.A.; Naddeo, S.J. (2007). Niños internados desde el comienzo de la vida. familia, internación neonatal y salud mental. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarde

- Languía, A.M; González. M.A; Solana, C.; Basualdo, M.N; Di Pietrantonio, E.; Bianculli, P.; Ortiz, Z.; Cuyul.A; Esand, M.E. (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. Buenos Aires

- Oiberman, A. (2005). Nacer y después: aportes a la psicología perinatal. Edición literaria a cargo de Juan Carlos Esquivel; ilustrado por Hector Osvaldo Perez. 1era edición. Buenos aires. JCE Ediciones.

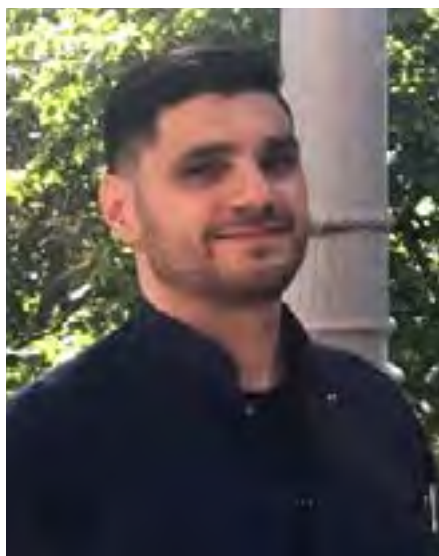
- Oiberman, A. (2013) Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal. Lugar editorial. Buenos Aires

- Oiberman, A.; Mansilla, M. El espacio de la clínica perinatal

- Valenti, E. ; Languía M. (2016). Perinatología Hoy y Mañana. González, M.A; Ramírez, M.R. Salud Mental y Prematurez. Ed. Ascune. Buenos Aires

**LOCURA Y LAWFARE:
LA JUDICIALIZACIÓN DE
LA SALUD MENTAL**

HTAL. INTERDISCIPLINARIO J. T. BORDA



Lic. David Zapata. Psicólogo

Lic. David Zapata. Psicólogo
 Psicólogo de guardia Hospital Borda
 Docente de la Facultad de Psicología de la UBA
 licdavidzapata@gmail.com

En la época de la hiperespecialización médica en la que el cerebro se ha convertido en el bastión de las neurociencias, la Salud Mental sigue apareciendo como una rebeldía compleja que no se deja agotar mansamente en una disciplina o saber, sino que toma el lugar de pivote articulador entre campos que de otra forma no tendrían ningún punto de comunión entre sí. En el presente trabajo, la locura de un lado y la Salud mental por otro, vuelven a posicionarse como los lugares que delatan una vez más estas dificultades, pero esta vez en el centro mismo de las legislaciones que pretenden abordarlas.

En los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, particularmente en el Hospital Borda, esta intersección legal del campo de la salud mental se presenta de un modo preocupante. Desde el inicio de la pandemia de

Covid19 hay un resurgimiento de órdenes de “internación” efectuadas por juzgados penales bajo el Art 34 Inc. 1 del Código Penal. Bajo la figura de “medida de seguridad”, se indica la internación compulsiva del sujeto en conflicto con la ley penal hasta que su estado de “peligrosidad” haya cesado, prescindiendo de la evaluación del equipo interdisciplinario de salud. El conflicto con la letra y espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 es grave.

II
 Hagamos un breve recorrido por las legislaciones que tienen una intersección en el campo de la Salud Mental, para tomar una noción más clara del gravísimo retroceso que estas medidas implican. El viejo Código Civil de Vélez Sársfield de 1871 dialogaba bien con el aún vigente Código Penal sancionado en 1922. En relación a las internaciones, este último

sigue planteando en su Art 34 Inc. 1:

No son punibles: 1º El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un **manicomio**, del que **no saldrá sino por resolución judicial**, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren **desaparecido el peligro** de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

Nuestro sistema penal de doble vía estipula la aplicación de penas o de medidas de seguridad. Esta última, sin

carácter sancionatorio, aplicada a sujetos inimputables tiene como finalidad la prevención y la curación del estado peligroso del sujeto, a través de la privación de la libertad o del recorte de determinados derechos. Estado de peligrosidad que Foucault denomina como “la sutura entre el discurso psiquiátrico y jurídico”. (Foucault, Michel. Los Anormales. 2007. Pág148).

Las medidas de seguridad, a diferencia de la pena aplicada a un sujeto imputable, son por tiempo indeterminado cesando cuando se declare judicialmente desaparecido el peligro o las condiciones de su peligrosidad. ¿Cuándo cesarían estas condiciones? Aún hay vigentes paradigmas que consideran que su propia subjetividad es la representante de la peligrosidad; qué hay personas en esencia peligrosas y personas que no. Se ha comprobado que bajo el nombre de “medida de seguridad” las privaciones de la libertad han sido más extensas que las de la propia pena, si esa persona hubiese resultado imputable.

Las medidas de seguridad se orientan a evitar la comisión de futuros delitos por parte de una persona –la que, en virtud de las características del hecho cometido, es considerada como posible autora de hechos delictivos-. Es ésta la única finalidad de las medidas. A diferencia de la pena, no se persigue con ellas producir ningún efecto estabilizador de normas en

la sociedad, ni el reproche al autor o la compensación de su culpabilidad. (Goyeneche, 2022)

Previamente a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013, la regulación de las internaciones estaba dictada por la Ley 22.914 que se apoyaba en el antiguo Código Civil de Vélez Sársfield de 1871. El cual en su artículo 482 rezaba; “el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial” (Código Civil de la Nación Argentina. 1869. Art 482). En la edición del año 1968 –cien años después del texto original- se amplía el criterio para disponer una internación, ya no solo a los dementes, sino también a los alcoholistas crónicos y toxicómanos, que no solo puedan dañarse a sí mismos o terceros sino que afectaran la “tranquilidad pública”. Si bien la policía podía disponer la internación de estas personas, el aval era dado por un juez. En el año 2015 el código Civil velezano fue modificado y en su consideración sobre las internaciones, remite directamente a la ley específica que las regula, es decir, la Ley Nacional de SM 26.657 y su decreto reglamentario, que en su Art 20 dice: “La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando

a **criterio del equipo de salud** mediare situación de **riesgo** cierto e inminente para sí o para terceros...” (Ley Nacional de Salud Mental 26657. Art 20)

III

Por lo expuesto se puede ver el incipiente camino de desjudicialización que el campo de la Salud Mental lentamente tuvo que recorrer hasta la sanción de la Ley 26.657.

La coexistencia de paradigmas opuestos dentro de la intersección de legislaciones contribuye a la estigmatización de los usuarios del sistema de salud, y genera efectos directos en las prácticas de los equipos asistenciales de los hospitales, que reciben estas órdenes de internación desde el fuero Penal debiendo amoldar su actuar entre distintos fueros. En el caso del fuero Civil, el equipo interdisciplinario podrá valerse de todas las herramientas de la Ley de SM para evaluar y decidir conforme a la conclusión del examen realizado, y en el caso de las órdenes del fuero Penal el equipo profesional deberá acatar la orden de internación del sujeto declarado peligroso e inimputable. Esta partición de los criterios que establecen las leyes, genera un campo de confusión y desconcierto representando un grave retroceso en las prácticas de salud. Algunas de estas órdenes presentadas a los equipos interdisciplinarios han concluido con profesionales procesados al negarse a avalar “internaciones judiciales” contrarias a su criterio y a la Ley 26.657, y con en personas internadas

sin necesidad alguna. Figuras como la de “incumplimiento de deberes de funcionario público”, “desobediencia” y “participación criminal” se han convertido en una forma de amedrentamiento judicial y condicionamiento en el actuar de los equipos de salud. Actualmente esta es la situación de varios profesionales del Hospital Borda.

IV

Desde hace tiempo se ha tomado el término de lawfare para dar cuenta de la modalidad de persecución política a través del armado de causas judiciales con apariencia de verdad y legalidad. A partir de lo expuesto podríamos extender este concepto al campo de la Salud Mental.

Continuamente distintos sucesos toman relevancia mediática e impulsan severos embates a la Ley de SM: Desde movilizaciones para pedir su abolición, con el apoyo de representantes de poderes que juegan sus mezquinos intereses y tergiversan mal intencionadamente el texto de la ley, hasta responsabilizarla de los desastres sucedidos. El eje común de esos discursos no solo es volver al encierro indefinido y unilateral sino también generar confusión y malestar social.

Los pedidos de “internación compulsiva” de los Juzgados Penales con la figura de “medida de seguridad” están en consonancia con estos discursos que reavivan la lógica manicomial, usufructuando el malestar desesperado

de pacientes y familias. Toman la inercia de discursos radicalizados que se han instalado desde hace tiempo en nuestro país y en el mundo en los que la segregación y la violencia son postulados centrales.

La construcción de una ley de salud mental con enfoque de Derechos Humanos es la lucha por vencer paradigmas estigmatizantes, que marcaron desde siempre la historia de la locura como la historia de la segregación del otro enfermo y peligroso. Hoy son las instituciones mismas de la justicia las que se suman a los embates, posicionándose como brazo disciplinador de dichos discursos.

Bibliografía

- Código Civil de la Nación Argentina (1869) Disponible en [en siguiente enlace](#)
- [Código Civil de la Nación Argentina \(2015\) Ley 26.994.](#)
- Código Penal de la Nación Argentina. (1984). [Ley 11.179.](#)
- Foucault, M (2007). Los Anormales. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Goyeneche, A. De las medidas de seguridad. [Disponible acá.](#)
- Ley Nacional de Salud mental 26.657. (2010) Disponible en el [siguiente enlace.](#)

Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda (PH:



ENTRECRUZAMIENTOS DISCURSIVOS FRENTE AL ABORDAJE CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CESAC 13

**Mariana Altieri**

marianab.altieri@gmail.com

Lic. en Psicología UBA. Especialista en Políticas Públicas para la Igualdad en América Latina CLACSO- FLACSO Brasil. Integra el Equipo de Niños del Centro de Salud y Acción Comunitaria N°13 dependiente del Área Programática del Hospital Parmenio Piñero. Integra el equipo del Programa en Psicoanálisis y Prácticas Socioeducativas en el Área de Educación de FLACSO Argentina.

**Sandra Edith Bueno**

sebueno66@gmail.com

Lic. en Trabajo Social USAL. Psicóloga Social Escuela de Psicología Social Dr. Enrique Pichon Riviere. Magister en Programa de Salud Social y Comunitaria Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina UBA. Trabajadora Social del Centro de Salud y Acción Comunitaria N°13 dependiente del Área Programática del Hospital Parmenio Piñero. Coordinadora del Equipo de Salud Mental y Área Social Osपोce. Miembro del Equipo Interdisciplinario del Equipo de Discapacidad y Salud Mental de Fideisalud-Osपोce Integral-Osen.

**Andrea Scherz**

andreascherz@yahoo.com.ar

Lic. en Psicopedagogía. Coordinadora del Equipo de Psicopedagogía del Cesac N°13 dependiente del Área Programática del Hospital Parmenio Piñero. Psicopedagoga del Oxford High School. Diplomada en Educación y Nuevas Tecnologías en FLACSO.

"la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrollable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos".

— Stolkiner, A. 1987, Pág. 313

El presente escrito se enmarca en el trabajo clínico que se realiza en el equipo de Salud del Centro de Salud y Acción Comunitaria N°13 del Área Programática del Hospital Piñero de la ciudad de Buenos Aires. El recorrido articulará el entrecruzamiento de los diferentes discursos disciplinarios en salud pública, a partir de la intervención con una familia que ingresa al Cesac por un pedido de tratamiento psicológico para un niño y que genera la articulación del trabajo entre psiquiatría, psicología, psicopedagogía y trabajo social. Caso clínico que da cuenta de aquellas presentaciones graves que ingresan a los distintos dispositivos institucionales y del quehacer profesional que requiere de una apuesta de trabajo en conjunto desde las distintas áreas de conocimiento para articular intervenciones.

Alicia Stolkiner (1999) plantea que en el caso de los equipos interdisciplinarios de los servicios de salud, la composición de los miembros va desde los campos de las disciplinas a los de las incumbencias y perfiles profesionales. En estos equipos lo interdisciplinario se manifiesta cuando la división de funciones y la pertinencia de cada saber se define en relación con el problema que convoca al trabajo.

Entre las preguntas que pueden orientar un trabajo posible figuran las siguientes: ¿Cuáles son los desafíos que nos presenta la complejidad de los abordajes en las instituciones?,

¿cómo articular el trabajo en los límites de cada disciplina?, ¿cómo ubicarnos ante la necesidad y las demandas de prácticas interdisciplinarias?

Problematizar las cuestiones que albergan las prácticas institucionales, y convocar a un nuevo modelo de trabajo interdisciplinario intenta no diluir la aportación específica de cada disciplina, dar cabida a la diferencia y abrir espacios en los que el contacto entre las mismas, con sus diferentes marcos conceptuales, recursos y herramientas, facilite la interrogación sobre los problemas sociales actuales y las prácticas que se llevan a cabo.

Para visualizar la aproximación a estas cuestiones podemos recurrir a una viñeta. La madre "B" de un niño de 8 años "A", ingresa al Centro de Salud solicitando asistencia para su hijo, quien tiene graves dificultades de conducta en el ámbito escolar y familiar (auto y hetero agresiones, crisis de excitación psicomotriz, fuertes enojos con los referentes adultos que lo llevan a escaparse del aula y del hogar en forma reiterada, etc) lo que redundaba a su vez en la imposibilidad de adquirir los aprendizajes "esperables" para el grado que cursa. "B" Se encuentra desbordada por la situación ya que se está separando de su marido alcohólico, quien ejerce violencia doméstica sobre ella, tiene una hija discapacitada con múltiples tratamientos en uno de los hospitales pediátricos de la ciudad, tiene dos hijos más en

edad escolar y una situación de extrema vulnerabilidad social.

Durante los primeros meses de tratamiento se acuerdan una serie de reuniones con los docentes y directivos de la escuela a la que "A" asistía, reuniones con los profesionales del Equipo de Orientación escolar del distrito, en las que se decide iniciar un trabajo que permita el establecimiento de un proyecto educativo acorde a los tiempos que el niño necesita para que pueda surgir su interés y consentimiento con la apuesta escolar.

Paralelamente se realiza una interconsulta con psiquiatría infanto juvenil del Cesac en la que se decide su seguimiento y posterior medicación, transformándose en una prescripción dinámica que fue acomodándose a los avatares sintomáticos de "A" y a los avances y retrocesos propios del espacio terapéutico.

Por otra parte, abrimos un espacio de consulta con los y las profesionales de Servicio Social quienes acompañaron a la familia en el proceso de viabilizar de la mejor manera posible sus problemáticas cotidianas ligadas a la situación de vulnerabilidad en la que se encontraban inmersos, trabajando en forma conjunta las entrevistas. Logrando desde esta especificidad articular con otros actores de manera interinstitucional, sumando distintas estrategias en pos de los recursos necesarios para alcanzar algún bienestar.

Se abrió así un espacio de

trabajo interdisciplinar, un lugar de colaboración, pero no subordinado uno a otro, diferenciando diferentes lugares de trabajo desde discursos heterogéneos, abriendo preguntas que pudieran problematizar nuestras intervenciones.

Hacia fines de la escolaridad primaria de "A" mientras cursaba séptimo grado, se derivó a Psicopedagogía para acompañar su trayectoria escolar y comenzamos a trabajar en forma conjunta. Paralelamente debido a que los equipos educativos no recomendaban su inserción en una escuela técnica (elección del niño), la psicopedagoga que atendía a "A" llevó adelante un trabajo de articulación con la escuela secundaria generando un abordaje conjunto entre salud y educación durante su primer año de escuela media.

Vemos que cuando hablamos de Interdisciplina, hablamos de una posición que de alguna manera nos exige básicamente reconocer la incompletud de las herramientas con las que contamos desde nuestro propio campo disciplinar. Frente a las presentaciones sintomáticas actuales, los perfiles profesionales que van desplegándose en los intercambios requieren situar nuestros límites y posibilidades, y demandan necesariamente la cooperación entre los profesionales que allí intervienen, en un intento de atravesar las propias fronteras.

El trabajo en el Cesac nos muestra cada vez la

necesidad de poner en diálogo las tensiones que van surgiendo en las prácticas, las dificultades para articular las intervenciones cuando aparecen discursos homogéneos. Implica de manera cada vez más presente el trabajo en conjunto y esto supone la consideración de nuevas maneras de trabajar, alejadas de la parcelación de la práctica profesional.

Durante los años que venimos trabajando con "A", hemos armado un abordaje familiar desde los diferentes campos disciplinares, en el que vamos rotando las intervenciones de acuerdo con las problemáticas que van surgiendo, mientras que "A" sigue sosteniendo sus espacios terapéuticos individuales.

Por lo tanto, la idea es de alguna manera pensar en un modelo de trabajo interdisciplinario que no elija diluir el aporte específico de cada disciplina en un discurso homogéneo, sino que, de cabida a las diferencias de cada una, con sus diferentes marcos conceptuales, recursos y herramientas. Donde se habiliten interrogantes que abran intercambios que faciliten el trabajo en equipo.

No es fácil, las múltiples problemáticas que atraviesan nuestros pacientes redundan en abordajes complejos, con avances y retrocesos que nos hacen preguntarnos cómo seguir por caminos tan sinuosos. Cuesta ponernos en marcha, intercambiar, decidir, aceptar que nos equivocamos, "barajar y dar

de nuevo". Pero acordamos que el trabajo interdisciplinario es una orientación frente a la complejidad de la tarea y es la posibilidad de bordear preguntas con otros, apostando a dejar de fragmentar nuestras prácticas como equipo de salud para generar redes y conexiones que permitan una atención integral de nuestros pacientes.

Bibliografía

- Stolkiner Alicia: "De interdisciplinas e indisciplinas" del libro *El Niño y la Escuela Reflexiones sobre lo obvio* comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.
- Stolkiner Alicia : "La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada* Año 3, No 10, Abril de 1999, Rosario.
- Zelmanovich Perla ... [et al.]; coordinación general de Perla Zelmanovich; Mercedes Minnicelli. "Resistidas y desafiadas: las prácticas en las instituciones entre demandas, legalidades y discurso" Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - FLACSO, 2020. Libro digital, PDF

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**