

# #Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos  
del Gobierno de la CABA

4ta Edición | Marzo 2023



PH: Marcela Sañores



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

# EDITORIAL

## Compañeras, Compañeros

La clínica es una herramienta fundamental en nuestra profesión, nos permite analizar y comprender las complejas dinámicas psicológicas que subyacen en la experiencia de nuestros pacientes, la naturaleza de sus conflictos y la consiguiente posibilidad de diseñar estrategias terapéuticas para acompañar a las personas en el proceso de abordaje y elaboración de los conflictos por sostener la existencia.

Nuestra posición como gremio en este punto es reconocer y sostener los tiempos que le dedicamos a nuestra práctica con cada sujeto y sabemos que "ese tiempo" que empleamos en el desarrollo de las consultas diarias en el sector público, no pueden ser definidos por agendas o sistemas informáticos, que lejos de aportar distraen y cosifican las consultas de nuestros pacientes.

El tiempo que las y los psicólogos le dedicamos a nuestras tareas en salud mental, les permite a los pacientes hablar de sus problemas, recibir la orientación adecuada y tener la posibilidad de establecer un vínculo transferencial con el/la profesional y la institución. Hacer lugar a la atención de los conflictos de los habitantes de la CABA, sin dudas mejora su calidad de vida y su capacidad para arreglárselas con la ansiedad y la angustia. Dedicar tiempo a escuchar a los pacientes es esencial, permite desarrollar un espacio donde expresar sus preocupaciones en un contexto donde el vínculo transferencial no sea definido por una agenda, un tótem o sigheos.

**Andrés Añón**

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

# RELATOS DE LA CLÍNICA

Narrando acerca de la Clínica, los psicólogos y las psicólogas construimos los fundamentos de nuestra práctica. La escritura produce anudamientos allí donde no los hay o son escasos.

Relatar tanto a través de la palabra en las supervisiones o en intercambios con colegas, como en la escritura del caso, tiene consecuencias en los y las pacientes, pero también en nosotros y nosotras como profesionales.

En nuestra cuarta edición compartimos con Uds. algunos de esos relatos y renovamos nuestra invitación a acercarnos sus experiencias.

**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). **Temática de la próxima edición: El sujeto y la Ley.**

## 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:

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 (Hospita-

tal Muñiz); Analía Palazzo, Verónica Lorena Del Bueno, Marina Nélide 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); Pao-nessa, 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).



**Dra. Silvia Tocco**  
silviamtocco@gmail.com

Médica. Psicoanalista. Escritora.  
Coordinadora de Cultivar la magia:  
supervisiones clínicas en diálogo  
con las artes. Niños y adultos.

Siempre me llamó la atención el momento de una transformación o de una revelación.

Podemos nombrarlo magia, epifanía, encuentro, pasaje (cómo no evocar los momentos de pasaje en la literatura fantástica de Cortázar), metamorfosis como la de la crisálida en la evolución mágica de una oruga hacia el estado de mariposa.

Cuando es tiempo, desde dentro hacia fuera, como los verdaderos nacimientos, se rompe la envoltura y asoman las alas. Dicen que para nacer, hace falta romper un mundo.

Los terapeutas asistimos, de tanto en tanto, a esos momentos.

Testigos asombrados de estar ahí, cuando una significación dominante cae y el paciente corta de un tajo la cuerda que lo sujetaba a la piedra, como

## LA PIEDRA VIVA

*“Lo que la oruga llama el final de su vida, las personas llamamos mariposa”.*

— Lao Tsé

Sisifo, y se libera un espacio donde abrirse a la invención de un nuevo orden para el mundo.

Christiane Singer cuenta esta historia:

"Un hombre viejo, un viejo rabino había venido a Viena a hablar sobre la tradición en un anfiteatro de la universidad.

Él era conmovedor, era estremecedor en su presencia y en su luz. Y en un momento de la conversación, una mujer le hizo una pregunta. Porque había esperado cincuenta años para regresar a la ciudad donde había nacido.

Esta pregunta valió una respuesta extraordinaria y este viejo hombre dijo: ¿Usted quiere de verdad que yo responda, Señora?

Yo soy un hombre viejo y pronto voy a morir y me he preguntado en la profundidad de mi ser, qué podría hacer para ayudar a este

mundo como va, qué podría hacer todavía en los días que me restan por vivir y la respuesta vino fulgurante.

No dejes ninguna huella de tu sufrimiento sobre esta tierra, si tú realmente quieres hacer alguna cosa por este mundo.

Entonces me dije: toda la vida he intentado transformar este sufrimiento de la última guerra en energía de vida y súbitamente un recuerdo vino. Cuando tenía 12 o 13 años fui agarrado por unos jóvenes nazis que me tiraron piedras y me dejaron en el suelo creyéndome muerto sobre un puente de la ciudad.

Y entonces esta mañana, ¿sabe Ud. lo que hice antes de que la vida recomenzara en esta ciudad?

Me dirigí a ese puente y acudí a reencontrar a ese niño que fui. Él estaba ahí y me esperaba. Lo tomé de la mano y lo traje

de vuelta. Y así en esta ciudad no queda ningún rastro de ese sufrimiento”.

A veces lleva toda la vida realizar un acto liberador. Ya no solo las infinitas elaboraciones de la propia historia, las nuevas lecturas de lo vivido, la reescritura de lo que creímos escrito una sola vez y para siempre.

Hasta el día en que descubrimos que hemos confundido la biografía con la vida.

Que la vida es más que la pequeña dramaturgia personal que nos hemos contado a nosotros mismos durante años y años. Y de la mano del viejo rabino vienés, decidimos no esperar al final para liberar la vida y dejar que se manifieste en toda su fuerza y plenitud.

¿Un nuevo nacimiento? Un caos que se inclina hacia un orden de belleza. Escuchar lo que pulsa por nacer, por hacerse oír.

Y si fuera por el arte, por la potencia hacedora de lo nuevo, por la poesía – la poiesis – como la creación de un gesto en la danza, el trazo en un lienzo, un grito en el aire, una palabra escrita porque no puede decirse con la voz, o el silencio del arco de un violín que aguarda la dignidad de la forma.

¿Y si esa fuerza estuviera en la infancia, en la primera revelación que todo niño ha intentado defender y rescatar para sí?

Lo dice el poeta William Carlos Williams. “Cuando un niño,

**“Las únicas cosas verdaderamente reales son las que uno inventa y que no se parecen a las demás”.**

**— Isak Dinesen**

por circunstancias fortuitas, logra eludir a los adultos que lo rodean, deseosos de torcer el tallo a su antojo, cuando, por algún accidente, logra preservar no dañada alguna región extraña de la primera revelación escondida en su secreto corazón, entonces allí vivirá y florecerá hermosamente”.

Un acto poético que ya habíamos creado o imaginado en la infancia. A solas o con otros, en el tiempo de la inutilidad, libre de tareas y compromisos, el tiempo de ver cada cosa por primera vez.

“¿No habremos de buscar ya en el niño las primeras huellas de la actividad poética? (...) todo niño que juega se conduce como un poeta, creándose un mundo propio, o, más exactamente, situando las cosas de su mundo en un orden nuevo, grato para él”, nos enseñaba el otro viejo vienés.

Cavar hacia atrás, en nosotros mismos.

Cavar en el jardín donde había un camino de lajas, piedras pesadas y rugosas. En la soledad de una siesta, levaté una de esas piedras con la

fuerza que solo se tiene en la infancia y descubrí en la tierra negra y húmeda, lombrices retorciéndose, ciempiés, bichos bolita, un mundo de seres enteramente vivos.

Se me revelaba una vida oculta que latía abajo de las piedras.

Ahora sé que buscaba lo vivo. Si regreso al sitio de origen, comprendo que ya no existe, que ese momento está perdido para siempre. “Lo que constituye un acontecimiento es lo que está vivo y lo que está vivo es lo que no se protege de su pérdida”, dice Christian Bobin.

Pero es un punto de partida. Y aquella mirada de perplejidad sigue buscando la piedra viva.

Esos ojos niños escriben lo que perdura intacto.

### **Mutación**

Tanto levantar piedras por mirar debajo, en la tierra braceo sin apremio de aire, me picotean los pájaros las ranas me devoran pero en la mañana cavo profundidades bajo la ligera planta de un pie para presentir la luz

01

**ENLACE COVID 19: EQUIPO  
DE CUIDADOS INTEGRALES**

**HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. J. M. RAMOS MEJÍA**

01

En la siguiente presentación, se intentará realizar una síntesis del trabajo realizado entre el Equipo de Cuidados Paliativos (C.P) y el Servicio de Salud Mental, durante la pandemia por COVID 19, en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en Argentina. Dicho equipo de trabajo de conformó bajo en nombre de “*Enlace COVID 19: Equipo de Cuidados Integrales*”, con la finalidad de promover y sostener la atención humanizada e integral, durante la pandemia. Se entiende atención integral al acompañamiento de la unidad de tratamiento (paciente y familia) en las distintas dimensiones del ser humano: física, social, psicológica y espiritual.

### Presentación de equipo

El equipo de C.P del Hospital J. M. Ramos Mejía, se encuentra conformado por una médica paliativista (con cargo específico para el área) y una psicóloga paliativista (que presta horas de su cargo de Salud Mental). Ambas trabajan en conjunto hace 4 años.

### Inicio de la pandemia de COVID 19

La confirmación de los primeros pacientes con COVID 19 en el país, advirtió que algo complejo se aproximaba. Sabíamos que muchas personas recurrirían al hospital público, produciendo un desborde de la atención sanitaria, un incremento de la demanda para los profesionales de la salud y un aumento del número de fallecidos. Debido a la posible saturación del sistema sanitario, avicinábamos que muchas personas fallecerían en malas condiciones. Desde el equipo de C.P, presentíamos que la atención

paliativa iba a ser importante, quizás imprescindible, para poder acompañar a los pacientes y a sus familias. En marzo de 2020, decidimos empezar a capacitarnos y nos pusimos en contacto con equipos de C.P españoles para conocer las estrategias que venían implementando en la primera ola de la pandemia.

También fuimos convocadas para formar parte de un proyecto del Gobierno de la CABA, denominado “*Proyecto ESTAR COVID 19*”. Su objetivo era promover una atención integral de cuidado, reforzando un trato humanizado y de calidad. Desde el Ministerio de Salud y de Cultura, suponían que nuestra formación podría ayudar a sostener un abordaje más abarcador, teniendo en cuenta que nuestra formación se basa en el trabajo interdisciplinario, el control de síntomas, la contención en situaciones complejas y críticas de la vida; y la formación entorno a temáticas de bioética. De manera escalonada, se conformó una red entre 18 hospitales de CABA, con un total de 171 profesionales con formación paliativista. También participamos en una investigación internacional titulada: “*Experiencias de atención al final de la vida durante la crisis de COVID-19*”<sup>1</sup>, que buscaba proporcionar una visión de las vivencias, inquietudes y preferencias sobre la atención al final de la vida durante la pandemia.

1 - Estudio multicéntrico realizado por Red InPal. Es llevado a cabo en: Argentina, Alemania, Países Bajos, Noruega, Eslovenia, España, Suecia, Reino Unido, Uruguay, Chile, Perú, Ecuador y Colombia.



**Lic. Nadia Senabre**

senabrenadia@yahoo.com.ar

Licenciada en psicología.  
M.N:45055. Psicóloga de planta del Hospital Dr. J. M. Ramos Mejía. Especialista en Cuidados Paliativos.

## Enlace COVID

Iniciando el mes de mayo de 2020, rondaba el pánico en los distintos servicios y muchos profesionales solicitaban licencia por ser personal de riesgo. Quedamos pocos, muy pocos dentro del hospital. Desde el Equipo de CP creíamos que podíamos ofrecer alguna respuesta a los desafíos que se avecinaban, pero sabíamos que no podíamos hacerlo solas. Descubrimos que el Equipo de interconsulta del Servicio de Salud Mental (conformado por un psiquiatra y una psicóloga de planta, y residentes de dicha especialidad), venía planificando un dispositivo similar. Acordamos trabajar en equipo. Convoquamos también a otra psicóloga de planta con formación en C.P y a dos médicas geriatras para acompañar el proyecto. En los primeros encuentros, empezamos a unificar criterios, a capacitarnos y a confeccionar un protocolo interno.

A fines del mayo, comenzamos a insertarnos en los pases de la primera sala COVID en el servicio de Clínica Médica. Para ello, nos dividimos en subgrupos de dos profesionales (un médico y un psicólogo) para participar. De esta manera, pudimos acceder a los datos actualizados de los pacientes y facilitar el intercambio de las cuestiones psicosociales que nuestro equipo iba detectando y trabajando.

## Protocolo de atención integral

Se realizó un triage interno para seleccionar aquellos pacientes con mayores necesidades de atención (con la finalidad de utilizar eficazmente el recurso humano). Se privilegiaron los se-

guimientos telefónicos (excepcionando los casos en los que era imprescindible ingresar a las salas COVID). También se derivaron internamente los pacientes, según la expertise de los profesionales del equipo. Se realizaron seguimientos en duelo en los casos que se detectaron posibles duelos complicados. Por último, se derivó a referentes religiosos para el acompañamiento espiritual.

Para poner en práctica nuestro protocolo, se realizó una prueba piloto con los primeros pacientes internados. Esas experiencias iniciales, nos permitieron: *construir un triage interno de gravedad y vulnerabilidad psicossocial*, unificar criterios entre los profesionales y visibilizar los primeros problemas que se avecinaban. La mayor dificultad consistía en que gran parte de los pacientes presentaban vulnerabilidad social, por lo que era difícil externarlos del hospital. Lentamente comenzaron a abrirse lugares de derivación dentro de CABA (por ejemplo: hoteles para pacientes con COVID). A partir de allí, comenzó un nuevo desafío teniendo en cuenta que se multiplicaron los lugares de asistencia. En ese momento, las intervenciones consistieron en ayudar a las familias a comunicarse entre sí y facilitar el armado de redes entre los distintos efectores (hoteles COVID, distintas salas y/u hospitales).

De forma paralela, se comenzó a capacitar a los profesionales del hospital sobre cuestiones relacionadas con comunicación de malas noticias y control de síntomas (por ejemplo: disnea,

sedación paliativa, opioides, limitación de esfuerzo terapéutico). También se creó un mail específico (para favorecer la comunicación con pacientes y familiares) y un folleto para trabajar el manejo de información y duelo en niños y adolescentes. Un hito importantísimo fue la *creación del Comité de Bioética Clínica* dentro del hospital. Muchos de sus integrantes formaban parte de nuestro equipo.

En el lapso de pocas semanas, se abrieron más salas para pacientes con COVID. Allí fuimos también a presentarnos y a contar nuestra propuesta. Aparecieron nuevas dificultades: no todas las salas tenían la misma permeabilidad. Sin embargo, continuamos promoviendo el trabajo del equipo y visibilizando la importancia de sostener la humanización de la atención, a pesar de las exigencias de la pandemia.

En el mes de julio de 2020, nuestro equipo de trabajo disminuyó. Las médicas geriatras fueron reubicadas para coordinar nuevas salas COVID. El caos en el hospital era tangible, se objetivaba la saturación del sistema sanitario. Las salas estaban completas y comenzaban a acrecentarse los reclamos de las familias respecto a tratamientos ineficaces (dióxido de cloro) que se hacían eco en los medios de comunicación. También se incrementaban las fantasías y miedos respecto al fallecimiento de sus seres queridos (por ejemplo: temor a que se les entregue otro cadáver por equivocación). Fuimos convocados a fin de implementar estrategias de manejo de infor-



mación con los familiares, para moderar dichas dificultades. Esto mismo produjo cierto alivio para los profesionales de las salas COVID.

Cuando la atención sanitaria colapsó, nuestro equipo fue intentando priorizar los pacientes con mayor vulnerabilidad y urgencia. Muchos pacientes quedaron sin atención, pero sabíamos que era inevitable. Se trabajó contantemente dentro del equipo respecto a la frustración que esta limitación acarrea para los profesionales.

### **Protocolo para el acompañamiento a pacientes críticos en final de la vida**

En agosto de 2020, se habilitó desde el Gobierno de CABA, el

*protocolo para el acompañamiento a pacientes críticos en final de la vida.* Hasta ese momento, ningún familiar y/o allegado podía ingresar a despedirse de su ser querido próximo a fallecer. Este cambio, sostenido y promovido por todos los paliativistas, generó un gran paso para la humanización de la atención. Afirmábamos que la despedida era un derecho y que ayudaría a evitar complicaciones en la tramitación de futuros duelos. En ese momento, fuimos convocados por UTI, Clínica Médica y otras salas COVID, para articular las despedidas de aquellos pacientes próximos a fallecer. La respuesta fue satisfactoria, tanto para las familias como para los profesionales de las salas.

Foto de Polina Tankilevitch | [www.pexels.com](http://www.pexels.com)



### **Segunda ola**

En abril de 2021, comenzó la segunda ola de COVID. En dos semanas, el hospital pasó de alojar 16 pacientes, a 130. Se comenzó a objetivar *sintomatología de burn out* tanto en los profesionales de las salas, como en el propio equipo. Se decidió implementar estrategias de autocuidado y espacios de contención grupal.

En los meses de mayo y junio de 2021, se objetivó un descenso progresivo de casos y un aumento de interconsultas clásicas por Salud Mental y C.P. Se decidió disolver el enlace del equipo de trabajo, quedando establecido un vínculo entre ambos servicios.

### **Números finales**

Desde el inicio de la pandemia hasta el mes de septiembre de 2021, se atendieron un total de 871 pacientes. Las prestaciones aproximadas sumaron un total de: 5214. Del total, unas 113 personas pudieron despedirse de sus familiares durante la pandemia.

### **Palabras finales**

Nuestro propósito como paliativistas es continuar implementando este paradigma de atención integral, basado en el respeto, la interdisciplina y la humanización del sistema de salud. Deseamos que lo aprendido pueda ser visibilizado y compartido dentro y fuera del hospital, para sostener este modelo de trabajo en nuestro país. Sin lugar a dudas, la nueva ley 27.678 de C.P ha sido un logro alcanzado tras un largo trabajo en red realizado durante la pandemia.

02

**ACOMPañAR A ACOMPañAR**

**HOSPITAL TOBAR GARCÍA**

02



### Lic Mailén Gonzalez

*mailengonzalez2705@gmail.com*

Lic. en Psicología. Psicóloga y coordinadora de acompañantes terapéuticos en servicio de Hospital de Día turno mañana del Hospital Tobar García.

Desde 2012 me encuentro a cargo de la coordinación de acompañamiento terapéutico en el servicio de Hospital de Día turno mañana del Hospital Tobar García. En el siguiente trabajo se describirán algunas cuestiones clínicas y de gestión de dicha función, ubicando los primeros pasos de los AT en la clínica. Los mismos, ingresan desde el curso de acompañamiento terapéutico del Hospital y se incorporan en equipos terapéuticos interdisciplinarios y espacios grupales e individuales con pacientes niños, púberes y adolescentes con patologías graves.

#### **Al principio era observar... y hablar sobre ello**

En los primeros momentos de recorrido, era necesario un espacio de diálogo diario con el objetivo de pensar clínicamente cada uno de los pacientes que participaron del espacio terapéutico ese día. Surgían interrogantes

tales como: “no se cómo hacer con este paciente, no sé cómo convocarlo y no puedo trabajar con él”.

Algo del no saber y el no poder se había logrado poner en palabras por parte de quienes son los encargados de armar una escena lúdica posible con los niños. Empezamos a pensar juntos qué le sucedía a este niño, en qué momento del tratamiento estaba, qué objetos le interesaban, qué tonos de voz serían apropiados para trabajar con él y, fundamentalmente, cómo intervenir con el objetivo de que el paciente comience incipientemente a compartir experiencias junto a sus pares.

La inclusión de estos momentos de circulación del decir no fue sin efectos. Efectos terapéuticos que comenzaron a surgir a partir de la posibilidad de preguntarse por parte de los AT y comenzar a autorizarse a intervenir.

#### **¿Qué es transmitir? ¿Cómo hacerlo desde la práctica cotidiana?**

En los primeros pasos en la clínica con casos complejos, aparecen experiencias que angustian, que exigen poner el cuerpo y palabras para intervenir. He aquí algunas viñetas que ilustran el trabajo diario, con sus dificultades y posibilidades de intervención.

#### **>> María**

María presentaba crisis de llanto: se golpeaba las rodillas en el piso y por pocos momentos dirigía la mirada. En un principio la tarea consistió en observar el trabajo de los profesionales con esta niña, de su acompañante, de su terapeuta y otros compañeros que intervenían con ella. Esta niña en distintos momentos parecía desarmarse en el piso. Relatando escenas, se logró ubicar la importancia del tono de voz y la cadencia en el hablarle a esta niña como clave en este caso. Era necesario mantenerlo bajo, cantar

canciones que la acunen y la alojen. Por otro lado, también fue primordial la contención corporal, proporcionándole un borde.

Fue necesario este tiempo de observación junto a los AT para, posteriormente, repensar las escenas de crisis para lograr armar con mucha creatividad modos de compartir junto a María y poner manos a la obra en el acompañamiento.

### >> Emilio

¿Qué pasa cuando este tipo de escenas como las que presentaba María, se generan frente a la mirada de los padres, de otros pacientes y profesionales que transitan por el hospital? ¿Qué lugar para el acompañante en los primeros tiempos?

Para pensar estos interrogantes, recuerdo a Emilio, un niño, cuya modalidad de respuesta frente a algún límite o cambio en su recorrido era a partir de gritos, golpes, rasguños, hacia el cuerpo de quien le dijera que “no”. Parecía que la palabra no tocaba ese cuerpo.

En las reuniones de acompañamiento terapéutico y de equipo, los AT se fueron autorizando a plantear con los demás profesionales el caso de Emilio, momento propicio para encontrar interdisciplinariamente diferentes estrategias posibles para trabajar con el niño.

Pensamos en armar una escena de ficción en la que los que nos quedaba la escena de desborde de nuestro lado, gritábamos,

llorábamos en el pasillo. Algo de este ruido, ponerlo a jugar, parecía aliviarlo. Vale destacar que éste efecto, pensado a posteriori, no fue sin pensar la intervención en equipo, organizándose para trabajar en las condiciones que exigía éste paciente.

### >> De una de mis experiencias

Al comenzar los encuentros de acompañamiento terapéutico Tobias se dedicaba a explorar los juguetes que había en la sala de juegos. Comenzó a tomar los bloques de plástico y poniéndolos entre el piso y su boca, se deslizaba y arrastraba por toda la sala. Por momentos parecía angustiarse. Era complejo observar la fuerza que utilizaba y con la que apoyaba todo el peso de su cuerpo en el bloque. Surgían momentos de angustia frente a la desorientación del no saber qué hacer en las diferentes reuniones de acompañamiento terapéutico.

En los encuentros posteriores, comencé a probar con realizar la misma acción que el niño “en espejo”. Me acosté boca abajo, imitándolo. Ahí ubico el primer momento en que Tomas me miró, mientras intentaba sacarme los bloques de la boca, el primer instante en que entendí que no le era indiferente que esté jugando con él.

Con el correr del tiempo de “arrastrarnos” juntos, paso a usar los bloques, pero esta vez, para armar torres y luego desarmarlas. Decidí escribir este caso como ateneo clínico como una manera más de transmisión hacia los

acompañantes. Aquí aparece la escritura como modo de repensar la práctica clínica.

### Lugar de la interdisciplina

Pensar la interdisciplina, trabajar en la interdisciplina.

El AT comparte la mayor parte del tiempo con los pacientes del servicio, conecta las diferentes terapias, acompañándolos, participa de la sala de juegos y mantiene un espacio individual. La reunión de equipo es un momento de intersección de los discursos de las diferentes disciplinas.

Es menester también de la función del coordinador fomentar la importancia de habilitarse a hablar, surgen las dificultades de encontrar un lugar en el equipo, como parte del tratamiento de los pacientes.

Por otro lado, destacar la importancia del análisis

personal, para generar soportes simbólicos que permitan trabajar sobre todo esto.

### Superviso... ¿Qué tengo que decir?

El equipo de acompañamiento mensualmente cuenta con un espacio de supervisión. Aparecen preguntas que surgen en los primeros momentos y escucho hoy en los AT: ¿Cómo preparo la supervisión? ¿Tengo todos los datos? ¿Llevo la historia clínica leída? Quizás supervisar, implicaba nada más y nada menos que ubicar la propia posición en el juego, hablando de las dificultades con el niño.

### Ateneo

¿Qué escribo? ¿Por dónde empiezo? ¿Sobre qué paciente escribo? ¿Tengo que leer la historia clínica? Todos interrogantes que nos surgen en los primeros momentos.

El ateneo como forma de poder dar cuenta del propio recorrido, las limitaciones, de las “otras vueltas” que se le dieron a las dificultades que fueron surgiendo en el recorrido con el niño que se intenta ubicar en la infancia. Es por esto que puede ser cualquier paciente del servicio, cualquier niño, en tanto y en cuanto algún interés particular se ponga en juego ahí, y por lo tanto nos impulse a escribir algo sobre él.

### Muchos interrogantes, algunas respuestas

Si hay respuestas a los interrogantes de las AT mencionados, no fue sin buscarlas en el pensar cada niño, cada AT, cada juego. Darse tiempo para pensar la transferencia, las dificultades de los primeros pasos profesionales.

Foto de SHVETS production | [www.pexels.com](http://www.pexels.com)



## **¿QUÉ LUGAR PARA EL PSICOANÁLISIS EN EL DISPOSITIVO DE INTERCONSULTA?**

**ROTACIÓN EN EL HOSPITAL DURAND**



PH: Alejandro Goldemberg-Guido Beck



### Lic. Sofía Rendo

rendo.sofia95@gmail.com

MN 68570. Psicóloga concurrente de 5to año del Hospital Parmenio Piñero. Rotación en el Hospital Durand

Mi experiencia de rotación como concurrente por el Equipo de Interconsulta en el Hospital General de Agudos Carlos G. Durand abrió preguntas en relación a nuestro rol como profesionales psicólogos con una orientación psicoanalítica en un dispositivo que se lleva a cabo más allá del consultorio, en un espacio que nos es poco conocido, podría decirse en *territorio médico*. Allí somos llamados, al menos en un primer momento, a intervenir para “solucionar” alguna cuestión, ahí donde el quehacer médico se encuentra obstaculizado.

#### **Funcionamiento del Equipo y modalidad de trabajo**

Los pedidos de interconsulta al equipo de Salud Mental llegan desde los distintos servicios del hospital y suelen estar motivados por distintas y variadas razones. En su mayoría, las

solicitudes tienen que ver con cierto desconcierto del equipo médico tratante en relación a cómo intervenir respecto al tratamiento de un paciente. La búsqueda de una “opinión especializada” sobre alguna cuestión psicopatológica de algún paciente muchas veces suele ser motivo de la solicitud de nuestra evaluación como así también las dificultades del paciente en la adherencia al tratamiento médico indicado o dificultades en la relación del equipo médico con el paciente o su familia.

Silvina Gamsie (2009) al referirse a la Interconsulta sostiene que “se nos considera “especialistas” capaces de resolver situaciones complejas, como hacer un diagnóstico diferencial o ayudar a constituir y/o completar un diagnóstico ahí donde el diagnóstico médico no cierra,

es dudoso o falta. Ante el pedido médico, y en tanto psicoanalistas, lo que primero hacemos es escuchar quién, qué, a quién y para quién demanda.”

### La intervención en Interconsulta

En este dispositivo nuestro trabajo lo llevamos a cabo en un espacio que no nos es familiar. Las entrevistas con los pacientes tienen lugar en la habitación donde se encuentran cursando su internación, la cual muchas veces comparten con otros pacientes, lo que dificulta su privacidad. En muchas ocasiones, las entrevistas del equipo de Salud Mental pueden verse interrumpidas por la llegada de un médico que quiere revisar al paciente o llevárselo a realizar algún estudio o intervención médica o alguien del equipo de enfermería que viene a revisarlo, realizar una curación o higienizarlo. Otras veces, la condición clínica del paciente impide que pueda ser entrevistado en ese momento en el que acudimos, por lo cual es preciso regresar en otro momento. El conocimiento y manejo de diagnósticos y términos médicos con los cuales no estamos habituados a trabajar se suma a las cuestiones que hacen de la Interconsulta un dispositivo con sus propias particularidades.

El proceso de Interconsulta incluye desde un primer momento la interacción con el paciente y su familia y con profesionales de distintas especialidades, médicas y no médicas: requiere la comunicación con el equipo médico tratante, el equipo de Enfermería, el servicio de Trabajo Social, como así también en algunas o ocasiones, la co-

municación con instancias judiciales. Todo esto configura un escenario complejo donde hay un entrecruzamiento de varios discursos lo cual en algunas ocasiones puede traer complicaciones en el trabajo y a la hora de tomar decisiones respecto a un paciente.

### Caso M

La presente viñeta se trata de una interconsulta que se realizó en dos momentos: un primer pedido e intervención por una paciente que luego se fue de alta, y a los pocos meses regresó, momento en el cual el equipo médico realizó un nuevo pedido a Salud Mental.

Se solicita interconsulta desde el Servicio de Ginecología por “M, de 31 años, con cáncer de mama avanzado, internada para tratamiento del dolor”.

Al concurrir al servicio, el equipo médico refiere que M ha tenido varias internaciones en el hospital para realizar tratamiento de quimioterapia, el cual ha realizado de manera intermitente ya que abandona el mismo sin indicación médica y regresa al tiempo a guardia externa al encontrarse con mucho dolor. Los médicos refieren dificultades para tratar a la paciente ya que esta “no sostiene el tratamiento, viene cuando no soporta más el dolor, no tiene adherencia al tratamiento ni conciencia de enfermedad”.

Al concurrir a evaluar a la paciente por primera vez, la misma refiere encontrarse con mucho dolor. Manifiesta sentirse angustiada por no poder estar en su casa con sus hijos. Relata que

recibió el diagnóstico de cáncer hace aproximadamente un año. Con respecto a su situación familiar, refiere ser madre de cuatro hijos, el padre de ellos no está presente, siendo ella quien se ha encargado siempre de su crianza y sustento económico. No cuenta con un trabajo fijo, recibe un plan social y ayuda económica de algunos familiares. Cuenta con su madre como único referente afectivo, quien la ayuda en el cuidado de los niños. Presenta una escasa red socio afectiva y de sostén. Refiere haber sido víctima de acoso recientemente por parte de su ex pareja, quien se comunica desde la cárcel amenazándola con quitarle a los niños. Ante este panorama, se decide dar intervención al servicio de Trabajo Social.

Se ubica entonces que quizás la dificultad de M para adherir al tratamiento está relacionada con una situación familiar y social difícil. Se le ofrece la posibilidad de visitarla en su habitación durante el tiempo que dure su internación, con lo que la paciente acuerda y así se mantienen algunas entrevistas. Unos días después, al enterarnos de su próximo alta, nos despedimos de M y decidimos cerrar la interconsulta. Se sugiere a la paciente comenzar tratamiento psicoterapéutico ambulatorio, la paciente acuerda. Se le brinda un papel con derivación para seguimiento en consultorios externos del hospital, indicación que la paciente finalmente no sigue.

Dos meses después de cerrada la interconsulta, el Servicio de Ginecología reitera un pedido a



Salud Mental por la misma paciente. Se nos informa que una semana atrás M ingresa a la guardia por dolor intenso, por lo cual se decide su internación para tratamiento del dolor. Días después, el 24 de diciembre, M abandona su internación por decisión propia y sin avisar a sus médicos. Regresa al hospital a los dos días ya que se encontraba con mucho dolor. Es en este momento cuando solicitan nuestra intervención.

En la entrevista con M, la paciente reconoce haberse ido del hospital por voluntad propia y sin la autorización de sus médicos. “Quería pasar navidad con mis hijos”, refiere. Manifiesta deseos de poder irse a su casa para recibir el año nuevo. Se aloja el valor que tiene para ella poder pasar las fiestas de fin de año con su familia agregando que “para poder pasar un buen momento en su casa con sus hijos tiene que sentirse bien”.

La no adherencia al tratamiento y el incumplimiento de las indicaciones médicas generaban la frecuente y repetida llegada de M a la guardia en momentos críticos cuando el dolor se le volvía insoportable. Al conversar con el equipo de Oncología, el mismo refiere que el cáncer de la paciente se encuentra muy avanzado, encontrándose en cuidados paliativos. Comentan que el plan médico a seguir consiste en pautar próximamente nuevas sesiones de quimioterapia. Se transmite a los profesionales del Servicio de Oncología la importancia que tiene para M poder pasar año nuevo con sus hijos. Se coordi-

na entonces con los médicos que se le permita a la paciente retirarse el 30 de diciembre, brindando indicaciones para la toma de medicación en tiempo y forma para estar en su casa con el menor dolor posible, y con las condición de regresar al hospital dos días después.

Así, M se va a su casa a pasar año nuevo con su familia y retorna al hospital dos días después, como había sido pactado, para continuar con su tratamiento del dolor. El equipo de Oncología nos transmite que le darán el alta en los próximos días con la indicación de regresar a entrevistas pautadas periódicas para controles en los cuales se programarán las próximas sesiones de quimioterapia.

La intervención en esta oportunidad apuntó a contribuir a generar las condiciones para que M comprendiera la importancia de seguir las indicaciones médicas, evitando así acudir a la guardia en momentos de urgencia, como así también que el equipo médico comprendiera la importancia que tenía para M poder estar con sus hijos. Como señala Gamsie (2009), “Lo que promueve el pedido a interconsulta se produce cuando entre la demanda de curación del paciente, el deseo de curar del médico y la vuelta de esa demanda sobre el propio sujeto bajo la forma de un “dejate curar”, aparece una fractura. Fractura que suele poner de manifiesto la resistencia por parte de los pacientes a esto que denominamos “su” medicalización, y expresa una reivindicación de su derecho a vivir,

enfermarse o morir, según su propia decisión.” Si bien no se pudo ubicar con claridad por qué razón M no seguía las indicaciones médicas, por qué empezaba su tratamiento y luego lo abandonaba, en la interconsulta se ubicó la importancia de intervenir respecto a la relación médico-paciente, contribuyendo a favorecer la comunicación entre ambos.

### ¿Cuál es nuestra función en Interconsulta?

Como interconsultores de Salud Mental, ante un pedido de evaluación debemos hacer una lectura de situación que nos permita luego diseñar una estrategia de intervención, lo cual en algunas ocasiones puede resultar una tarea compleja. Nuestro trabajo es llevado a cabo en un servicio al cual llegamos “de visitantes”, con lo cual estamos inmersos en una lógica institucional que a veces trae ciertas dificultades.

Uzorskis (1997) se refiere a la Interconsulta como Clínica de la subjetividad en la enfermedad médica. Dicho autor afirma que es necesario ubicar al médico que realiza la interconsulta para comenzar a pensar la subjetividad del paciente. “Es fundamental pedir al médico, las enfermeras o familiares los elementos que nos permitan armar la subjetividad en juego del enfermo por el que se pide la interconsulta. Hace falta conocer la historia clínica, solicitar información y explicaciones sobre el cuadro o enfermedad en curso. Se trata de armar pausadamente la noción del campo en el cual nos moveremos y tener conocimiento, lo más clara-

mente posible, de lo que padece el sujeto a tratar”.

Nos encontramos cotidianamente con el descubrimiento de un cuerpo que desborda la noción de organismo: podemos pensar que toda enfermedad, por más orgánica que sea, confronta al sujeto con el dolor, el sufrimiento, la decadencia corporal, la eventualidad de la muerte. Se trataría de intervenir tomando todas las variables del caso, ubicándonos en una posición de bisagra entre las distintas especialidades, teniendo en cuenta que más allá de la hiperespecialización y la fragmentación disciplinaria, el paciente es uno solo. “La subjetividad es un factor potencialmente decisivo que puede marcar el rumbo o definir la forma de cursar un proceso patológico en el organismo. Poder escuchar adecuadamente lo que sucede en la subjetividad es fundamental porque es el factor que decide sobre la manera que tiene cada sujeto de tomar a la enfermedad y de aceptar o no las indicaciones médicas”. (Pena, Carmio, 2017).

### **Algunas conclusiones...**

El dispositivo de Interconsulta se trata de una clínica distinta. Al decir de Gamsie (2009), implica “la confrontación con cuerpos sufrientes, enfermos, martirizados”. Esto inevitablemente nos confronta también con nuestra propia angustia. La temporalidad también es un factor a destacar. Los tiempos para intervenir son más cortos y en un periodo acotado pueden suceder muchas cosas. En algunos casos, la interconsulta puede constar de varias entrevistas, mientras que a otros pacientes los vemos sólo

una sola vez y no volvemos a saber de ellos. En todos los casos se tratará de intervenir creando las condiciones de posibilidad para que algo distinto suceda en el transcurso de esa internación: en ocasiones un señalamiento puede “destrabar” algo y en muchas ocasiones la interconsulta constituye una oportunidad de que alguien que nunca inició un tratamiento por salud mental, lo haga.

### **Bibliografía**

- Gamsie, S (2009). “La Interconsulta. Una práctica del malestar”. Ediciones del Seminario. Buenos Aires.
- Maturi, M (2007). “La interdisciplina: Un encuentro ante el padecimiento”. Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca. Volumen 7, Número 3. Recuperado de <https://www.ambb.org.ar/ojs/index.php/RCAMBB/article/viewFile/117/PDF>
- Pena, F; Carmio, N; Solari, A y Alvarez, D (2017). Psicoanálisis e interconsulta en un hospital público de CABA”. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Uzorskis, B. (1997). “El interconsultor Psi en territorio médico: Actuales posibilidades y limitaciones de la clínica de la subjetividad del paciente con enfermedad médica.” Recuperado de <https://www.edupsi.com/psa-htal/clase5.html>

**SACAR AL DUELO DEL AISLAMIENTO.  
HACIENDO DE LA PÉRDIDA  
POR COVID-19 UNA EXPERIENCIA  
COLECTIVA.**

**CESAC 18**



**Lic. Melina Ceccato**

[licmelinaceccato@gmail.com](mailto:licmelinaceccato@gmail.com)

Mgter. Salud Sexual. Psicoanalista.  
Cesac 18. Casa Matrioshka.



**Lic. Laura Martín**

[lauramartindupuy@gmail.com](mailto:lauramartindupuy@gmail.com)

Psicoanalista y escritora.  
Cesac 18.

<https://linktree/LauraMartinDupuy>

**“Es evidente que la guerra ha de barrer con el tratamiento convencional hacia la muerte. Esta ya no se deja desmentir, es preciso creer en ella. Los hombres mueren realmente; y ya no individuo por individuo, sino multitudes de ellos, a menudo, decenas de miles en uno solo día.”**

— S. Freud, 1915 (“De guerra y muerte. Temas de actualidad”)

### La muerte

Si hay algo que hoy podemos decir es que la pandemia cambió nuestra forma de pensar la muerte. O quizás retomó formas en desuso. Las muertes volvieron a ser contadas de a miles como en las guerras y en las anteriores pandemias. Philippe Aries en su libro “Historia de la muerte en occidente” se explaya sobre las diferentes representaciones y tratamientos simbólicos que se le ha dado a la muerte a través de las épocas.

En tiempo de pandemia la muerte es masiva y es contabilizada y comunicada en forma permanente. Esos muertos contabilizados de los que hablan los medios de comunicación, pasan a tener nombre, gustos,

estilos, virtudes y defectos, en los relatos en primera persona dentro de nuestros consultorios. Como haciendo zoom desde un CeSac situado en la comuna 8 de la ciudad de Buenos Aires, el relato frío y despersonalizado del periodismo, se hace cálido y tangible. Les pacientes están llorando a sus muertos en nuestros consultorios. Cada uno es un dolor distinto, claro, pero con un factor común: estar duelando en el marco del aislamiento social.

### El contexto

Intentamos transmitir una experiencia de trabajo, que sucedió en medio de una pandemia. Somos trabajadoras de salud: abocadas a dar asistencia, pero también somos ciudadanas que hemos

padecido el confinamiento y la incertidumbre de no saber qué es lo que sucedería. Nos interesa destacar esta doble inscripción en tanto nos tocó ser “esenciales” en el primer nivel de atención al mismo tiempo que compartimos las vivencias que les usuaries nos relataban. Se produjo una refuncionalización de nuestras tareas en el CeSaC: quedamos a disposición del Gobierno de la Ciudad para ser redistribuidas en tareas de registro epidemiológico en centros de detección de covid, seguimiento telefónico a personas contagiadas y a contactos estrechos; y fue interrumpido por tiempo indeterminado nuestro derecho a tomar licencia por vacaciones. Paralelamente nosotras mismas contraíamos covid, nuestros familiares también, y nos sometíamos a frecuentes hisopados y cuarentenas por contacto estrecho. Así fue hasta que llegó el tiempo de volver a nuestras funciones habituales y retomar la atención ambulatoria. En ese volver ya no se trataba únicamente de cumplir con las medidas de cuidado, la evitación y el aislamiento, sino de hacerle lugar a todo lo que esas medidas de cuidado no pudieron evitar. Les pacientes empezaron a hablar de la pérdida, y pudimos escuchar algo acerca de los efectos de la falta de rituales en las despedidas. Construimos entonces un dispositivo de intervención en salud mental, una invitación a quien hubiera perdido a algún familiar por covid a juntarnos, a agruparnos, con la intención

de alojar el dolor, abrazarlo institucionalmente, ponerle día y hora, abrirle la puerta a las lágrimas, al desgarrar, al rugir, a lo que quizás no había podido ser dicho.

### Los motivos

Como trabajadoras de la salud solemos acompañar procesos de duelo. Pero en esta oportunidad decidimos hacer otra cosa, agrupar a les duelantes.

¿Qué es lo que en ese momento nos llevó a conformar un espacio-tiempo grupal en un centro de salud, en Villa 20, destinado a personas que duelan a causa del covid 19? ¿Cuáles son las coordenadas particulares que la pandemia impuso para quienes deben darse el trabajo de duelar a un ser querido? Además de la particularidad de duelar en contexto de aislamiento, ¿qué otra particularidad le imprime al duelo habitar una villa de la CABA?

¿Cómo seguir viviendo? Es necesario para continuar, atravesar el tamizaje del duelo, ese que nos permitirá hacer de esa pérdida un soportable, construir una nueva realidad y volver a lanzar la libido al mundo. Y entonces cómo “seguir viviendo sin tu amor...”. Para ello ciertos rituales, prácticas y hábitos nos sirven de andamiaje, nos aportan un libreto en donde desplegar el dolor. Pero la época impuso que nada de lo conocido hasta el momento pudiera ponerse en práctica. Debido a resoluciones ministeriales basadas en estándares epidemiológicos, quedaron

anuladas las formas habituales de despedirse. Entonces nos preguntamos: ¿cómo subjetivar esas pérdidas, cuando los procesos vitales-rituales-habituales se han detenido?

“Tenía a mi hijo internado por covid y operado de vesícula en el Santojani y a mi marido internado por covid en otro hospital. No tuve nadie que me acompañara, pase todo sola, sola, sola.” Dice María.

“La última mirada a la persona que ha muerto debería ser incluida como una opción para quienes lo necesitan, esa PRUEBA DE REALIDAD de la muerte es lo que inaugura la pérdida e inicia el duelo” (CELS). ¿Qué pasa cuándo esa prueba de realidad es inaccesible? ¿Cómo se duela sin esa última mirada? ¿Propicia esta falta de último “encuentro-despedida-mirada” las evoluciones tórpidas del duelo, las modalidades renegatorias? ¿Podemos desde un efector de atención primaria hacer algo para suplir aquello que faltó?

“Yo lo que me pregunto todo el tiempo es cómo sacaron el cuerpo de mi marido del hospital. ¿Estaba desnudo, o tenía alguna ropa, que ropa tenía, o fue en una bolsa?”, dice L. y resuena en el resto de las integrantes del grupo, todas se hacen la misma pregunta. “En una bolsa, a mi hermano lo sacaron en una bolsa negra”, agrega M.

La apuesta a la grupalidad, que es justamente disponerse a escuchar que lo que a uno le pasa se trata de un proceso

Foto de Tima Miroshnichenko | [www.pexels.com](http://www.pexels.com)

colectivo, no por eso menos doloroso; surgió para intentar reparar algo de lo que no hubo en aquel momento: encuentros presenciales y relatos en primera persona (lo que abundó fue la frialdad del relato periodístico en tercera persona)

“El dolor social no se cura en el diván”, plantea Rene Kaes. Desde su perspectiva hay que apostar al encuentro con otros para en primera instancia alojar los dolores, socializarlos y entramarlos para de esa forma devolver el reconocimiento que la falta de rituales impuso. Siguiendo a Kaes “los dispositivos grupales, que habilitan un espacio de palabra, ofrecen posibilidades de contener y ligar, personal y colectivamente, los elementos traumáticos que fueron un

factor disruptivo en la realidad psíquica”.

Pudimos escuchar en cada encuentro, en cada una de ellas las mismas circunstancias en relación a la imposibilidad de la despedida. Al ser varias o muchas las que pasaron por eso, la situación vivida pudo inscribirse como “social”.

Dice Enrique Carpintero: “ya no se puede seguir sosteniendo la antigua, oposición entre psicoanálisis (el oro) y psicoterapia (el cobre). En este sentido el psicoanálisis “puro” se ha transformado en un psicoanálisis vulgar, un psicoanálisis del barro, un psicoanálisis especializado y adaptado a nuevas formaciones sintomáticas. Un psicoanálisis que no está identificado solamente con el dispositivo

diván-sillón; lo cual lleva a que el terapeuta se implique con el barro de una subjetividad atravesada por el estar-mal de la cultura. Es desde ese barro que el analista va a modelar, como un artesano, el dispositivo pertinente a las posibilidades del paciente y la situación”. Nos situamos, desde el barro mismo de la muerte no velada, disponiendo una modalidad de trabajo basada en el discurso, en el discurrir grupal de la palabra. Encontrando que en esta situación, se trató fundamentalmente de un dispositivo discursivo en el que se producía una dramatización espontánea. El espacio grupal se convirtió en una “escena dramática”. No nos referimos a la técnica psicodramática, sino que cerrando allí los ojos se escuchaba un solo discurso o muchas voces que

hablaban de lo mismo. Sabían de que hablaban: de ese tránsito singular de la muerte en pandemia, del haber sido tocadas por la varita trágica.

Es el día de los muertos, 1º de noviembre y villa 20 se viste de muerte, de esa muerte que se celebra, de ese muerto al que se espera. María comenta que fue al cementerio a visitar a su marido y de paso fue a ver a su amiga Nora, hermana de otra integrante del grupo. Cuenta que le compró el pasto a la tumba y comienzan a intercambiar información sobre los precios y lugares en donde comprarlo más barato.

Es en este espacio-tiempo entramado con otros que atravesaron la misma tragedia que “se produce una puesta en escena y en palabra, se construye una estructura de roles a partir de la circulación de distintos tipo de fantasías, que tienen que ser simultáneamente vistas y oídas”

Creemos, entonces, que esta posibilidad de desplegar lo visto y oído por cada una de las integrantes, otrora negado por las restricciones de circulación, es el puntapie para relanzar algo del reconocimiento social de quien murió y de quien duela.

¿Es posible pasar de lo masivo anónimo a lo colectivo singularizado? Hasta el momento se han registrado 128542 muertes por covid en nuestro país. No hay cuantificación que nos permita contar lo que cada una de esas muertes significa. Hay

una singularidad imposible de cuantificarse, que necesita ser relatada. Sin embargo, como dijimos, la muerte “contada” se apoderó durante año y medio de la sobremesa de los hogares de la mano de los medios de comunicación. Entonces para ir en la dirección contraria, casi contraculturalmente un espacio y un lugar para narrar en primera persona la muerte, nos pareció necesario. ¿Qué es lo que esas muertes vinieron a contar? ¿Qué nuevos y posibles rituales colectivos acompañarán a esos números?

Dice Luisa: Llevo 48 años de casada, desde los 14 años. Yo lo vi salir en una bolsa negra. Te llamaban del hospital 1 o 2 veces por semana al mediodía. Eso fue torturante, temblaba cuando sonaba el teléfono. Te decían: hoy lo puede venir a ver porque no está boca abajo.

La pandemia funcionó como lupa, proporcionó una visión más clara de lo que ya estaba ahí: desigualdades, brechas de acceso, modalidad de empleo precarizado, tareas de cuidado y crianza generizadas. No podemos obviar el hecho de que la población con menor acceso a alimentación de calidad y prestaciones de salud, suele ser también la que más sufre enfermedades prevalentes como dbt e hta; enfermedades que en esta época convierten a todes les que las padecen en “persona de riesgo”.

Cuando empezó todo, cuenta Sara, “nuestro miedo era mi mamá porque es diabética. Pero el que falleció fue mi hermano, que solo tenía obesidad”.

También puso en primer plano las dinámicas entre individuo-sociedad, dejando expuestos aspectos fuertemente afectados por el individualismo, así como la necesidad del otro para vivir, sobrevivir, morir y duelar. El duelo como cuestión y acto social quedó al descubierto en la privación de los ritos funerarios, de los abrazos compartidos y pésames presenciales.

“Cuando falleció mi hno, sus hijos estaban todos aislados en distintos hoteles de la ciudad”, Dijo Norma.

“Mi marido estaba internado en el Muniz y yo en el Pirovano por ser diabética. Salí y a los 4 días falleció. No lo pude ver, no lo pude despedir. No pude ir al cementerio porque sólo dejaban a una persona. Mi hijo pidió que lo dejen verlo allí y le pudo poner flores.”

Si la muerte por definición pone de relieve la ausencia física, la situación de pandemia redobló la apuesta al enfrentarnos a modalidades vinculares virtuales. Se pone en juego en tiempos de duelo y dolor el par ausencia-presencia. ¿Cómo tramitar la muerte, la ausencia física en un momento en donde el otro se ha vuelto virtual?

“Tengo guardado el último video que me mandó estando internado”, refiere María. “Mi hija me sacó el celular para que no vea sus fotos y mensajes”, agrega Luisa.

¿Se abre una vía hacia acciones renegatorias en momento de virtualidad? Imposición

del ciberuniverso? El tiempo pierde sus agujas y ya no puede cuantificar lo que lleva atravesar esa pérdida. Habrá que descubrir en el tránsito mismo, hasta dónde es que penetró el impacto de esa muerte y que se llevó con ella. Y esa trayectoria es intransferible, innegociable, tal vez aplazable pero con la posibilidad que retorne en un presente y eterno dolor. La identidad se vuelve otra, la mismidad se desarma y se inicia el tiempo de ubicar los pedazos, luego juntarlos y volver a armar una mismidad otra.

Existe una vasta experiencia en el armado de dispositivos grupales expresamente conformados para el trabajo subjetivo en relación a traumatismos de origen social, que han demostrado ser un instrumento idóneo, independientemente de la diversidad de técnicas y conceptualizaciones. En los terremotos de México y Honduras, en diferentes situaciones traumáticas derivadas tanto de la segunda guerra mundial como de guerras locales, en la Argentina en el caso de la dictadura cívico-militar-clerical, el atentado a la AMIA, Cromagnon, las inundaciones en Santa Fé, se han implementado abordajes grupales para la elaboración subjetiva. Creemos que al impacto subjetivo de la pandemia debe dársele el mismo peso que a los acontecimientos mencionados y un tratamiento acorde a las particularidades que presenta. Sabemos que hay preguntas enunciadas que quedan

abiertas y habrá que ver el desenlace y despliegue que tenga en cada persona delante. Estamos convencidas de la necesidad de alojar a quienes han atravesado la situación de pérdida en contexto de confinamiento, en tanto les ha ubicado en un plus de indefensión, un plus de dolor. Parafraseando al maestro Juan Carlos Volnovich, es necesario para ello, sabernos interpelar por la realidad, a sabiendas que la teoría nos queda chica frente a esta.

Mientras la vulnerabilidad se ha expresado colectivamente, el efecto traumático de la muerte en soledad incidió de manera singular. Por tal motivo es que apostamos al dispositivo grupal como herramienta de contención, sostén, elaboración psíquica y como puente de un proceso de elaboración colectivo del hecho traumático.

### **Bibliografía:**

- Aries, P. "Morir en occidente desde la edad media hasta la actualidad", Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires 2007.
- Carpintero, Enrique. "El giro del psicoanálisis: Dispositivos Psicoanalíticos". [link aquí](#)
- "Los duelos individuales y colectivos necesitan acompañamiento." Sitio web: [link aquí](#)
- Freud, S. Obras Completas, tomo 6. Editorial Amorrortu, España 2004.
- Kaës, R. (1993). El grupo y el sujeto de grupo. Amorrortu editores. Bs. As. 1995.



# CURSOS 2023

## CONTINUÁ TU CAPACITACIÓN PROFESIONAL

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

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 205 horas cátedra

**CAPACITACIONES 2023**

**NEUROCIENCIA: ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS**

Inicia: 04/04/2023  
Informes: dr\_mvallajos@yahoo.com.ar

INSCRIPCIONES ABIERTAS



☐ Modalidad 100% online | ⌚ 250 horas cátedra

**CAPACITACIONES 2023**

**ORIENTACIÓN VOCACIONAL. INICIACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA 2023.**

Inicia: 01/07/23  
Informes: info@psicologosgcaba.org.ar

INSCRIPCIONES ABIERTAS



☐ Modalidad 100% online | ⌚ 200 horas cátedra

**CAPACITACIONES 2023**

**NUEVOS ABORDAJES DESDE EL CONSULTORIO DE PACIENTES Y FAMILIAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS**

Inicia: 20/04/2023  
Informes: info@psicologosgcaba.org.ar

INSCRIPCIONES ABIERTAS



☐ Modalidad 100% online | ⌚ 105 horas cátedra

**CAPACITACIONES 2023**

**CURSO DE PSICOANÁLISIS CON NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

Inicia: 08/05/2023  
Informes: info@psicologosgcaba.org.ar

INSCRIPCIONES ABIERTAS

