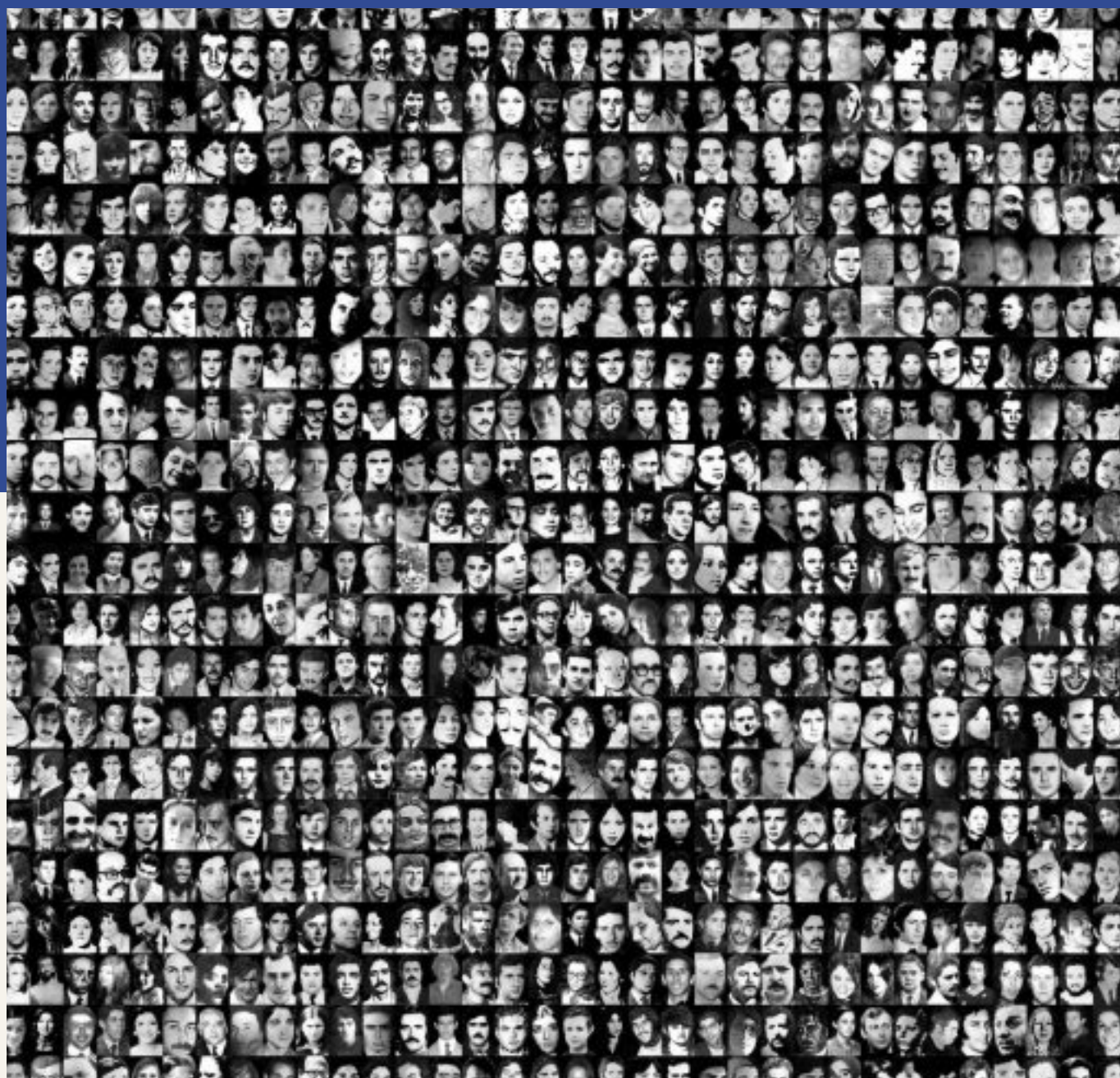


# #Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos  
del Gobierno de la CABA

7ma Edición | Abril 2024  
ISSN 2953-4895



PH [www.ipsst.gov.ar](http://www.ipsst.gov.ar)



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

# EDITORIAL

Estimados y estimadas colegas:

Tengo el gusto de comunicarme nuevamente para presentarles otro número de la revista sindical “Somos APGCABA”. Publicación que con esfuerzo venimos sosteniendo hace casi dos años; un muy agradable esfuerzo pues aquí tenemos la posibilidad de leer trabajos de gran valor teórico, académico y de compromiso con la tarea que sostenemos las y los psicólogos en CABA. Es enriquecedor leer periódicamente los efectos de la praxis de nuestros colegas.

Este es un número muy especial, pues el tema es: “Política y Psicología” y el equipo editor de “Somos APGCABA” no eligió el tema por casualidad.

En el contexto político y social que atraviesa nuestro país, es imperativo reconocer la importancia de la labor gremial en defensa de las y los trabajadores, fomentando la participación en la construcción de una sociedad más justa y más inclusiva, con más oportunidades para cada uno y cada una.

Nuestros cargos y nuestras condiciones de trabajo, hoy merecen toda la atención y es bueno recordar que, en una sociedad democrática, los gremios tenemos un accionar político por definición; trabajamos en defensa de los derechos de las y los trabajadores para contribuir al bienestar general (Aristóteles. Gr. Politiká: Los asuntos de las ciudades. Los problemas de todos. Lo público.).

Es en este contexto que asumo con honor, responsabilidad y compromiso una nueva postulación al cargo de “Secretario General” representando la unidad gremial con las psicólogas y psicólogos que conformamos APGCABA.

Tenemos claro que no somos neutrales, nos encontramos inmersos en un contexto, social y político que nos interpela profundamente y es

# EDITORIAL

por ese motivo que reafirmo mi convicción de continuar trabajando junto a mis colegas, conscientes de que nuestra labor forma parte de un entramado social en constante movimiento. La salud pública que promovemos con orgullo y satisfacción la defendemos, no la negociamos.

En este nuevo período de desafíos y transformaciones, es vital mantener la valiosa unidad alcanzada con esfuerzo y trabajar gremialmente desde este espacio, que es de gran importancia para nuestro colectivo.

Nos comprometemos a seguir promoviendo la salud mental, facilitar el acceso a la atención psicológica con participación de los trabajadores en las decisiones, y a defender el acceso a la salud en general.

Agradezco la confianza depositada en mi persona para liderar este nuevo período, y además del honor, el compromiso y la responsabilidad mencionadas, también lo hago con enorme alegría, pues cuento con compañeros y compañeras que comparten el proyecto y algunas utopías.

Tenemos por delante un camino duro, espinoso y largo, pero los lazos solidarios que venimos tendiendo darán sus frutos. No renunciamos a la tarea de que nuestra profesión tome el lugar que le corresponde y redunde en la felicidad de nuestro pueblo.

Disfruten de este nuevo número de “Somos APGCABA”.

APGCABA unida. El gremio de las y los psicólogos.

**Andrés Añón**

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

# PRESENTACIÓN: PSICOLOGÍA Y POLÍTICA

Psicología y Política parecen contraponerse en los principios de nuestra práctica. Sin embargo, si nos pensamos en el permanente entrecruzamiento de los diversos discursos, no podemos eludir la implicancia de la política en nuestro quehacer clínico e institucional.

Esta 7ma edición tiene la particularidad de armarse en el contexto del 24 de Marzo.

Un 24 de Marzo particular, en tiempos en los cuales la memoria por la verdad y justicia están puestas en jaque por un gobierno negacionista.

Nos propusimos en este nuevo número, desde nuestro rol de psicólogas y psicólogos en una Asociación que defiende la política como el arte de lo posible, publicar los textos de colegas que reflexionan acerca de **Psicología y Política**.

Es nuestro compromiso como trabajadores/as de la Salud Mental reflexionar acerca de las implicancias políticas e ideológicas en nuestra práctica diaria.

Los y las invitamos a publicar en la **próxima edición** acerca del tema **“Obstáculos y malestares en la práctica psicológica”**.

Irene Scherz  
Abril 2024

**Condiciones para la Presentación: Trabajos en Word o Pages de entre 3/4 páginas. Letra Arial 11. Interlineado 1 1/2. Mail: ischerz@gmail.com.** (Nota: Avisamos a los y las autores y autoras que los textos podrían ser modificados en la redacción según línea editorial pero no en su contenido).

## EQUIPO EDITORIAL

### Directores:

Andrés Añon y Aldo Pagliari

### Coordinación General:

Irene Scherz

### Equipo Editorial:

Susana Alfonso, Oscar Cott, Marcela Sahores.

### Diseño y diagramación:

Romina Malla, para Zulu Estudio.

### Delegados:

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

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

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

legada Suplente), Mariana Fariña (Delegada Suplente) | **C.S.M. N°1**

**Dr. Hugo Rosarios:** Julio Romero (Delegado Titular), Cristina del Castillo (Delegada Suplente) | **C.S.M. N°3** **Dr. Arturo Ameghino:** Alberto Ariel Farji (Delegado Titular), Mirian Mónica Dios (Delegada Titular) | **EAIT:**

Ignacio José Mosquera (Delegado Titular) | **Htal. Fernández:** María Alejandra Perafán (Delegada Titular), Viviana Ethel Carballido (Delegada Suplente) | **Htal. Grierson:** María Florencia Burghardt (Delegada Titular) | **Hospital Gutiérrez:** Cecilia Inés Bori (Delegada Titular), Mónica García Barthe (Delegada Suplente) | **Ministerio de Salud GCABA:**

Juan Pablo Mattarucco (Delegado Titular), Sergio Marcelo Ortiz (Delegado Suplente) | **Hospital Muñiz:** Perla Cativa Tolosa (Delegada Titular), Alejandro Luis Santamaría (Delegado Suplente) |

**Hospital Moyano:** Analía Palazzo (Delegada Titular), Verónica Lorena Del Bueno (Delegada Titular), Marina Nélide Trejo (Delegada Suplente), Stella Maris López (Delegada

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

01

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD  
MENTAL EN CABA**

01



**Marina Argañaraz**

*marina.arganaraz73@gmail.com*

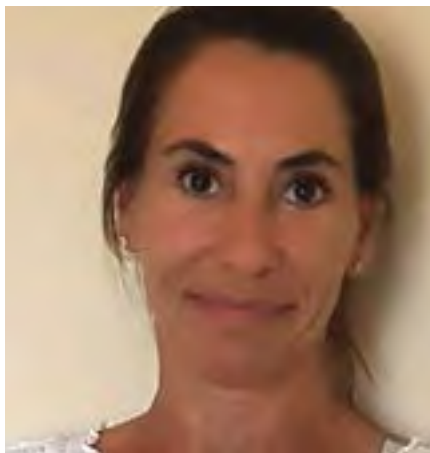
Licenciada en Trabajo Social en Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental (CABA). Integrante de las Juntas Interdisciplinarias de Evaluación de la Discapacidad (CABA)



**Vanesa Solange Medina**

*lic.solangemedina@gmail.com*

Licenciada en Psicología en Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental. Especialista en Psicología Clínica y Salud Mental Comunitaria.



**Giselle Vetere**

*gisellevetere@hotmail.com*

Licenciada en Psicología. Investigadora Carrera de Investigación en Salud GCBA.



**María Eugenia Sánchez**

*dra.maeugeniasanchez@gmail.com*

Especialista en Psiquiatría. Medica Legista.

---

## Introducción

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) viene implementando diversas políticas públicas en salud mental, a partir de entender la salud conforme a la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De acuerdo con este organismo “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2006).

Estas políticas abordan los diversos aspectos relacionados a la salud mental: prevención, tratamiento y promoción del bienestar mental. Actualmente los dispositivos con los que se cuenta en CABA son:

1. Programas de Atención Primaria en Salud Mental; los mismos brindan y facilitan el acceso a la atención de la salud para las personas que lo necesitan. La ciudad cuenta con más de 40 centros de atención primaria de salud distribuidos a lo largo del territorio.
2. Red de Hospitales y Centros de Atención Mental especializados en Salud Mental; en los cuales se ofrecen servicios de evaluación, tratamiento y apoyo a personas con padecimientos mentales.
3. Programas de Prevención del Suicidio; estos se implementaron a partir de la identificación del incremento de esta problemática. Los programas con los que se cuenta actualmente incluyen líneas de ayuda telefónica, campañas de concientización y capacitación para profesionales de la salud y la comunidad en general.
4. Atención a Grupos Vulne-

rables; suponen programas específicos para atender las necesidades de los mismos, como personas en situación de calle, adultos/as mayores, niños/as y adolescentes en riesgo, y personas con discapacidades mentales.

5. Integración de Servicios de Salud Mental; en otras áreas de atención médica como hospitales generales y centros de atención primaria, de este modo se busca garantizar una atención integral y coordinada en cumplimiento con la Ley Nacional de Salud Mental 26657, a partir de la cual se incluye en todos los efectores de salud la obligatoriedad de la atención en salud mental como parte de la salud integral, partiendo de la concepción de las personas en tanto sujeto biopsicosocial.

### **El suicidio como problemática social y objetivo de política pública.**

El suicidio es un fenómeno complejo, multicausal y atravesado por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Se ha convertido en una preocupación a nivel mundial debido al incremento que se ha registrado en los últimos años, el cual se muestra con tendencia a la suba.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021) el suicidio es la cuarta causa de muerte en el mundo y cada año alrededor de 703.000 personas se quitan la vida, siendo la franja etaria con mayor riesgo son los y las adolescentes y adultos/as jóvenes, especialmente entre 15 y 29 años. Ade-



PH: Pexels.com | cottonbro studio

más cabe desatacar que si se tiene en cuenta la cantidad de personas que lo intentan el número se incrementa notablemente.

La problemática del suicidio resulta una prioridad para la salud pública, que requiere de un abordaje integral e interdisciplinario y de intervenciones profesionales que cuenten con evidencia científica para poder actuar desde los niveles de prevención y asistencia.

La Organización Panamericana de la Salud ha elaborado una guía para prevenir el suicidio denominada “Vivir la vida” (2021), en el que se recomiendan las siguientes intervenciones de eficacia demostrada que se basan en la evidencia:

- Restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse.

- Educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad sobre esta temática y favorezcan la prevención del fenómeno.
- Desarrollar en los y las adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida mediante educación emocional temprana.
- Identificar factores de riesgo que ayuden a detectar, evaluar y tratar a las personas que presenten ideación suicida para su atención y seguimiento.

Es fundamental que estas medidas estén respaldadas por intervenciones claves que involucren un análisis exhaustivo de la situación, la colaboración entre diversos sectores, la sensibilización, el fortalecimiento de capacidades, la asignación de recursos financieros, el moni-

toreo y la evaluación continua para asegurar su efectividad.

Esas actividades deben ser amplias e integrales, dado que ningún enfoque es suficiente por sí solo para el abordaje de una problemática tan grave y compleja.

En Argentina la Ley Nacional de Prevención del Suicidio 27.130 establece la necesidad de crear un sistema único de registro que aporte información estadística de la temática y permita una vigilancia epidemiológica la cual consiste en detectar, recolectar, analizar y difundir información que favorezca a la toma de decisiones en políticas públicas. La misma incluirá la contabilización de todos los intentos de suicidio, entendiéndose por tal todo comportamiento que de manera implícita o explícita bus-



que ocasionarse la muerte. De esta manera todo profesional de la salud que tome conocimiento de dichos intentos deberá informarlos de manera obligatoria a fin de sustentar la información epidemiológica

Dicha tarea comenzó en el “Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte”, lo cual permitió la consolidación de la problemática del suicidio dentro de las políticas públicas, habilitando a la realización de una vigilancia epidemiológica como estrategia basada en la detección, recolección, análisis y difusión de información para los diferentes actores sociales. Lo mencionado deviene fundamental para la continua formación, capacitación, supervisión y reflexión del abordaje de los pacientes con intentos de suicidio. La norma pone el eje en la atención biopsicosocial, la investigación epidemiológica, la formación continua de los profesionales y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio.

Si bien la vigilancia epidemiológica se inició en dicho efector, en la actualidad todo intento de suicidio que llegue a una guardia debe ser volcado en la estadística para poder obtener así datos de calidad que abarque a todos los hospitales de CABA.

Los intentos de suicidio es una urgencia que llega a las guardias y servicios de emergencia de hospitales generales representando un 30% de las asistencias por todo motivo de consulta del área de Salud Mental (López Steinmetz, 2017).

En el año 2021, se registraron 3.649 muertes por suicidio, siendo el equivalente a 10 muertes de suicidio por día, según los datos arrojados por el Ministerio de Seguridad de la Nación. El suicidio es la segunda causa de muerte violenta en el país, muy cerca en sus cifras con la primera, que son las muertes viales.

El suicidio es una urgencia que se encuentra enmarcada en un contexto singular biográfico del sujeto sumado al posible debilitamiento de lazos sociales, redes afectivas e interpersonales, dando cuenta de diversos componentes involucrados, entre los que se encuentra el sufrimiento de la persona, los recursos para afrontarlo y la desesperanza. Deviene necesario pensar al suicidio como un emergente social, donde el sujeto es portavoz de lo que sucede en las instituciones dentro de un orden social determinado.

Por lo mencionado, el suicidio deviene una preocupación en salud mental que nos invita a repensarnos en términos de atención y abordajes en sus múltiples dimensiones: individual, social, comunitaria, interdisciplinario, intersectorial y por supuesto, en términos de políticas públicas, previniendo el suicidio y promoviendo bienestar.

Ante la pregunta: ¿dónde buscar ayuda? Estos son algunos de los recursos con que actualmente se cuenta:

Línea telefónica nacional para apoyo en la urgencia de salud

mental, dependiente del Hospital Bonaparte su número es 0800 999 0091

Centro de Asistencia al Suicida 0800 345 1435

Salud Mental Responde CABA 0800 333 1665

Hospitales Públicos

En conjunto, estos recursos representan puntos de apoyo vitales en la búsqueda de ayuda y atención para aquellos que enfrentan crisis de salud mental, subrayando así la importancia de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de asistencia en nuestra sociedad.

### Reflexiones finales

El comportamiento suicida es un fenómeno complejo, afectado por distintos factores interrelacionados como lo son los factores personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales en los cuales la persona se encuentra. Ninguno de estos factores, por sí solo, puede explicar los motivos que conducen a una persona al suicidio. Tanto la conducta de riesgo como los intentos de suicidio responden a problemas con multicausalidades cada vez más complejas y heterogéneas.

Teniendo en cuenta la complejidad de la problemática es importante resaltar que las conductas suicidas son un tema central de interés de Salud Pública, que requiere de la implementación de intervenciones oportunas, basadas en evidencias científicas para actuar a nivel de la prevención y también de la asistencia.

En este sentido, la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio declara de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas de suicidio a través de la postvención como estrategia terapéutica para asistir a los afectados tras la muerte del suicida.

Sin nos centramos en la franja más afectada, es decir los y las adolescentes y jóvenes adultos/as, la intervención del equipo de salud mental desde el ámbito de una guardia hospitalaria deberá procurar operar como terceridad que convoque a los padres y adultos/as referentes afectivos del sujeto a ordenar y restituir a éste al lugar de ser protegido y alojado, reinstalándolo al lugar de adolescente que supone ser cuidado.

La identificación de referentes vinculares se revela como un aspecto crucial para el mantenimiento del proceso, requiriendo una evaluación exhaustiva para ofrecer contribuciones significativas ante la problemática abordada.

Es imperante favorecer el pasaje de la angustia al orden de lo simbólico con el restablecimiento de la palabra en tanto herramienta terapéutica insustituible. La interdisciplina se impone como único camino mediante el cual abordar situaciones con tan alto nivel de complejidad y a partir de la cual

se podrá lograr un abordaje integral del sujeto. También se deberá articular en red teniendo en cuenta el contexto socio-familiar y ambiental-económico del mismo para garantizar sus derechos y satisfacción de necesidades, creando un espacio que le permita su emergencia en tanto sujeto.

La prevención del suicidio se revela como una meta alcanzable en numerosas circunstancias, siendo responsabilidad compartida por toda la sociedad, incluyendo familia, amigos/as, educadores/as, profesionales de la salud, así como por los Estados y gobiernos. La implementación de políticas públicas se erige como un pilar esencial en este proceso preventivo.

Atender la salud mental, en particular el tema del suicidio, se convierte en una urgencia para aliviar al sujeto de la angustia que surge al simplemente considerar esta idea. La expresión verbal de las emociones se posiciona como una herramienta fundamental para transitar los sufrimientos y superar las crisis. Es crucial reconocer que en la mayoría de los intentos suicidas existe una ambivalencia con respecto a la muerte, siendo el deseo de morir una respuesta a la percepción de la vida como insoportable en su estado actual, marcada por la desesperanza.

### **Bibliografía**

Ley Nacional de Prevención del Suicidio n°27.130. (2015) Congreso de la Nación Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27130-245618/texto>

Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 (2010). Congreso de la Nación Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

López Steinmetz, L. (2017) Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta.

Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 9(1), 44-53. <http://www.scielo.org.ar/pdf/radcc/v9n1/v9n1a07.pdf>

Ministerio de Seguridad Argentina. (2023) Sistema de Alerta Temprana. Suicidios. [https://minsegar-my.sharepoint.com/personal/dnec\\_minseg\\_gob\\_ar/Documents/Argentina.gob.ar/Informes/Informes%20de%20los%20Sistemas%20de%20Alerta%20Temprana/SAT%20SS/Informe\\_Suicidios\\_2022.pdf?ga=1](https://minsegar-my.sharepoint.com/personal/dnec_minseg_gob_ar/Documents/Argentina.gob.ar/Informes/Informes%20de%20los%20Sistemas%20de%20Alerta%20Temprana/SAT%20SS/Informe_Suicidios_2022.pdf?ga=1)

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

Organización Mundial de la Salud. (2021). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide#Prevencci%C3%B3n%20Y%20Control>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>

02

**POLÍTICAS DE LA  
HOSPITALIDAD**

02



**Lic. Juan Manuel Larraburu**

*juan\_larraburu@hotmail.com*

Psicoanalista. Psicólogo de Guardia del Hospital General de Agudos "Dra. Cecilia Grierson". Ex Residente en Salud Mental (Ex Colonia Montes de Oca) y posbásica en Cuidados Paliativos (Hospital Tornú). Ex Becario del Hospital Garrahan.



**Lic. Nerina Suarez**

*mayra.nerina@hotmail.com*

Psicoanalista. Jefa de residentes en Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". Maestranda en "Estudios interdisciplinarios de la subjetividad" (FFyL). Especializada en cuidados paliativos. .

---

Escribimos porque nos interpela la pregunta ¿Cuán humanizada y humanizante resulta la práctica que llevamos a cabo? Ser trabajadores en el marco de una institución de salud pública nos pone ante el constante desafío de maniobrar entre normas institucionales que tienden a la rigidez, políticas de salud que retroceden hacia su mercantilización, y la perspectiva de poder alojar la diversidad del padecer humano. Contexto propicio para tomar el concepto de hospitalidad de Derrida y ponerlo en acción. Éste nos lanza a repensar el devenir de nuestro ejercicio profesional en el territorio de la salud, inseparable del campo social y político. ¿Qué instituciones habitamos y como ella nos habita? ¿Cómo deseamos habitarlas? ¿Qué postura y qué afectación será la nuestra frente a los avatares colectivos, políticos y sociales? Estos atraviesan tanto la

cotidianidad de quienes formamos los equipos de salud, como también, las vidas de los usuarios que recibimos y las formas en que se configura el campo de la salud y de la salud mental. Hay posturas a tomar y hay afectación a leer, con carácter de urgente.

Pensando la hospitalidad desde Derrida, podemos comenzar a situar las bases del tratamiento/reconocimiento que hacemos de la otredad, de lo que nos es ajeno y hasta nos ajeniza de nosotros mismos. Mueve a reflexionar sobre cuál es nuestra posición frente al otro, su llegada, las diferencias que introduce, sus afectos y costumbres. En su raíz latina, "Hostis", tiene la doble acepción de *huésped y enemigo*. Algo similar a lo que podemos ubicar en Freud, cuando nos refiere que lo "Unheimlich" [Ominoso], es aquello que puede ser sinónimo de familiaridad, de conocido, de amoroso, o bien de siniestro y terrorífico.

Derrida establece que existe una acepción de la hospitalidad que impone al otro su lengua, sus hábitos y que pretende que el otro deje de ser otro. Esta se encuentra atravesada por leyes y normas establecidas por el lugar que recibe. El autor inaugura entonces, una hospitalidad distinta, absoluta, aquella del don sin condiciones. No pregunta nombres, no impone normas, tan solo deja entrar. Plantea que la ética se ubica en el entre de estos dos regímenes de la ley de hospitalidad (2006, p.135).

Es interesante que la ubique en el “entre”, porque también la idea de política que sostenemos, se constituye en ese pendular constante entre una hospitalidad absoluta y una condicionada. Nuestra práctica está condicionada de manera múltiple y, además, un hecho fundamental es que el Otro institucional está fallado por estructura. Hay normas, límites, leyes, diagnósticos.

Existe lo obvio y lo esperable. Pero a la vez hay una necesidad imperiosa de ofertar las condiciones de posibilidad para que aquello que no forma parte de los saberes instituidos, pueda ser incluido también. Habilitar encuentros con la otredad que amplíen nuestras estrategias y aporten nuevas herramientas de pensamiento y acción. Alojar lo que viene del otro lado del muro fronterizo que constituyen las paredes de las instituciones de salud. Las fronteras territoriales son un hecho político, existen. Generan sus propios incluidos y excluidos. Es necesario estar advertido

de la flexibilidad que da, el saber que se está de un lado y del otro. Lo interesante son los intercambios que se pueden dar en esos límites, esos bordes, entre el afuera y el adentro, entre lo singular y lo colectivo, entre lo público y lo privado. Podríamos agregar, entre ser psicoanalista, agente estatal, ciudadano y también usuario de salud, todo eso a la vez.

De suma actualidad e importancia, Ignacio Lewkowicz ha desarrollado, de una manera precisa, el estado de nuestras instituciones. Muchas veces erigidas como pequeños mundos aislados, presentan una anarquía respecto al afuera y una tiranía despótica en su interior (2004, p.47). Instituciones que no aportan al afuera y no toman nada de ese exterior. Ejemplo de esto son las instituciones que tienen escasa comunicación con la comunidad a la que pertenecen ¿Cuál es la realidad en los barrios, en la calle, en la comunidad? ¿Qué pasa allí? Si no nos hacemos preguntas, si continuamos en la comodidad de los saberes que solo tapan con una mano el malestar, es imposible pensar a la salud como un derecho social.

La *potencia del gesto* puede ser el elemento que otorgue las condiciones de posibilidad para esta política de la hospitalidad. Gesto que se da o no. La invención de gestos y actos performativos (Mitre, 2021) que habiliten la acogida del otro en cada consulta, en cada intervención. ¿Como vamos a hacer para resistir a una época que forcluye las cosas del amor?, se pregunta

Tomasa San Miguel (2019), al mismo tiempo que rescata la necesidad del gesto amoroso y la transferencia en tanto amor, como una dimensión política. Dufourmantele plantea la importancia de hacer “los gestos apropiados para frenar la enfermedad, cerrar la herida, apaciguar el dolor: el cuidado está asociado desde el inicio de la humanidad a la dulzura. Expresa la intención del bien, de lo que se da más allá del acto médico o la sustancia analgésica” (2013, p 32). Hacer de la salud/enfermedad un mercado, es hacer de las personas una mercancía que es cuidada o no en función de lo que vale para las empresas. No hay dulzura posible en esos negociados ni posibilidad de pensar en prácticas de salud que fomenten la construcción de vínculos sociales de cooperación y cuidado. A modo de representación de esta propuesta, el siguiente fragmento clínico:

El servicio de traumatología había pedido interconsulta a salud mental para evaluar a Guido. Éste se encontraba internado, recientemente amputado de una pierna, y como no hablaba con el equipo médico, les era imposible despejar la pregunta ¿se cayó accidentalmente o se tiró a las vías del tren? Guido se peleaba con ellos, rompía cosas. Presentaba antecedentes de consumo problemático de alcohol, estaba viviendo en la calle, pedía dinero para sobrevivir. Al entrevistarle contó que el día que cayó en las vías del tren, había tomado mucho alcohol en el marco de

que Argentina había ganado su tercer mundial de fútbol. No se había tirado, ni había presentado jamás ideación suicida.

Guido estaba enojado, dolido, entristecido. Había perdido todo. Una novia fallecida hacía veinte años, un padre hacía diez, la comunicación con sus hermanos, el trabajo de pizzero, la casa en la que vivía. Ahora una pierna. Tenían que operarlo de la otra, y la postergación de la operación, prolongó su permanencia en el hospital por 3 meses y medio. Esto dio tiempo para hablar sobre esas pérdidas en las que había quedado detenido. Recuerdos relatados en un tiempo presente cargado de tristeza y resignación. Guido comenzó a irse del hospital a consumir alcohol. Consumía y volvía, consumía y volvía.

Esto trajo muchas conversaciones, debates con el equipo de traumatología, que ante el temor de que el paciente en situación de consumo volviera a accidentarse, le dieron un ultimátum sobre la posibilidad de su permanencia allí. Si se volvía a ir, no podría reingresar. Se fue.

Tres días después, se encontraba con su silla de ruedas a una cuadra del hospital. La psicóloga no dudó en asistir casi corriendo para conversar con él, lo citó para el día siguiente. Se quedaba en la puerta del hospital, en el borde, y se iba. Se quedaba en la puerta de salud mental buscando a las psicólogas y pedía ayuda: *“tengo miedo de volver a caer”*.

Volvió a traumatología, quienes lo admitieron de manera ambulatoria. Volvía y se iba. Nos comentaba que en el pasado abandonó muchos tratamientos que, al dejar de asistir, se cerraron. Cayeron.

Pensamos en la importancia de que la institución sea un lugar de referencia al cual volver. Que sea a la vez un adentro y un afuera. Es así que

la institución—y la institución que está en nosotros— se vuelve un borde posible para los juegos fundamentales con el Otro de los cuidados, aquellos que en muchas ocasiones no han tenido lugar para su despliegue. Un lugar propicio para favorecer la articulación, la mezcla de pulsiones de vida y muerte. Lugar como borde entre lo vivo y lo muerto que habita en cada uno. Nuestra persona puede

PH: Pexels.com | Inzmam Khan



ser tomada como un objeto identificable, un objeto causa de un trabajo que favorezca la integración, el lazo social y una ética del cuidado de sí y del otro. Integración de lo diverso y no un encierro de la mismidad. La oposición al hacer entrar a la fuerza, lógica que se oculta detrás del significante reinante del presente momento socio-histórico argentino: libertad.

En este marco, el compromiso es con un hacer reflexivo, que incluya no solamente la lectura clínico-institucional del lugar a donde pertenece el ejercicio de la propia práctica, sino en un terreno mucho más amplio. Allí donde se cuestionan y se golpean derechos ya conquistados como la ley de Salud Mental ley 26.657. Frente al avance de los intereses económicos por sobre los culturales, sociales e históricos, ¿cómo sostener el gesto amoroso, la hospitalidad, y la humanización de nuestras acciones?

Por último, como fundamental para pensar las políticas de la hospitalidad, es necesario regresar a las enseñanzas de Winnicott en relación al acto creador y el vivir de manera creativa. La potencia de propiciar la novedad en las prácticas, sin desconocer lo que ya hay, con lo que ya se cuenta. Crear y no dejar caer. Brindar los medios de expresión de la creatividad para contrarrestar los impulsos destructivos (Winnicott, 1990, p.62) en un contexto que promueva la reparación y no la prundización de las deprivaciones.

Las instituciones pueden erigirse como ambientes propicios para la construcción de confianza en los otros. Confianza, que en muchas ocasiones se encuentra inexistente debido a las carencias, vulneraciones, soledades y violencias ejercidas contra las subjetividades desamparadas que solemos recibir. El hecho de ejercer la propia práctica de manera creadora y que no sea un mero acatamiento de lo ya dado, es lo que vivifica el quehacer clínico y ofrece un lugar potencial para el juego, la vida y el hacer comunidad. No solo de ese sujeto/usuario/paciente/ciudadano sino también de la institución que se constituye en el mismo acto.

#### **Bibliografía:**

Derrida, J. (1997). La hospitalidad. Ed: de la Flor. 2006.

Dufourmantelle, A. (2013) Potencia de la dulzura. Ed: Noctura. 2021.

Mitre, J. (2021). Una hospitalidad analítica. Revista el Sigma. Recuperado de <https://www.elsigma.com/hospitales/una-hospitalidad-analitica/13966>.

Lewkowicz, I. (2004). Pensar sin estado: la subjetividad en la era de la fluidez. Ed: Paidós. 2016.

Winnicott, D. (1990) Deprivación y delincuencia Paidós, Ed: Paidós,

San Miguel, T. (2019). Políticas. Revista Huellas. Psicoanálisis y territorio. Volumen (3), pp 29-40.

03

**YO MILITO**

03



---

Hace unos años, en plena campaña electoral presidencial, un joven me solicita un horario de consulta. Cuando concurre se presenta del siguiente modo: “yo milito”. Evidentemente sin percatarme, mi cara me debe haber delatado ya que inmediatamente dice: “quédate tranquila, soy de la Cámpora”. Debo confesar que no sólo me reí de su comentario sino que me alivió considerablemente.

A raíz de esta situación en ese momento me pregunté algunas cosas:

¿Cómo sabía que yo tenía la misma afinidad política e ideológica que él?

¿Si hubiera sido de un partido político opuesto a mi ideología lo hubiera podido atender?

¿Cuáles son los efectos transferenciales en un comienzo de un tratamiento posible con este modo de inicio?

La primera pregunta logré dilucidarla simplemente con preguntarle. Resultó que me había googleado y además, me dijo, “con ese perfil de whats up que tenés ...”. No pude saber qué fue lo que encontró en google, pero evidentemente no tenía que ver con alguna actividad científica, lo cual me llevó a repensar lo que publicaba ya que no sabía si quería que mi ideología circulara tan abiertamente (resabios de otra época?). Mi

perfil tenía un pañuelo verde ya que se estaba discutiendo la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo en el Congreso. Hubo allí un cálculo en colocar esa imagen en mi perfil, porque aún hoy continúo teniendo la convicción de que esta ley es fundamental para la salud mental de la población.

La segunda me llevó a revisar qué me estaba pasando con los y las pacientes que sabía que iban a votar a la oposición. No eran muchos esos/as pacientes (casualidad?) sin embargo me di cuenta que a veces intervenía subjetivamente (somos sujetos del inconsciente) cuando me hablaban del tema de su elección. Sin embargo ninguno militaba y tampoco les interesaba tanto la política. Como a mí sí me interesaba (y me interesa) se me filtraba una intención (insisto que era inconsciente) para que cambiaran su voto. Esto lo leí como un obstáculo para la escucha y recurrí a la indicación freudiana de la abstinencia. De todos modos debo reconocer que me sentía (y aún me siento) más cómoda para escuchar a los y las pacientes afines políticamente. Pero no me impide escuchar el padecimiento subjetivo.

La tercera es una pregunta clínica y nos lleva a pensar en la elección de un analista y en las entrevistas preliminares a un análisis.



**Lic. Irene Scherz**  
ischerz@gmail.com

Psicóloga Clínica. Psicoanalista. Especialista en Política, Evaluación y Gerencia Social. Jefa de Docencia del Departamento de Docencia e Investigación

Sigmund Freud ubicó un periodo preliminar diagnóstico necesario e imprescindible para todo tratamiento. Situar las coordenadas de la estructura en función del síntoma nos permite ubicar nuestras intervenciones, o sea, la posición del analista. Son las condiciones para un posible tratamiento psicoanalítico y nos previene en ser cautos con las interpretaciones ya que no conocemos al sujeto que llega. No sabemos de su estructura.

Para Jacques Lacan las entrevistas preliminares son, como su adjetivo lo indica, lo preliminar a un análisis. Se trataría entonces, de aquel movimiento que transforma una pregunta o molestia en demanda de análisis. O sea, todo se juega en ese tiempo para que la transferencia analítica se instale.

Volviendo a nuestro sujeto militante, cómo ubicar ese modo de presentación? Cómo reubicar la abstinencia del analista?

Durante su tratamiento los temas sobre política tenían lugar al inicio de cada sesión y durante la salida del consultorio. Su motivo de consulta tenía que ver con no poder ocuparse de su vida personal ya que concebía la política como un hacer por los demás. Si bien tenía amigos se sentía solo. Acababa de fracasar una relación amorosa de la cual había quedado muy dolido. Al comenzar a revisar las razones de esa ruptura comienza a angustiarse. Inicio de un duelo postergado ya que su compromiso político lo impedía. Comienza a ubicar y limitar

la demanda de la gente que le solicitaba cada vez más cosas. Esto lo agobiaba. Esto da lugar a transitar un duelo con la tristeza que conlleva.

En Psicología de las masas y análisis del yo, Freud establece la indivisibilidad del sujeto como individual y/o social. Esto es, una tratamiento psicoanalítico se ocupa del sujeto que incluye su relación con los/as otros/as, con la realidad social y política. Las lecturas erróneas de la funcionalidad de la abstinencia del analista han llevado a algunas generaciones a no estar a la altura de la época. El Psicoanálisis es social y entendido así, somos sujetos políticos. Psicoanalistas y pacientes estamos atravesados/as por las condiciones de la época y como tal, esta circunstancia no puede ser excluida de los tratamientos. Los conceptos fundamentales del Psicoanálisis no son sin la escena del mundo. Estas producen subjetividades y anudan síntomas, podríamos decir, epocales.

En los comienzos de mi práctica psicoanalítica hacía poco tiempo que en el país habíamos recuperado la democracia. La formación en la carrera de Psicología de la UBA era fundamentalmente psicoanalítica y si bien esta orientación fue la que me interesó profundizar y en la cual me enmarqué, había una pregunta que me insistía y me convocaba a continuar mi búsqueda. Tarea recomendada a todos/as los/as profesionales: siempre continuar la búsqueda, el deseo del analista no es sólo tener ganas de atender pacientes, es preguntarnos por la causa. Siempre.

En esos tiempos mi búsqueda avanzó por el lado de la Psicología Social, Pichón Riviere había dejado su marca. Si bien aprendí y conocí modos distintos de transmisión, ese pasaje por la Escuela de Psicología Social me enseñó acerca de la función de un analista. No podemos prescindir y recortar al sujeto de la política y de su relación con los otros/as. La subjetividad es poder hacer esa lectura incluirla y trabajarla. Tanto con nuestros/as pacientes como con nosotros/as mismos/as.

Volviendo a las cuestiones de esa época, en esos años me preguntaba qué haría si me consultara un torturador, un apropiador o alguien ligado a una posición perversa o consecuente al discurso que justificaba el accionar represivo con la siniestra frase “algo habrán hecho”.

Obviamente mi respuesta fue que ese era mi límite. No hubiera podido. Por suerte no tuve que pasar por esa experiencia.

Hoy me encuentro transmitiendo a los jóvenes en formación algunas cuestiones de las épocas. Las nuevas corrientes psicológicas atienden el aquí y ahora prescindiendo muchas veces de la historia del sujeto que consulta y de la realidad social y política. Por supuesto que apuntan a la mejoría emocional o a la resolución de conflictos brindando herramientas para ello, el Psicoanálisis también apunta a ese objetivo pero por añadidura. La pregunta por la causa nos lleva indefectiblemente a revisar la historia familiar y social de ese particular sujeto en este

país (o donde fuera) y en este mundo.

El joven que me lleva a reflexionar acerca de la Psicología y la política me enseñó que no es posible la clínica psicoanalítica sin incluir cuestiones de la época, en este sentido, tomar posición es fundamental para orientar los tratamientos.

Tomamos posición, como profesionales de la Salud Mental acerca de violencia de género y de violencias en general, nuevas sexualidades, la legalidad de la IVE, el maltrato, las nuevas tecnologías, etc.

Como psicoanalistas orientamos al sujeto en tratamiento por la vía del deseo, esto implica acompañar el movimiento e interpretar en vías del cambio de posición subjetiva. Señalamos y ubicamos el sufrimiento cuando la angustia presentifica esa posición de objeto de goce por el cual sufren.

O sea, el movimiento es de subjetivación. Entonces, las violencias de todo tipo son repudiables y nuestro acto analítico es denunciarlas. Damos lugar al sujeto en las nuevas sexualidades ya que la elección es a cuenta de cada sujeto. Acompañamos los deseos de una mujer en su posición respecto a materner. Protegemos a los/as niños/as y jóvenes de los maltratos ya que los daños subjetivos son irreversibles. Nos formamos y aprendemos de nuestros/as pacientes nativos digitales para acompañarlos.

*Yo soy psicóloga.  
Yo también milito.*

**LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN  
PRIMARIA DE SALUD PÚBLICA DESDE  
LA SALUD MENTAL, LAS  
TRANSFORMACIONES NECESARIAS**



**Ana María Planella**

*Lic. en Psicología*

Diplomatura en Salud Pública (Diciembre de 1986). Maestría en Administración Pública (1992 a 1993). Hospital Municipal General de Agudos, Parmenio Piñero (1977 a 1982). Hospital de Emergencias Psiquiátricas, Torcuato de Alvear (1983 a 2021).

**Política de salud en tiempos de Pandemia por Coronavirus: La aplicación de la estrategia de la Atención primaria de Salud Pública (A. P. S.)**

Se debe tener en cuenta la equidad en el abordaje de la pandemia y reorganizar asistencialmente el Sistema de Salud.

Los principios rectores son:

1) Problemas de salud en AMBA y Provincia de Buenos Aires:

**LOS PROBLEMAS QUE SE PERCIBEN:**

Desde el equipo de salud y desde los pacientes son la demanda espontánea y la demanda inducida por el equipo de salud en la comunidad (corresponde a lo que se ve del tempaño).

**LOS PROBLEMAS QUE NO SE PERCIBEN:**

Son la demanda oculta y

**Fenómeno del Iceberg**



reflejan los problemas sociales (el tempaño sumergido en el agua).

**PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES:**

- 1) COVID19.
- 2) Aumento de la desnutrición en

- chicos 0-10 años.
- 3) Sarampión: baja cobertura de vacunas.
- 4) Dengue: es necesaria la participación de la Comunidad.

**La estrategia de ATENCION PRIMARIA DE SALUD (A. P. S.)**

La ATENCION PRIMARIA DE SALUD (A. P. S.) es una estrategia de poder de la política de salud que se utiliza para el cambio del Sistema de Salud

Concretar la A.P.S. es una utopía. Por lo que se la representa como una estrella en el firmamento, inalcanzable como la utopía. (Ver gráfico Utopos= A.P.S.)

Los elementos que componen a la A.P.S. son:

1. TA: Tecnología Apropiaada. Utilizar desde historias clínicas digitales hasta tomógrafos, ecografías, etc., según se necesite.

2. NMO: Nuevas Modalidades de Organización. Organizarse con promotores de salud y con personas de la comunidad.

3. AE: Autonomía de las Especialidades. Lograr la interdisciplina con autonomía en su campo de trabajo de cada profesión.

4. RHNC: Recursos Humanos No Convencionales. Maestros, antropólogos, etc. Y personas con liderazgo comunitario.

5. PIN: Programación Integrada por Necesidades. Programas de salud en base al diagnóstico local de necesidades comunitarias.

6. RFS: Reorientación del Financiamiento Sectorial. Orientar el financiamiento del sector salud en función de las necesidades comunitarias.

7. AI: Articulación Intersectorial. Articular los programas del sector salud con otros sectores.

8. PC: Participación Comunitaria. Lograr la participación ciudadana y comunitaria.

9. CT: Cobertura total. Cubrir toda la región (100%) con atención integral.

10. UDFS: Unidad Dinámica y Funcional de la Salud. Que el Sistema de Salud funcione como una unidad dinámica y funcional, en red.

# Los componentes de APS

UTOPOS: APS



**Referencias:**

- + TA: Tecnología Apropiaada.
- + NMO: Nuevas Modalidades de Organización.
- + AE: Autonomia de las Especialidades.
- + RHNC: Recursos Humanos No Convencionales.
- + PIN: Programación Integrada por Necesidades.
- + RFS: Reorientación del Financiamiento Sectorial.
- + AI: Articulación Intersectorial.
- + PC: Participación Comunitaria.
- + CT: Cobertura total.
- + UDFS: Unidad Dinámica y Funcional de la Salud

**II) Resoluciones de los problemas desde la red integrada del sistema de salud.**

Para empezar con los problemas de salud en AMBA se presenta como solución la reestructuración del sistema público y relacionar al centro de salud, con el hospital y las redes de lo local o de la provincia. Combinando el área institucional con la comunitaria y a través de actividades de investigación - acción con enfoque epidemiológico saliendo desde los centros de salud con los equipos interdisciplinarios de salud hacia la comunidad para realizar actividades de prevención y también, de derivación al 2do. Nivel de atención (Internación) o al 3er. Nivel de atención (Rehabilitación).

- 1) Accesibilidad en la atención: a través de los medicamentos o prestaciones diagnósticas y de tratamiento. Refuncionalizar los turnos.
- 2) El área materno-infantil: con

perspectiva o visión de género y de los derechos.

- 3) Descentralización del sistema de Salud: requiere la integración de la red de hospitales con los centros de salud.



- 4) Modelo de financiamiento: análisis de cada región sanitaria de la provincia, en función de la ley de co-participación. Sustener el financiamiento privilegiando el 1º nivel de atención para prevenir el Covid-19.

- 5) Política de medicamentos: lograr producirlos en Argentina. Esto significa "soberanía". Los medicamentos producidos aquí tienen que ser certificados por el ANMAT. La dispersión de

precios de los medicamentos debe ser ordenada. Se debe seguir la ley de prescripción de medicamentos por genérico.

6) Salud Mental: poner el acento en los consumos problemáticos. La desmanicomialización: significa que se debe trabajar en red y generar dispositivos comunitarios.

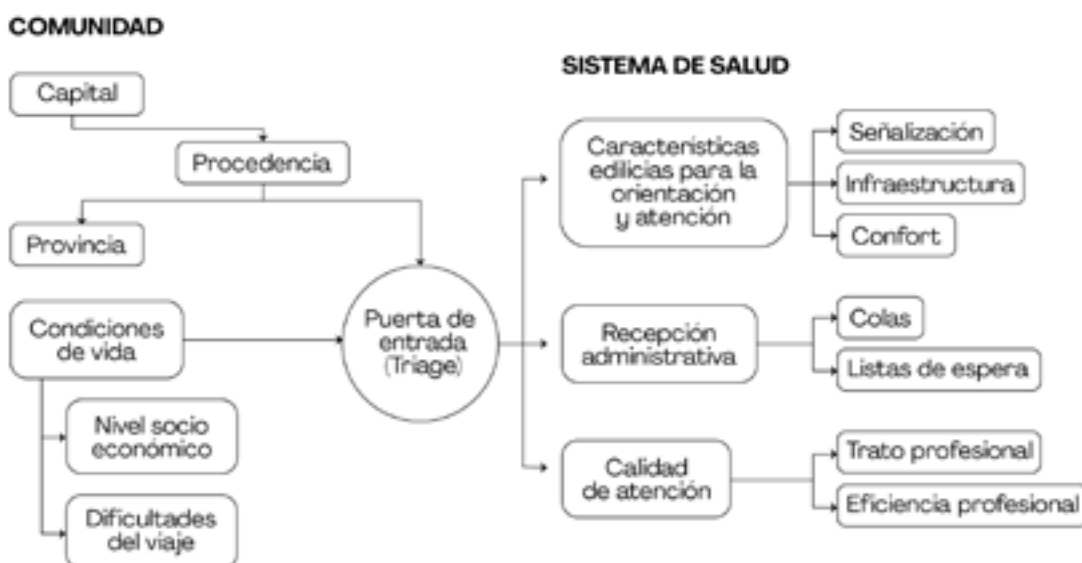
7) Los ejes del Plan de Salud Municipal: a) Prevención Primaria. b) Respuestas regionales para prevención secundaria y terciaria. Estos aspectos deben estar interrelacionados.

8) Informática en Salud: debe ayudar a reformular el Sistema de Salud, así, por ejemplo, la Historia Clínica debe ser digitalizada.

9) Los equipos de Salud de la Comunidad insertos en los centros de salud y hospitales: deben ser financiados y deben equipar los tráileres destinados a la atención del Covid-19.

10) Flujos de accesibilidad: Relación comunidad - sistema de salud.

El esquema sinóptico expresa los elementos estructurales que convergen en la accesibilidad.



### III) Resolución de los problemas del sistema de salud en AMBA y Provincia de Buenos Aires en el marco de la pandemia

Triage: En función de los elementos estructurantes: **Recepción administrativa y atención profesional**, observamos que es de importancia la organización intraestructural en los establecimientos asistenciales en función del trabajo interdisciplinario específico; lo cual significa, en algunos casos una redistribución de los recursos humanos poniendo el acento en la "Admisión en equipo interdisciplinario organizados por áreas según la prevalencia de síndromes y la expresión de demandas manifiestas de los usuarios".

El Triage en los hospitales monovalentes de Salud Mental se constituye en la puerta de entrada de los pacientes y es atendido por profesionales en equipo interdisciplinario, y regulan la entrada a los diversos lugares del hospital.

Asimismo, otra posibilidad de organización del sistema de recepción consiste en realizar también, esclarecimiento informativo y orientación profesional como instancia institucional. Para su concreción se hace imprescindible el promover programas para la formación y capacitación que impulsen unidad de criterios y coordinación de actividades

del equipo de salud en función de acciones integradas dirigidas a la facilidad de acceso de la comunidad a la atención.

#### 11) La Salud en relación a la escuela:



La Salud es una construcción colectiva entre el equipo de salud interdisciplinario y la Comunidad. Cada Municipio de acuerdo a cómo está constituido implementa diferentes modelos para manejarse en la organización de la salud. Desde prevención del hospital se puede insertar el equipo interdisciplinario en la escuela con educación sanitaria principalmente en salud bucal, educación sexual y nutrición.

#### La unidad de atención comunitaria

**Unidad de atención comunitaria:** Representa las distintas posibilidades de interrelación entre el equipo interdisciplinario de salud (ESI), el supervisor intermedio (SI), el agente de salud (AG) y el promotor de salud (PS). ESI: Está formado por Antropólogo, Asistente social, Fonoaudiólogo, Maestro especializado, Médico general, Neurólogo, Nutricionista, Psicólogo, Psicopedagogo, etc.

Trabaja saliendo desde el hospital, o desde el centro de salud, o desde el puesto sanitario, o desde el puesto fijo.

- Primero: visita a la comunidad y a las familias. Se comienza por visitas a las familias de la región a través del ESI y los agentes de salud y/o promotores de salud, con SUPERVISORES DE SALUD, que facilitan el diagnóstico integral comunitario de las necesidades de la comunidad. Se pueden generar puestos comunitarios, tales como que, el equipo actúa en determinada región del barrio (puesto fijo) o se concentra con la unidad de atención en una casa o local destinado a la atención del primer nivel de atención (puesto sanitario).

- Segundo: asambleas con la comunidad para generar grupos de trabajo que se ocupen de los temas prioritarios para resolver los problemas de la comunidad a nivel bio-psico-socio-ecológico.

- Tercera: constitución de talleres de prevención y promoción de salud, y salud mental.

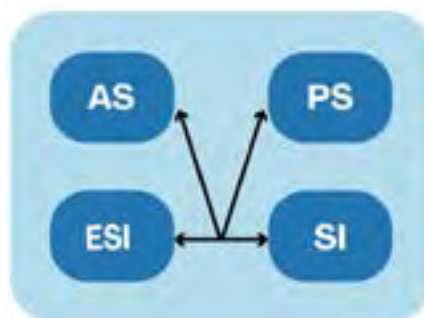
- Cuarto: los grupos de orientación en salud dan origen a una organización social. Luego se dan grupos de orientación a nivel de prevención de acuerdo a los problemas prevalentes detectados en





la comunidad, centrados en educación para la salud.

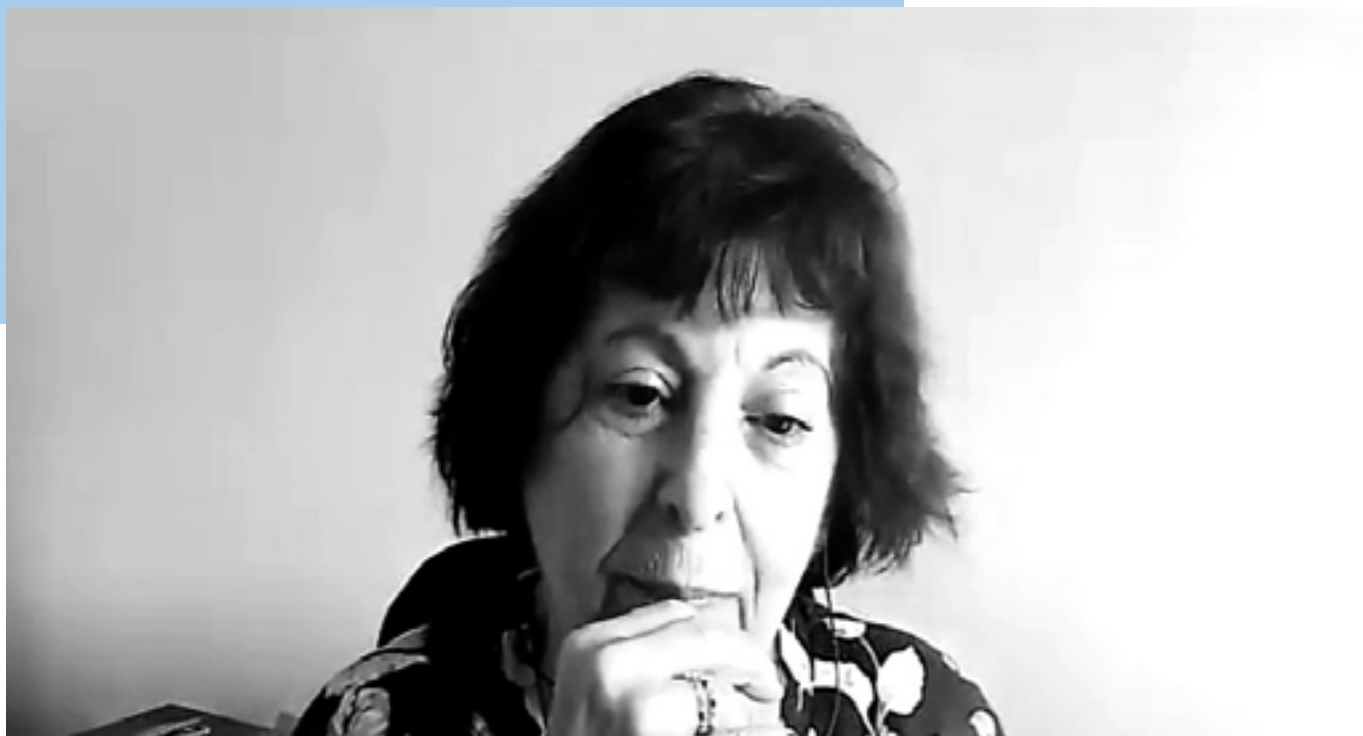
**La unidad de atención comunitaria como unidad ejecutora de las acciones de salud PARA COVID19.**



- Quinto: se constituye el centro comunitario que da respuestas a la salud integral de la comunidad. Finalmente se transforma en un centro comunitario, pues responde a las necesidades poblacionales. Surge un nuevo paradigma que nos pone en un lugar distinto que consiste en trabajar en equipo y en red interdisciplinaria y también intersectorial. Desde el nivel institucional se realiza el abordaje del nivel comunitario a través de la unidad de atención comunitaria para hacer un diagnóstico comunitario y un programa de salud local participativo.

A medida que se desarrolla el centro de salud se da una Organización para la salud centrada en los grupos de prevención elegidos para resolver los problemas de ese barrio.

En Salud es importante la continuidad del cuidado, la participación ciudadana, la transparencia, la tecnología de la información y la colaboración.



## Entrevista a Alicia Lo Giúdice

Alicia Lo Giúdice es psicoanalista y directora del Centro de Atención por el Derecho a la Identidad, un servicio de salud mental de Abuelas de Plaza de Mayo que, además de atender las demandas propias de Abuelas, está abierto a la comunidad. El Centro se inauguró el 20 de agosto de 2003 en un espacio cedido por el Gobierno de la Ciudad. Para ese tiempo, Abuelas había conseguido un fondo de apoyo económico otorgado por la Unión Europea que ayudó a plasmar este proyecto ideado por quienes acompañaban a Abuelas en el proceso de búsqueda y restitución de sus nietos.

En esta ocasión, abordando la temática de la 7ª edición de nuestra Revista #Somos

APGCABA acerca de Psicología y Política, realizamos una entrevista con Alicia Lo Giúdice en la cual recuperamos la historia de su trabajo en el Centro de Atención de Abuelas de Plaza de Mayo.

A su vez, trayendo su voz y su experiencia, nos proponemos transmitir a los/as psicólogos/as de las nuevas generaciones, esta oscura y trágica historia de nuestro país, en tiempos negacionistas.

Cuenta Lo Giúdice: “Abuelas se funda en el año 77 para buscar dos generaciones, sus hijas e hijos, que habían sido secuestrados/as y desaparecidos/as y los/as nietos/as también secuestrados/as y desaparecidos/as y que

fueron apropiados/as.... Entonces Abuelas en ese inicio, hacen algo interesante que es, tomando lo que plantea Lacan: que para que haya una transmisión se necesitan tres generaciones. Y en abuelas lo tenemos porque están las abuelas, los/as desaparecidos/as, madre y padre y los nietos y nietas desaparecidos/as que intentan ubicar a través de lo que jurídicamente se llama restitución de identidad.”

Entrevista realizada por Irene Scherz

[Mirá la entrevista completa aquí](#)

# CURSOS 2024

## ¡INSCRIPCIONES ABIERTAS!

**CAPACITACIONES 2024**

**Neurociencia: Aspectos teóricos y prácticos para la evaluación de las funciones cognitivas**

INSCRIPCIONES ABIERTAS

ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS EL CANTÓN DE ALAJUÁ



**CAPACITACIONES 2024**

**Evaluación y Abordaje del Riesgo en las Urgencias en Salud Mental: Aspectos Clínicos, Legales y Abordajes Interdisciplinarios**

INSCRIPCIONES ABIERTAS

ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS EL CANTÓN DE ALAJUÁ



**CAPACITACIONES 2024**

**Curso de Actualización en Psicología Clínica**

INSCRIPCIONES ABIERTAS

ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS EL CANTÓN DE ALAJUÁ



**CAPACITACIONES 2024**

**Neurociencia del envejecimiento.**

INSCRIPCIONES ABIERTAS

ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS EL CANTÓN DE ALAJUÁ



**CAPACITACIONES 2024**

**Clínica de la Orientación Vocacional. Iniciación a la práctica.**

INSCRIPCIONES ABIERTAS

ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS EL CANTÓN DE ALAJUÁ

