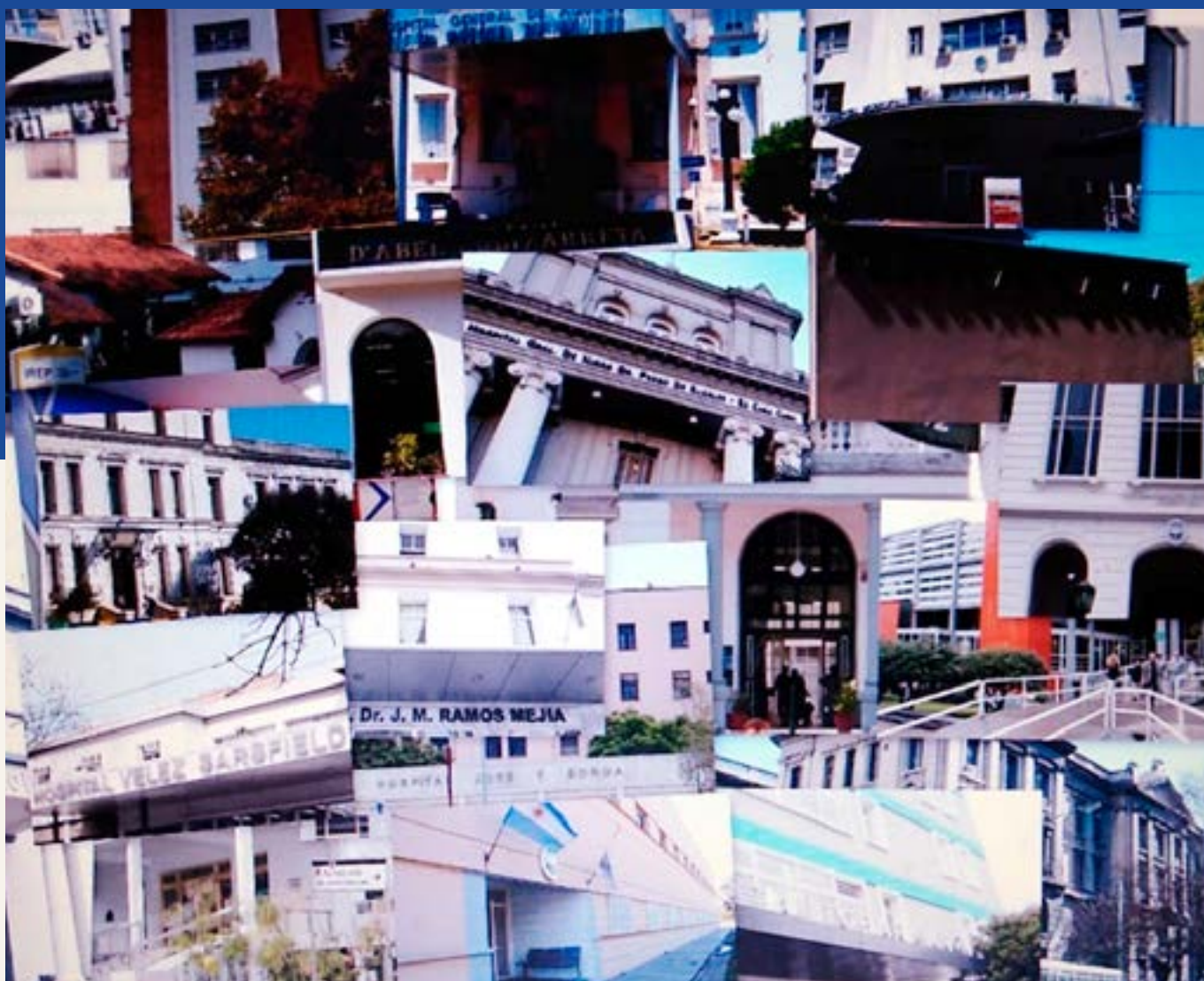


#Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la CABA

1ra Edición | Abril 2022



ASOCIACIÓN DE
PSICÓLOGOS
DEL GOBIERNO DE LA CABA

EDITORIAL

Compañeras, Compañeros

Si bien la importancia de la Salud Pública se puso de relieve con los estragos de la Pandemia, desde hace más de 30 años continuamos en nuestra defensa por los derechos de los y las trabajadoras y trabajadoras, desde la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad de Buenos.

Hoy, como representante de un gremio que continúa apostando a la participación y construcción de redes y lazos, celebro la edición del primer número de nuestra Revista **#SomosAPGCABA**.

Es nuestro principal objetivo ofrecer una herramienta para la difusión de nuestra actividad, así como para la producción de textos de compañeros y compañeras psicólogos y psicólogas, que forman parte de nuestro sistema público de Salud.

Proponemos la Revista como un aporte a nuestra estrategia de incorporar la Salud Mental prioritariamente en una visión integral de Salud.

Hoy nos encontramos en plena lucha por el salario de nuestros y nuestras representados y representadas y mejores condiciones de trabajo. Por la incorporación a la carrera de las psicólogas y los psicólogos que se encuentran trabajando en Salud, pero dentro del escalafón general. Por el acceso a los cargos de conducción. Por las especialidades. Y por el pase a planta de quienes hace muchos años vienen trabajando como suplentes de guardia.

Es así como, **#SomosAPGCABA**, la Revista de nuestra Asociación, es una acción más para representar y visibilizar la producción y diversidad de prácticas y actividades científicas, tanto en los Hospitales Públicos como en los Centros de Salud. Mostrar nuestro compromiso, y seguir aportando al desarrollo de nuestro colectivo profesional.

Andrés Añón

Presidente de la Asociación de
Psicólogos del Gobierno de la
Ciudad de Buenos Aires

LOS Y LAS PSICÓLOGOS Y PSICÓLOGAS EN LA SALUD PÚBLICA

Iniciamos hoy, con mucho entusiasmo y alegría, un recorrido de transmisión presentando nuestra Revista #SomosAPGCABA.

Nos interpela, en nuestra primera edición, la pregunta por nuestra función como psicólogos y psicólogas en los Hospitales Públicos y Centros de Salud de la CABA.

Presentamos en este Número diferentes textos que relatan acerca de nuestros lugares y de nuestro saber hacer como psicólogos y psicólogas

en una institución, en el marco de la Salud Mental.

Un primer tema, para nuestra primera edición, que propone dejar una marca de inicio de una transmisión construida por todos y todas los y las que formamos parte de la comunidad del sistema público de Salud Mental.

Preguntarnos y reflexionar acerca nuestro hacer es necesario e indispensable para continuar con la defensa y la lucha de nuestros derechos

como trabajadores y trabajadoras. Preguntas por el cómo, el dónde, el por qué y el dónde como psicólogos y psicólogas abren debates, pero a su vez reafirman nuestro saber hacer. La práctica de la Psicología nos orienta, así como, los diferentes quehaceres en las distintas instituciones.

Los y las invitamos entonces a acercarnos propuestas, textos, iniciativas de nuestras experiencias en el Hospital Público y Centros de Salud.

Irene Scherz

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

EQUIPO EDITORIAL

Directores:

Andrés Añon y Aldo Pagliari

Coordinación General:

Irene Scherz

Equipo Editorial:

Susana Alfonso, Oscar Cott, Marcela Sahores.

Diseño y diagramación:

Romina Malla, para Zulu Estudio.

Delegados:

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

y Karina Chayan (Hospital Borda); Silvina Czerniecki y María Adelina Abraham (C.S.M. Nº1 Dr. Hugo Rosarios); Mercedes Elena Baldazzini y Claudia López Mosteiro (Hospital Durand); Gloria Virginia Rodino y Gabriela Anllo (Hospital Elizalde); Silvia Mónica Serrao y Ademir Salinas Garrido (Hospital Fernandez); María Florencia Burghardt (Hospital Grierson); Adriana Bucahi (Hospital Gutierrez); Marisa Demayo (Hospital Muñiz); Stella Maris López y Marina Trejo (Hospital Moyano); María Verónica Luchtenberg y Beatriz Baldelli (Hospital Piñero); María Rita Lemoine (Hospital Pirovano); Patricia Ramos y Silvia Quevedo (Hospital Ramos Mejía); Silvia Paonessa (Hospital Rivadavia); Andrea Cristina

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



01

ENTRE CAMILLAS Y REPOSERAS

01



PH Marcela Sahores



Por la Lic. María Laura Marbán

Psicoanalista
 Psicóloga de planta del Hospital
 Muñiz
 Coordinadora local de
 Concurrencia de Psicología

Hace unos pocos años, una cátedra de Diseño Industrial (UBA-FADU) con docentes y alumnos y alumnas llevaron adelante un proyecto que consistía en reciclar y transformar antiguas camillas en desuso en reposeras con distintos formatos, las mismas se fueron distribuyendo en los espacios verdes del hospital para brindar comodidad a usuarios y pacientes.

Este dato, aparentemente solo de color es una pequeña metáfora de cómo está en permanente construcción la posibilidad de hacer lugar a dimensiones diferentes de la biológica y que exigen el tratamiento del cuerpo

orgánico. Ahora, estas reposeras se utilizan para descansar, reunirse al aire libre, charlar, hablar... cuestiones que implican reinstalar algo de la subjetividad, que en muchas ocasiones quedan por fuera del modelo de atención hospitalaria. Aún hoy insiste, con cierta inercia institucional, llamarlas camillas.

La aparición del sida en los años 90 y la reciente pandemia por Covid 19, dieron amplia evidencia de la complejidad que implicaba la atención de los pacientes y sus familiares afectados por estos virus, requiriéndose de nuevos dispositivos interdisciplinarios. El Hospital Muñiz es una

Institución Monovalente (Enfermedades Infecciosas) con un sistema de atención cerrada para Salud Mental. La mayoría de los pacientes que atiende el equipo padecen una enfermedad orgánica y se atienden en otros sectores del hospital. Esto marca de manera casi fundante, la conexión práctica y la articulación en el mejor de los casos de discursos que parten de esquemas referenciales diversos como son el Discurso Médico y el Discurso Psicoanalítico.

Es posible la interdisciplina o es una más de las tareas imposibles. Partiremos de la afirmación de que es posible el trabajo interdisciplinar que se construye en acto vez por vez, no a la manera de una complementariedad o suma totalizante de saberes sino como una "suplementariedad", siguiendo a Braceras/Lewkowicz, soportando ambas disciplinas el vacío que les es inherente a cada una. La enfermedad real marca el carácter suplementario posible de la conexión práctica de los dos cuerpos (o los dos discursos que traman los cuerpos erógeno y biológico) cuerpos que tienen mas que una relacion de orden, de desorden.⁽¹⁾

Breve relato de la inserción de una práctica

La inserción de un profesional de la Salud Mental en un hospital, es una práctica deseable y anhelada por muchos como lo demuestran la cantidad de postulaciones en exámenes y concursos para ingresar a la carrera profesional. El entusiasmo no evita confrontarse rápidamente con el sufrimiento, el dolor, la pobreza, y una complejidad que "sorprende con" lo puesto". Parafraseando a Ulloa nos interrogamos como Estar psicoanalistas frente a tamaño desafío, hay una clínica posible? En el año 1992, se convoca en nuestro hospital a un concurso para cubrir 10 cargos como psicólogos de planta. ¿Qué había generado esta inusual convocatoria en el ámbito de la Salud Pública?

La respuesta a esta pregunta no es ajena a la aparición en escena de los cada vez más numerosos "casos de sida" que requerían internación en las diferentes salas del hospital.

Junto a ellos venían aparejados una serie de cuestiones que ponían en jaque los fundamentos mismos del saber médico, que herían de muerte la idealizada función de curar. El Sida cuestionaba el modelo paradigmático de *diagnóstico-tratamiento-cura*.

A la impotencia por no curar y al dolor de ser testigo de la muerte de jóvenes en su mayoría, se asociaban con mucha frecuencia dificultades en la atención de pacientes con consumo problemático durante las internaciones prolongadas, no

⁽¹⁾ D.Braceras/I.Lewkowicz, Interdisciplina Suplementaria. Psicoanálisis y Hospital N°18 Año 2000.

respondían a los parámetros esperados para la población habitual hasta ese momento.

Se dice que el encuentro con un médico llega casi tan inexorablemente como el encuentro con la muerte y, con el malestar... la **interconsulta** con Salud Mental.

Definimos la interconsulta como un dispositivo con una modalidad de intervención donde hay una apelación al Otro cuando hay un saber en falta. Son frecuentes las consultas cuando hay una confrontación con la Nada: nada de diagnóstico-etología; nada de esperanza; nada por hacer (Ginette Rimbaud)... nada de adherencia al tratamiento. Allí fuimos convocados en un intento de restitución de ese saber-poder perdido por la medicina. La conformación de un equipo multidisciplinario, compuesto por la suma de "todos" los saberes no hacía sino ocultar la ilusión de que es posible un saber totalizador. Primer malentendido. El psicoanálisis nos habla de que hay un saber irreductible a la conciencia, un saber no-sabido que tiene otra lógica. Inconsciente y Pulsión se resisten a la domesticación. Poco a poco se fue logrando la inserción institucional de una práctica que al decir de Lacan siempre es extra-territorial y de margen con respecto a la medicina. ¿Cómo pensar las posibilidades de intervención desde este lugar de disyunción con lo "esperable", lugar complejo de borde, de corrimiento permanente de la expectativa de control social y de las exigencias del poder hegemónico ¿Cómo recortar a un sujeto de una categoría diagnóstica que lo aliena en la nominación del Otro?

La apuesta siempre será hacer lugar a la emergencia subjetiva.

En la interconsulta: **Quién, Qué** demanda, **para qué**. Poder situar algo de estos interrogantes nos permite leer una escena donde algo se traba, trastabilla, coge... brindar un espacio de escucha, por ejemplo, alojar a un sujeto angustiado ante la muerte de un compañero, dando lugar al despliegue de una historia singular y un posicionamiento determinado, permitirá al menos un resquebrajamiento de esa identificación, apostando a la apertura de un intervalo, paréntesis a un destino que se pensaba como inminente e inexorable.

Lo traumático que genera la angustia o sus diversas manifestaciones no es la entidad clínica en sí sino como esta se anuda en lo particular de cada sujeto. Ruptura de la cadena, irrupción de lo real, vacilación fantasmática.

Aquí una pequeña viñeta:

Llega a consultorios externos un paciente con una interconsulta de la infectóloga tratante porque ha abandonado el tratamiento Antirretroviral (ARV), ¿Cómo alguien abandona un tratamiento imprescindible para mantener sus defensas altas y no enfermar?. La médica le dijo que no lo iba a atender más, que se busque otro infectólogo.

"Me mandó acá como castigo...le falté como 4 meses" Tanto su madre como su pareja también insisten para que continúe con el tratamiento. Cuando se le marca que todos están preocupados menos él, Carlos dice: "Con el tratamiento yo **trato** y después **miento**..."

Aquí se abre la posibilidad de una dimensión subjetiva, en la que ya no se trata del TARV sino como un sujeto, que trastabillando responde al Otro. ¿Qué posición ética para el analista? Que sus intervenciones no se conviertan en una técnica moralizante que conduzca al paciente a tener una "conducta adecuada"

El hospital en tiempos de pandemia

Pasaron 30 años y varias epidemias, pero la contundencia en este caso del COVID 19 fue como un tsunami por su globalización vertiginosa y las consecuencias de toda índole, que arrastraba a su paso. En líneas generales, se pusieron en cuestión todas nuestras pequeñas certidumbres cotidianas y el impacto subjetivo fue enorme más allá de la implicación de cada uno. Como decía Kunderr, "ya no es posible escapar a ninguna parte" Nuestro hospital, por ser de referencia COVID se preparó particularmente para dar respuesta. Capacitaciones, cambios, transformaciones, incertidumbre, miedos y una espera angustiosa se combinaban en distintas proporciones. Reuniones urgentes de equipo, reformulaciones de tareas y de funciones, por momento caos, por momentos potencia de trabajo. Todo se iba modificando siguiendo el desarrollo de la pandemia, y los equipos iban ajustando dónde focalizar su trabajo, articulando con otros equipos y sectores. Fue así, que Salud Mental (psicólogos, psicólogas de planta, de guardia y concurrentes, psiquiatras, psicopedagoga) propuso la atención integrada preventivo y

asistencial con modalidad presencial y remota para pacientes, familiares y equipo de salud en su conjunto, (fundamentalmente a quienes estaban en la primera línea de respuesta). Esta última tarea, dificultada por estar todos, todas atravesados, atravesadas por por la misma situación de vulnerabilidad frente a lo que estaba sucediendo y donde la disociación instrumental aliviadora, no siempre era una tarea posible.

Al mediar la pandemia, se instrumentó un protocolo para permitir a familiares y allegados que visiten a los pacientes en situación crítica o de últimos días. Los y las psicólogos, psicólogas realizábamos las entrevistas previas a las visitas, acompañábamos también a colocarse los equipos de protección personal, entrar a las terapias y a la salida brindar un espacio de escucha para alojar el efecto de esta visita. La escucha como sostén inmaterial se mantenía aún en los silencios, los rezos, los llantos, el balbuceo íntimo... “me escuchará”? se preguntaban. Nuestra presencia, operando como tercero intentaba abrir un espacio para que esa despedida arme algún ritual que posibilite, en un futuro, inscribir esa pérdida.

Nada más humano que humanizar la despedida. Cabe preguntarse qué destino tendrán aquellos duelos que no tuvieron esa posibilidad.

En algún momento, como esas cosas que se cuentan en los pasillos del hospital, se dijo que un reconocido músico, murió en una sala de sida cantando un tango con su madre. No se

pudo confirmar esta versión, probablemente no fue así, sin embargo su mística y versión romantizada ayuda a velar (ocultar/ligar) lo irrepresentable de la muerte para el ser humano. Que el “óbito”, como se llama a la muerte en los hospitales, se torne en historia de una persona.

Para finalizar, dos relatos de un día en el hospital, agradezco haber estado allí para escucharlos, sólo fui testigo pero poner el cuerpo y disponerse a escuchar, conmueve el alma en primera persona...

Un médico intensivista, sensibilizado por mi relato en ocasión de una despedida (joven arrojada con sus manos al cielo orando por su padre internado en terapia) comenta un recuerdo para él conmovedor. Antes de intubar a un paciente que se encontraba lúcido tuvo una pequeña charla con él “*tengo posibilidades de salir de esto doctor?*” le pidió rezar, le tomó la mano,

rezaron juntos. Antes de sedarlo le dijo “*pensá en el recuerdo más lindo de tu vida...*”. Palabras que alivian aunque no haya despertar, gestos que anudan historia y humanizan la despedida.

El segundo relato tiene que ver con el agradecimiento, no cualquier agradecimiento, sino ese con mayúsculas que es inabarcable con palabras aunque también no es sin ellas.

Después de semanas de intubación, con partes diarios dados por la médica, con compromiso y empatía, y por el acompañamiento psicológico sostenido de mi compañera a la familia, el paciente fue dado de alta de terapia. Un familiar les dijo a los dos profesionales: “*No tengo palabras para agradecerles todo lo que el equipo hizo para que él salga adelante, el nombre de Uds. dos quedó grabado en nuestra historia familiar con nuestro eterno agradecimiento.*”

Todo... o algo dicho, todo pago.



**GUARDIAS INTERDISCIPLINARIAS
EN SALUD MENTAL CON NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES**



Documento Interinstitucional elaborado a partir de la presentación de la **Mesa “La Urgencia en Niñez y Adolescencia como política pública”** en las **1^oJornadas de Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental**, organizadas el 18 de Noviembre de 2021, por la Asociación de Psicólogos de la Ciudad de Buenos Aires y la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA.

Autoras y Disertantes de la Mesa: Lic. Mariana Castro (psicóloga del Hospital Elizalde), Lic. Mónica García Barthe (psicóloga psicóloga del

Hospital Gutiérrez) Lic. Erica Gunther (Trabajadora Social del Hospital Tobar García), Dra. Pilar Fernandez (Psiquiatra del Hospital Elizalde), Lic. Lucila López (psicóloga del Hospital Gutiérrez), Lic. Carina Rodriguez (Trabajadora Social del Hospital Elizalde), Dra. Virginia Rodríguez Lamas (psiquiatra del Hospital Gutiérrez) y Lic. Marcela Rositto (psicóloga del Hospital Tobar García).

Coordinadores: Lic. Irene Scherz y Lic. José Luis Seoane.

Compiladora: Lic. Irene Scherz

Cuando a comienzos del 2020 irrumpió la pandemia, la forma de trabajo instituida se vio abruptamente afectada. En el marco del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1/20 que el 16 de marzo de ese año declaró la Emergencia Sanitaria en el ámbito de la CABA, los servicios del hospital disminuyeron la atención presencial -algunos en efecto la interrumpieron- y fundamentalmente dejaron de admitir a nuevos pacientes. La guardia continuó su actividad en un marco de desconcierto y miedo generalizado, a la espera de instrucciones e insumos acordes a la gravedad que la situación imponía.

La especificidad de la guardia es la de brindar una escucha disponible en el momento en que se requiere. Es un estar ahí, a la espera. Cuando estamos "de guardia" ofertamos este espacio y cuando surge una urgencia con un niño, niña o adolescente la familia acude al hospital. Es la característica de la guardia estar las 24 hs. de todos los días del año disponible, que no comparte con

otros dispositivos de atención. Con el inicio de la pandemia se cancelaron todos los espacios de atención ambulatoria presenciales. Los primeros meses del ASPO no estaba autorizada la atención en consultorios, por lo que los y las colegas del sistema de prepagas, obras sociales y en sus consultorios privados se vieron obligados a cancelar la atención presencial. Aún hoy, muchos no la han retomado o lo han hecho parcialmente. El único dispositivo presencial de atención que permaneció todo este tiempo fue la guardia, con lo cual perdió su especificidad y actualmente nos encontramos diciendo que las consultas que recibimos "no son para la guardia". En la medida en que disminuyó la presión por los contagios

y se aliviaron las restricciones, las problemáticas de salud mental salieron a la luz con mayor gravedad, quedando la guardia como la única posibilidad de atención presencial.

Luego de la pandemia la demanda de atención en las guardias viene creciendo exponencialmente. Mayor riesgo y complejidad, mayor vulnerabilidad psicosocial, hostilidad, violencia, desbordes. Pacientes y familias relatan largos recorridos institucionales que dan cuenta de crónicas dificultades en el acceso a la salud.

Niñas, niños y adolescentes llegan a la guardia con serios agravamientos de los cuadros. Hemos observado un aumento importante de las consul-

PH Marcela Sahores



tas por Guardia, no sólo por la disminución de la atención en otros dispositivos, sino también, y fundamentalmente, porque venimos constataando mayor nivel de riesgo y agudización de los cuadros de Salud Mental Infanto Juvenil como secuela de la pandemia.

A su vez, la imposibilidad de contar con dispositivos donde derivar convierte a la guardia en un cuello de botella. Terminamos realizando seguimientos de pacientes estabilizados por no disponer de atención ambulatoria.

Por lo expuesto, exigimos porque es Urgente:

◆ Políticas Públicas de Salud Mental orientadas a niños, niñas y adolescentes que contemplen: su atención Ambulatoria y su Internación, el incremento de

lugares de derivación ampliando la dotación de profesionales para promover el armado de una red y dispositivos alternativos y comunitarios. De este modo, a partir de lo antedicho, rearmar los lazos perdidos dando efectivo cumplimiento a la Ley de Salud Mental.

◆ Apertura URGENTE de turnos para atención presencial en servicios ambulatorios de hospitales especializados, de niñxs y generales; que desde marzo de 2020 permanecen interrumpidos sin razón epidemiológica que lo justifique actualmente.

◆ Ampliación y fortalecimiento de equipos interdisciplinarios de salud mental para niñeces y adolescencias en el primer nivel de atención; a los fines de garantizar la accesibilidad al sistema de salud y el consecuente abordaje de situaciones complejas en instancias tempranas para evitar hospitalizaciones.

◆ Formación de redes intersectoriales e interjurisdiccionales, que permitan dar continuidad a los cuidados de las niñeces y adolescencias una vez atendida la Urgencia en Salud Mental.

◆ Cumplimiento efectivo de la Ley de Salud Mental N°26.657 y de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N°26.061, mediante la creación e implementación efectiva y eficaz de políticas públicas que garanticen a niñxs y adolescentes la restitución de derechos vulnerados.

"(...) Apertura URGENTE de turnos para atención presencial en servicios ambulatorios de hospitales especializados, de niñxs y generales; que desde marzo de 2020 permanecen interrumpidos sin razón epidemiológica que lo justifique actualmente."

03

**CONCURRENCIA EN EL
HOSPITAL PÚBLICO:
ESTADO DE ALERTA**

03

Por la Lic. Elsa Regueira

Contacto: regueiraelsa@gmail.com

Psicóloga del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Tobar García.

Directora del Posgrado de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes del Hospital Tobar García. Coordinadora local de la Concurrencia de Psicología Clínica del Hospital Tobar García.



Frente Hospital Tobar García. Fuente: Google images | Julio Ramos | Mayo 2017



de qué se trataba la famosa articulación teórico –práctica.

Aprendí cómo se escucha con la teoría como telón de fondo, pero nunca anteponiéndola, como diría Jauretche “no acomodar la cabeza al sombrero”, sino siempre recordar que “la clínica es soberana”.

Nada fue sola. La concurrencia implica estar con otros. Pares, tan perdidos como una al principio, y un montón de valiosos profesionales, con experiencia, dispuestos a la transmisión y al acompañar a cada uno de los que recién empieza.

O sea que la Concurrencia, no solo implica el compromiso y la puesta en juego del deseo de los ingresantes, sino también de todos los que los reciben.

De esto de aprender de otros y con otros, también aprendí que la única manera de ayudar a quienes consultan en un hospital es a partir del trabajo interdisciplinario. Es teniendo en cuenta otras disciplinas, cada una con su expertiz, que se tienen efectos terapéuticos en el paciente.

También es un aprendizaje dejarse atravesar por los huecos de nuestro saber, para dejar entrar otros saberes. Eso se aprende en el hospital y en la concurrencia, particularmente.

¿Por qué hablar de la Concurrencia? Porque hoy está en Jaque. Gravemente herida. Desde hace años se viene haciendo un trabajo lento pero continuo de vaciamiento de este tan importante Siste-

ma de Formación en Servicio.

Cada año son menos los que ingresan, se van sacando vacantes y ya circula la noticia de que se cierra.

Seguramente perjudicará a los hospitales que contarán con menos profesionales para atender las demandas cada vez mayores, pero también afectará a profesionales egresados de las Universidades y con el Deseo de seguir formándose.

Seguramente aparecerán nuevas formas, quizás más costosas para los nuevos profesionales, con otras modalidades, más acordes a esta época y más ligadas al pensamiento neoliberal. Pero estoy segura que no serán superadoras de la excelencia de la formación que brinda este sistema de Concurrencia.

Quienes tuvimos la suerte de formarnos en el Hospital Público, con profesionales de vasta experiencia, dispuestos a transmitir su saber, y, como en un juego de postas, hoy continuamos con ese legado, vemos con preocupación el posible cierre de la concurrencia y, con el cierre, el total desconocimiento del trabajo realizado hasta ahora, y desde hace muchos años, que al no considerarlo y no valorarlo, se perderá.

Se trata de seguir reflexionando, y dar una voz de alerta a quienes toman las decisiones ignorando el trabajo realizado. Se trata de continuar la lucha, para sostener lo valioso de lo que tenemos, de lo conseguido que no estamos dispuestos a perder.

Haber ingresado a la Concurrencia en un Hospital Público fue una de las mejores cosas que me pasaron en mi carrera profesional.

Fue el puntapié inicial de inserción en el sistema público que delineó el futuro recorrido. Marcó un camino.

Salir de la Facultad de Psicología de la UBA, me dio la posibilidad de contar con un enorme bagaje teórico, de alto nivel académico, de haber escuchado a grandes docentes, leído gran cantidad de textos, me introdujo el conocer varias posiciones teóricas. Es decir, tenía un amplio conocimiento académico, pero nunca había escuchado a un paciente de “verdad”.

Primer gran punto para la Concurrencia. Me mostró, me enseñó lo que era escuchar a alguien con algún padecimiento subjetivo y pude, ¡¡¡por fin!! Entender

UNA EXPERIENCIA RESIDENCIAL

Trabajo presentado en el Servicio de Salud Mental del Hospital "Carlos G. Durand" en el marco de la Residencia de Salud Mental.



Por la Lic. Aldana Sacristán

Licenciada en Psicología, UBA. Residente de 4º año de Salud Mental en el Hospital Durand. Docente de la cátedra de adolescencia II en la UBA. Posgrado en clínica con adolescentes (Centro Dos). Especialista en Psicología de la fertilidad (SAMER). Pasante de ONG Concebir. Actualmente cursando los estudios de la carrera de especialización en clínica de adultos y profesorado en enseñanza media y superior, ambos en la UBA.

“Un día, en retrospectiva, los años de lucha te sorprenderán como los más bellos”. Sigmund Freud, El porvenir de una ilusión, 1927.

Llegamos, acá se encuentran leyendo mi último ateneo de la residencia y me disculpo anticipadamente porque va a ser un ateneo diferente a los previos, con bastante contenido autorreferencial y un tinte nostálgico. Pretendo hacer un recorrido de lo que para mí fue el pasaje como residente por un hospital, basándome en mi experiencia y aprendizajes particulares, hacia una forma de pensar el rol del psicólogo- y del psicoanalista- dentro del sistema público de salud, y a la vez, qué considero que aporta dicho tránsito a nuestra formación profesional como psicólogos clínicos. Espero, partiendo de mi experiencia personal, poder realizar una reflexión y formalización que pueda aportar un rédito positivo a mis compañeros y compañeras. Comencemos.

En los primeros años de la carrera me enteré que existía la posibilidad de hacer residencia para trabajar en un hospital y desde ese entonces la idea me quedó dando vueltas. En el último año haciendo prácticas en

distintos hospitales decidí que quería rendir el examen. Me llevó tiempo y mucho esfuerzo estudiar y prepararme así que cuando logré entrar estaba muy emocionada. Con ese entusiasmo empecé la residencia y de esa forma inicié mi recorrido clínico. No tenía mucha idea de qué hacía un psicólogo en el hospital, cuál era el rol específico. Sabía que me gustaba el psicoanálisis y mi formación corría por ese lado, por lo tanto, tenía alguna noción de cuál era la labor de un analista, pero no mucha idea de si era posible compatibilizar eso con los tiempos y dinámicas de un hospital. Creía que me gustaba la clínica, pero ¿sabía realmente lo que era la atención clínica? ¿era lo mismo la clínica que describían en la facultad que la que atendería en el hospital?

Diversos autores intentan dar respuesta a estas preguntas que claramente no sólo me las hago yo. Ya en 1918, Freud planteaba la posibilidad, un tanto fantasmiosa en ese momento, de que el psicoanálisis pudiera alcanzar a una mayor cantidad de gente, que se brindara de forma gratuita en instituciones que sean solventadas por la garantía del Estado, reconociendo que “las neurosis amenazan tan gravemente la salud del pueblo como la tuberculosis, no pudiendo ser tampoco abandonada su terapia a la iniciativa individual” (Freud, 1918 [1919], pág. 2462). Asimismo, plantea el desafío que supondrá para los psicoanalistas cuando ese momento llegue de adaptar la técnica a tales condiciones, y sólo da una pauta: que cualquiera sea la estructura de este tipo de

psicoterapia deberá conservar los elementos básicos del psicoanálisis “propiamente dicho”. Cuáles son dichos elementos y de qué forma se articulan con las condiciones presentes en la práctica institucional es algo que nos corresponde pensar a quienes estamos transitando esa experiencia, a quienes ya nos encontramos en ese futuro anticipado por Freud y practicamos el psicoanálisis en contextos institucionales y hospitalarios.

Adriana Rubistein es una psicoanalista argentina que se ocupa de estudiar y escribir artículos en torno a la tensión existente entre el psicoanálisis y las instituciones, y señala algunas de las condiciones anticipadas por Freud que se presentan en la práctica hospitalaria, dice:

“La coexistencia de discursos, la incidencia de las exigencias de la salud pública, la presión y la variabilidad de las demandas, así como las condiciones de tiempo y de dinero constituyen condiciones que dan ciertas peculiaridades a la práctica del psicoanálisis en ellos y que requieren ser estudiadas con detenimiento” (Rubistein, 2000).

A pesar de ubicar estas particularidades, tanto la autora mencionada como otros pensadores defienden la idea de que el psicoanálisis en las instituciones de salud es posible. Mario Pujó (1992) plantea que la relación del psicoanalista con la institución hospitalaria no se trata de una relación “natural”, como si pudiéramos considerar evidente la relación del médico con el hospital. Destaca que el

psicoanálisis surge de otro tipo de vínculo, en el seno de una relación privada, no pública, donde el diálogo es confidencial, no objetivable, no institucionalizado. Los intentos de emprender un tratamiento analítico en una institución pública aparecen en relación a la especificidad de la cura analítica como una suerte de ampliación, lo que se conoce como “el psicoanálisis en extensión”. El autor plantea que la función social del hospital lo predispone a ocupar el lugar de un destinatario privilegiado de las demandas de quienes sufren y es en la medida en que la demanda se dirige a un psicoanalista, que éste puede escuchar y hacer escuchar un deseo que no se reduce simplemente al pedido de supresión de una enfermedad.

Eric Laurent en “Psicoanálisis y Salud Mental” (2000) habla de los usos del psicoanálisis y dice que esto depende de la existencia de los psicoanalistas. Retoma el enunciado que realiza Lacan en los años ‘50: “el psicoanálisis es el tratamiento que se puede esperar de un analista” y postula como uno de los usos fundamentales en el encuentro con un analista que se produzca la instalación de un paréntesis en la cual el sujeto transforme el sentido de su identificación y pueda experimentar la falta en ser (pág. 50). Concluye: “hay que formar analistas que puedan dedicarse a este objetivo; precisamente, no ofrecer la cura analítica para todos, sino poder instalarse en un lugar de ‘uso posible’ para todos” (Laurent, 2000, pág. 59). De esos usos posibles voy a intentar dar cuenta a partir de mi experiencia.

Dejarse sorprender: de lo conocido seguro al impacto de lo diferente

Podría ubicar tantas escenas de la clínica vivida durante estos años que me llevaron a cuestionarme y re pensar mis prácticas y conocimientos que se extendería demasiado así que opté por recortar y elegir tres experiencias que se relacionan con distintas rotaciones y espacios por los que transité. Una de las cosas que me llevó a elegir el Hospital Durand como sede fue la posibilidad de rotar por distintos efectores de salud y de esa diversidad me voy a valer para realizar el recorte de escenas.

Primero en casa: el desafío en externos

“El paciente inesperado debe interpelarnos en nuestras prácticas, a pensar nuevas estrategias y dispositivos, evitando hacerlo encajar a tal o cual categoría. Apelan a nuestra parte más arte-sana, a la inventiva para otro acercamiento” (Kiss Rouan, 2017)

Ya muchos escucharon hablar de mi paciente con nombre de estrella de la música latina. Bueno, su vida no tuvo el mismo destino que la de su tocayo y se encuentra hace poco más de tres años en tratamiento por salud mental en nuestro hospital. Desde un inicio, LM fue un desafío por su presentación y su motivo de consulta, él asistía para saber si tenía diagnóstico de autismo, casi no realizaba contacto visual y su discurso era muy acotado. Fue muy difícil rastrear antecedentes ya que casi no refería recuerdos de infancia ni había un relato de sus años previos, así es que a pesar

de tratarse de un paciente adulto convoqué a ambos padres en distintos momentos para realizar una entrevista evolutiva de LM. Primer preconcepto desbloqueado: citar a familiares en un paciente adulto sin riesgo para realizar entrevista de historia vital como se realiza en la clínica con niños. A partir de ahí, casi cada encuentro con LM supone un desafío a mi capacidad creativa, la palabra, recurso tanpreciado por los psicoanalistas, no es la que mejor le sienta a mi paciente. No aparecen formaciones del inconsciente que disparen la asociación libre, tampoco me supone mucho saber que digamos sobre lo que a él le pasa, pero sí presenta sufrimiento por lo que su síntoma le genera en su vida cotidiana, no logra relacionarse con otros por no entender la comunicación humana y eso lo mantiene recluido hace años. LM concurre al hospital porque sufre de algo, y en algún momento de la terapia menciona que el hospital es como su casa. No sé si hay una pregunta dirigida a un analista, pero sí hay un sufrimiento que lo orienta hacia el hospital, ¿cuál es el tratamiento que una psicóloga, profesional de la salud, trabajadora del hospital y psicoanalista puede ofrecerle a LM que se presenta con su padecimiento a cuestas?

Algunas cosas entendí rápidamente a partir de escuchar a LM, una de ellas es que “empujarlo” a hacer cosas no era una buena idea. Contó desde las primeras entrevistas que su anterior psicólogo había intentado hacer eso incentivándolo a buscar trabajo y él había salido corriendo de ese tratamiento.

Otra cosa entendí, con este paciente no puede pasar todo por la palabra así es que me vi en las sesiones escribiendo, leyendo, actuando e interpretando juego de roles que intentaban un ensayo de comunicación entre dos personas en un ambiente diferente a la terapia. No tenía formación para eso, no sé si sabía bien qué estaba haciendo, pero de alguna forma LM sostiene su tratamiento hace más de tres años y además de su padre y hermana soy casi la única persona con la que habla durante una hora seguida sin abrumarse.

Este caso me representó un desafío desde primer año de mis propias ideas previas de lo que se hace en un tratamiento, de la posición neutral del analista, del recurso de la palabra como única herramienta de trabajo. Aprendí que también el cuerpo y las emociones del analista cobran algún rol en los tratamientos y no se trata de negar que existen sino de percibirlos y ser conscientes de la forma en que se están jugando en el tratamiento para poder operar con eso y no que eso opere en nosotros.

La potencialidad de lo grupal: derribando prejuicios propios

Creo que éste fue uno de los aprendizajes que más me sorprendió, me dejó pensando y me llevó a leer cosas que hasta el momento no me habían interesado. La función de los otros en la vida de una persona, la influencia positiva de la puesta en palabras y la escucha mutua entre personas a las que les está pasando algo parecido, o diferente, pero que por alguna

razón se encuentran habitando un espacio compartido en el que conversan y reflexionan sobre lo que les pasa. Hay mucho escrito acerca del lugar del coordinador del grupo, la tarea, las intervenciones grupales, etc.; tema muy interesante, en el cual reconozco que me falta bastante formación, y del cual no me voy a ocupar en esta oportunidad. Me tocó en distintos momentos atravesar esas experiencias de rol como psicóloga en grupos y me gustó, pero lo que más me llevó a reflexionar fue ver el efecto que los grupos tienen para las personas. Voy a poner algunos ejemplos clínicos.

Experiencias en Atención Primaria

En segundo año me tocó rotar por un CESAC en el barrio de Flores. Algo totalmente nuevo, otro paradigma de atención en salud, la propuesta era co-coordinar talleres, entre los que se encontraban el de “límites” destinado a padres de niños que consultaban por alguna posible cuestión de salud mental, derivados del colegio. Ya el nombre “taller de límites” me sonaba raro y fui con muchos prejuicios acerca del tipo de abordaje que se podría dar allí. “Taller de crianza”, lo mismo, ¿serían consejos a padres acerca de cómo tienen que criar a sus hijos según un ideal de “la buena crianza”? “Taller de cesación tabáquica”, ni idea.

Fueron talleres con objetivos diferentes, con temas diversos, destinados a distintas poblaciones, pero en todos me sorprendía observar de qué forma circulaba la identificación entre los usuarios, cierta ilusión de

que les pasaba lo mismo o que no eran a los únicos a quienes les pasaba el que sus hijos les revolieran con cosas, o pegaran a otros, o las múltiples recaídas en el consumo de cigarrillo, detonantes en común, compartían recetas para las primeras comidas de sus bebés. Y me pasó de ver que de esos intercambios las personas también obtenían una ganancia, que yo como psicóloga presente podía escuchar algunas otras cosas y había ciertas intervenciones psi que apuntaban a señalar lo particular de cada quien, pero que ese mismo fenómeno grupal les servía, aliviaba el malestar, se iban mejor, permitía el lazo, la ampliación de redes en la comunidad, descubrían que sus hijos iban al mismo colegio, se compartían recursos. Fue una experiencia realmente de Atención Primaria de la Salud, en la cual hasta no estar inmersa en la residencia no tenía

mucha noción de su existencia ni conocía cuál era el rol posible para un psicólogo en ese ámbito. Me llevé de ahí que la clínica puede ser mucho más amplia que el consultorio individual, que lo social también es un modo de tratamiento del malestar; y que las instituciones pueden funcionar como posibilitadoras de eso o, por el contrario, como obstáculo.

Grupo de apoyo a personal de enfermería

Muchas cosas se sacudieron a partir del impacto de la pandemia de COVID-19, la atención hospitalaria y en salud mental no quedó exenta de esto. La distancia entre personas se acentuó, ya los tratamientos no se hacían de forma presencial sino mediados por la lejanía de una pantalla, en el mejor de los casos. Circuló mucha información respecto de los efectos negativos que podía generar en la



PH Marcela Sahores



PH: Irene Scherz

salud mental de las personas el aislamiento de sus seres queridos. Así también empezaron a surgir espacios de encuentro grupal virtual. Tuve la suerte de participar en un grupo de atención dirigido a profesionales de la salud para apoyo emocional durante la pandemia, en el cual participaron principalmente mujeres enfermeras. También mucho se habló del personal de salud como aquellos que estuvieron en “la trinchera” y quienes más en riesgo se encontraban ante el encuentro directo con la atención de pacientes afectados por el COVID-19.

Me sumé a ese equipo con algunos reparos, en principio el temor a que esa situación nos “toque” a los profesionales de salud mental muy de cerca por estar inmersos en el mismo contexto y ser parte también del colectivo de los profesionales

de la salud. Por no poder mantener una distancia afectiva que nos resulte operativa, por no poder brindarles herramientas para afrontar la situación que estaban viviendo, por sentirnos demasiado “identificadas” a su malestar y no poder allí operar desde nuestra posición. Además, tenía otro prejuicio: la grupalidad, el juntar gente que está viviendo por algo parecido suponiendo que todas lo vivirían de la misma manera y entonces, que se arme un discurso común, compartido, en donde se pierdan las distintas subjetividades. Creo que ambos prejuicios están muy ligados a mi formación psicoanalítica. El primero donde se ve la “amenaza” a sostener la neutralidad y abstinencia cuando el mismo contexto nos atraviesa, y el segundo, el pensar la identificación con el semejante como algo secundario, algo en lo que los analistas no nos debe-

mos quedar “pegados”. Nuevamente, una sorpresa. Fue algo inédito para quienes coordinábamos ese espacio y se dieron variedad de situaciones a las que no sabíamos bien cómo responder. Durante algunos momentos creímos que no estábamos siendo de ayuda porque no sabíamos qué decir frente al horror con el que estaban conviviendo, nosotros quedábamos sin palabras, pero sí la palabra circulaba entre todos los participantes, y entiendo que eso en sí mismo resultó aliviador. Se conocieron personas que trabajaban en distintos servicios y turnos, que en lugares diferentes del hospital atravesaban situaciones similares, y cada una contaba su vivencia, cómo había sido esa semana, cómo lo iba llevando. Al finalizar los encuentros, todas resaltaron que les había hecho bien saber que no estaban solas, que no eran a



PH Marcela Sahores

las únicas a las que les pasaba de sentirse de tal o cual manera, y que compartir con otros les había resultado aliviador.

Esta experiencia me llevó a reflexionar sobre la potencialidad de lo grupal, pero también sobre cómo el estar con otros compartiendo la tarea resulta un alivio para nosotros mismos. Buscar bibliografía que hable sobre algo de esto me costó bastante por lo que se me ocurrió volver a los orígenes y visitar artículos de la conocida revista creada y elaborada por residentes mismos, Clepios. Ahí encontré, en una edición del 2012, un artículo elaborado por varios residentes con el cual me sentí muy identificada y del cual me gustaría recortar una parte para finalizar mi reflexión sobre la potencialidad de los grupos.

Dicen:

“...para estar con otros, para compartir, hay que dejarse tocar y afectar por otros. Y cuando decimos compartir, no nos referimos solamente a la pretendida interdisciplina. Pensamos más bien en ese trabajo colectivo que hace más soportable el trabajo. Queremos decir que, con otros, se soporta mejor la angustia, el miedo, el no saber qué hacer” (Bonora, Gelly Cantilo, Fernández, 2012).

Límites propios y apertura a la danza disciplinar

Por último, voy a traer una experiencia de mi rotación por internación. Elegí como sede el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, con mi compañera nos terminamos quedando un año, el cual creo que fue de los más intensos durante la residencia, el más raro, quizá el más complejo.

De vuelta, ahí sí que terminé de entender lo que significa contar con otros en los momentos de angustia. Me encontré con una clínica de mucha gravedad, comenzamos a atender acompañadas, en duplas, lo cual ahora pienso: ¡menos mal! Mi primera paciente pesaba 24 kg a sus 14 años, no nos dirigía la mirada, me echó en algunas oportunidades de su habitación y creo que en algún momento habrá estado cerca de revolearme con algún objeto contundente. Por suerte, al salir hablábamos sin parar con mi compañera psico R2 del Guti y compartíamos el impacto que en cada una había tenido la “sesión”.

Trabajar en ese hospital fue todo un cambio, internación, de adolescentes, con un equipo diferente, pediatras, otra formación, otros modos de abordaje,

otras presentaciones clínicas. En el verano llegó Azul presentando un cuadro “raro” de TCA, una chica de 15 años muy callada, con unos ojos enormes que asentía a toda propuesta, pero a la que hablar de lo que le pasaba le costaba mucho, solo repetía “no quiero cargar el estómago” y enumeraba sus síntomas ansiosos al momento de la comida. Azul pasó poco más de tres meses internada y durante ese tiempo hizo un avance enorme, pero con ella a poco de conocerla entendí que tampoco iba a ir todo por el lado de la palabra hablada, que a Azul le vendría bien otra forma de poder expresarse. A partir de ahí, empecé a interiorizarme más sobre cómo trabajaba la musicoterapeuta, disciplina nueva para mí, de la cual no tenía idea. No podía creer las producciones de Azul y lo mucho que expresaba a través de la selección y el uso de los instrumentos musicales. Para mí fue un aprendizaje enorme el ver trabajar a otras disciplinas con las que no contamos, lamentablemente, en nuestro hospital. Fue un caso en el que trabajamos interdisciplinariamente en distintos espacios: psiquiatría, psicología, musicoterapia, terapia familiar, y aprendimos mutuamente de las miradas y lecturas diferentes para “bailar” mejor con ese caso.

Reflexiones finales

Por suerte, a lo largo de los años y del paso por distintas rotaciones y situaciones en el marco de la residencia seguí, y sigo, haciéndome muchas preguntas. Salí de la facultad y llegué al hospital con algunas ideas previas, por suerte nunca vividas como certezas, que pude ir poniendo

en tensión durante la práctica. Partí de pensar la clínica casi exclusivamente como individual y en soledad, a pensarla como una clínica más ampliada, donde confluyen e intervienen muchos actores, y no solo en la fantasía del paciente que consulta. De la soledad a una clínica compartida con otros, en la cual salía de ver a un paciente y compartía con mis compañeras (psicólogas y médicas) lo escuchado, pensando juntas, conversando en una guardia con otros profesionales, en una sala de internación con otras disciplinas.

Hay algo que siempre permaneció: mi interés y pasión por la clínica, mi ética psicoanalítica de apostar siempre a la escucha y a la producción de un sujeto; después de eso, puedo decir que fue todo cambio y transformación. Escuché los modos de intervenir de otras corrientes teóricas, y otras disciplinas, intercambié con compañeros de mi residencia, de mi hospital, y de otros. Me vi abrazando, actuando, leyendo y estudiando con un paciente, dándole medialunas, café y pastillas a otra, aceptando una merienda ofrecida por otro en su hogar mientras lo escuchaba tocar piano, entregando leche en un CESAC, haciendo carteles y collage, jugando sentada en el piso; y mil escenas más en las que nunca me hubiera imaginado trabajando como psicóloga porque no se ve en los libros ni te lo cuentan en la facultad. En ese sentido, creo que todo esto que el hospital y el encuentro con otros-colegas, compañeros, pacientes-me permitió experimentar, me contribuyó a poder pensar y re plantearme

cosas, expandir mis ideas previas. Lo principal que me deja el paso por el hospital creo que es la apertura, la flexibilidad, la adaptación, el pensamiento constante, el movimiento.

Como expuse, escuchar tantas historias diferentes, encontrarme con lo no conocido me presentó, y sigue presentando, un desafío permanente que me lleva continuamente a pensar posibilidades nuevas. Malena Kiss Rouan presenta en 2017 un artículo en Clepios que denomina "La ética de la Hospitalidad" y allí toma una diferencia que establece Derrida (2006) entre la tolerancia y la hospitalidad, ambas formas de posicionarse frente al otro extraño y ajeno. Sitúa que la primera se vincula con tolerar al otro, aunque sea diferente a mí por el hecho de que es un prójimo, pero con el trasfondo de volverlo próximo, es decir que el otro termina por perder su otredad. En cambio, la hospitalidad implica un recibimiento al extranjero, pero no condicionado, conlleva ser hospitalario con lo hostil, "abrir las puertas no al que va a responder como espero; sino al que en su radicalidad me permite transformarme a mí mismo" (pág. 107).

Además de lo que considero que el hospital me aportó en mi formación profesional, creo que pude comprobar que sostener una posición psicoanalítica en el contexto hospitalario es posible, no sin dificultades y reparos dependiendo de los ámbitos, las demandas, pero hay formas, no reglas estandarizadas, pero sí como dice Laurent, hay usos posibles. Me interesa destacar

antes de terminar una entrevista realizada a Fernando Ulloa en 1996 en la que propone que, así como no retrocede ante la psicosis, el psicoanálisis tampoco puede pretender retroceder "frente al escándalo de la miseria dentro y fuera del hospital y su región de sujetos con riesgo de coartación subjetiva" (pág. 178); y agrega que es fundamental pretender "estar psicoanalista" en aquellas situaciones clínicas no definidas desde el psicoanálisis teniendo presente que en muchos momentos el psicoanálisis solo puede pasar atravesando al propio operador, es decir en la existencia de cada analista.

Es una decisión insertarse en el ámbito institucional y hospitalario orientándose por el psicoanálisis, sostener dicha posición y a la vez, responder también al rol de psicólogo clínico que se nos pide, y que, además, sabemos que se necesita. Personalmente, a mí me gusta mucho y me parece un desafío articular estas dos posiciones, poner en tensión las distintas demandas en mi práctica. Valoro enormemente la formación como psicóloga clínica que me deja el paso por la residencia, dicha tensión no sólo la empleo en el hospital sino también en mi práctica privada y sin dudas, considero que mi visión de la clínica como psicóloga y psicoanalista es otra a partir del paso por el hospital y mi posición como tal continúa en permanente transformación.

Nuevamente me hago eco de voces de ex residentes para finalizar mi último ateneo: "La residencia se atraviesa y nos atraviesa...uno camina, corre,

salta y saltea, levanta la cabeza, la agacha, se sumerge, tropieza, se hunde, se apura, queda fascinado o cautivo, traga sin masticar.

Y no queda otra que atravesarla. Porque resulta que en la residencia no se reside. Uno no se puede quedar a residir en la residencia.

Al final se dibuja una salida...y hay muchas maneras de salir, pero no da igual la forma en que se atraviesa y se sale. No da lo mismo si se está solo o acompañado" (Clepios, 2012). ¡GRACIAS!

Bibliografía

- _Bonora, A; Gelly Cantilo, F; Fernández, V. (2012). Una escritura conjunta. En Clepios, Vol. XVIII-Nº 1 (pág. 5-8).
- _Freud, S. (1919) Nuevos Caminos de la Terapia Psicoanalítica. Obras Completas, Tomo XVII, Bs. As., Amorrortu Editores, 1978.
- _Kiss Rouan, M. (2017) La Ética de la Hospitalidad, En Clepios, Vol. XXIII- Nº3 (pág. 105-110).
- _Laurent, E. (2000) Psicoanálisis y Salud Mental. Tres Haches. Bs. As. 2014.
- _Pujó, M. (1992). El psicoanalista y la práctica hospitalaria". En Psicoanálisis y el Hospital. Link: <http://www.edupsi.com/psahat.html>
- _Rubistein, A. (2000): Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos con orientación psicoanalítica en las instituciones públicas. Anuario de Investigaciones Vol. X, UBA. Facultad de Psicología. Bs. As.
- _Ulloa, F. (1996). La articulación del psicoanálisis con los hospitales y especialmente con las residencias. En Clepios, Vol. II-Nº4 (pág. 175-178).

05

**EL ROL PROFESIONAL
ENTRE LA GESTIÓN
Y LA CLÍNICA**

05

Al iniciar este recorrido propongo hacer una presentación del Instituto de Rehabilitación Psico-física, la jefatura de una Unidad de Psicología y el encuentro con la problemática del daño en el cuerpo y su tratamiento. Intento de este modo delinear algunas coordenadas de un rol profesional específico en salud pública que oscila entre la gestión y la clínica. Me interesa compartir una aproximación a este particular entrecruzamiento de lugares y transferencias, donde se sostiene una función centrada en el paciente que se dirige a la institución en busca de su recuperación (física/mental) y a su vez también en un equipo de colegas que requiere de la institución las condiciones necesarias para su práctica psicoterapéutica cotidiana. Se produce allí la conjunción de múltiples discursos y posiciones en permanente tensión, con acuerdos y discrepancias, condicionando una mirada que proviene del conocimiento académico, cuestiona sus fundamentos y se pone a prueba en cada desafío clínico en territorio hospitalario aún médico-hegemónico.

El IREP es uno de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires especializado en patologías neuromotoras. Trabaja con la modalidad de equipos interdisciplinarios con el objetivo principal de la rehabilitación integral del paciente en el logro del mayor grado de independencia funcional posible. Las patologías más frecuentes de su población son las hemiplejías (secuela de ACV), lesiones medulares y otros traumatismos, amputaciones, enfermedades neuromusculares y reumáticas.

También enfermedades congénitas y adquiridas de origen en la infancia y evolución en la adolescencia como encefalopatías y espina bífida entre otras. El Instituto tiene un histórico desarrollo dentro de la fisioterapia y la rehabilitación en el país por lo cual es un referente en la materia. Nace en el año 1956 con la epidemia de poliomielitis transformando su objetivo inicial de Hogar Escuela a establecimiento para la asistencia de la discapacidad motriz. El Servicio de Psicología atiende la demanda interna del hospital, con atención programada tanto en consulta ambulatoria como en las salas de internación luego de la derivación médica especializada en cada enfermedad de base. Conserva su estructura como Unidad actualmente formada por 10 psicólogos de planta que incluye un jefe con igual especialidad. Integra el Departamento de Diagnóstico y Tratamiento junto con Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Kinesiología entre otras 10 unidades. Además trabaja con el Departamento de Servicio Social y con un Psiquiatra que depende de Clínica Médica. El Instituto no posee Guardia interdisciplinaria de salud mental sino Guardia interna del hospital con un médico clínico asignado.

La gestión de los recursos humanos e institucionales

La organización y distribución de tareas se encuentra organizada del siguiente modo (ver imagen)

Administrar la Salud Mental dentro del sistema público para mejorar la respuesta asistencial y producir atención de calidad implica movilizar lo instituido y transitar las transferencias que



Por la Lic. Silvia M. Doña
psilviadona@yahoo.com.ar

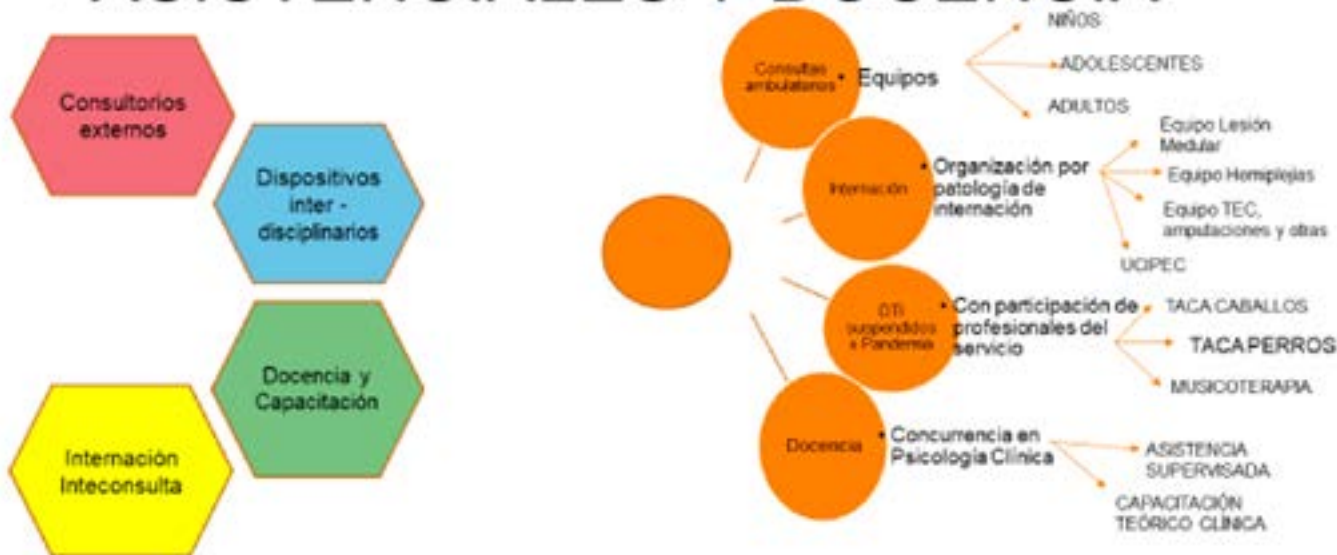
Licenciada en Psicología UBA 1999.

Concurrencia Psicología Clínica IREP 2007.

Psicóloga de Planta Servicio de Psicología IREP 2008-15.

Jefa de Servicio Psicología IREP desde 2015 .

ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DOCENCIA



un grupo de trabajo establece entre sí y con la posición que ocupa la ejecución de las propuestas de cambio.

Desde el inicio de mi gestión en 2015 se implementan modificaciones permanentes acorde a los contextos variables y una ardua tarea de adaptaciones mutuas. Se establecieron movimientos de cargos en 8 concursos por jubilaciones de colegas y por la apertura de una nueva Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Crónicos (UCIPEC) en 2017 con dos psicólogos asignados a tal fin. La nueva composición del equipo permitió incorporar el aporte de profesionales con distintos recorridos y continuar con el desarrollo de una propuesta de re-estructuración planteada años anteriores como proyecto de gestión en términos de Organización de las tareas y Funcionamiento interno del Servicio. Es función de esta conducción generar consenso a través de procesos de participación de los integrantes del

equipo para reformular criterios y técnicas de intervención en la complejidad de la clínica hospitalaria. La reunión semanal de servicio como dispositivo de trabajo genera intercambios que democratizan su funcionamiento. La construcción de espacios colectivos es una herramienta que busca contrarrestar los modos tradicionales de experimentar el aislamiento dentro de las instituciones.

Los equipos de consultorio externo están integrados por alrededor de 4 profesionales cada uno que desarrollan su actividad distribuyendo su tiempo asistencial en más de un equipo (Niños, Adolescentes y Adultos). Se adopta esta modalidad con el objeto de permitir el armado de verdaderos grupos de trabajo que posibiliten intercambio profesional, potencien los recursos existentes y eviten el aislamiento. Se realizan evaluaciones diagnósticas, tratamientos psicoterapéuticos individuales y grupales a través de distintos

dispositivos, orientación a familiares y procesos de psico-profilaxis quirúrgica. Con respecto a la asistencia de pacientes internados, las derivaciones son abordadas por equipos de Interconsulta de dos profesionales. Se brinda así la intervención que requiere la asistencia al paciente y su familia y se participa activamente en los ateneos y reuniones de equipos con profesionales de la salud (cirujanos, enfermeros, kinesiólogos, fonoaudiólogos, entre otros). Se analizaron cambios en esta modalidad asistencial más en consonancia con los equipos médicos que intervienen por especialidad en la patología.

Se reabrieron las concurrencias de psicología clínica llegando este año a la finalización de la primera promoción, con actividad docente y práctica supervisada por el servicio. Se obtuvieron mejoras en las condiciones físicas del área (pintura, mobiliario, aires acondicionados F/C, nuevos espacios para consultorio y oficina) resultado

del intercambio con la fundación y cooperadora del hospital. Por lo ya descrito en el rol que represento se considera necesario abordar tanto las tareas de gestión administrativa como la actualización clínica y capacitación permanente de todos en temáticas de relevancia para la práctica asistencial en Salud Mental y la Discapacidad Motriz.

La clínica del paciente en rehabilitación física

Para finalizar introduzco algunas consideraciones sobre una particular clínica de la discapacidad. Es relevante la modalidad de gestión para las intervenciones que se habilitan, dado que la política en juego tiene impacto directo en los recursos y la estrategia clínica frente al sufrimiento del otro. Si entendemos que la salud mental reconoce a la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural entonces requiere del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo en un marco favorecido por los diferentes saberes que atraviesan su campo. Por lo tanto las decisiones del equipo y su conducción implementan una modalidad particular de tratamiento frente al impacto de la discapacidad motriz en la subjetividad, en las familias y en la sociedad.

Para ubicar la especificidad de la intervención psicológica en una institución nombrada y dividida por abordajes de lo PSÍQUICO y de lo FÍSICO, se hace cuestionable si es acaso posible rehabilitar LO PSÍQUICO en los mismos términos del entrenamiento funcional de un cuerpo en su biología. Se pone en tensión la idea de re-habilitar como

un retorno “ad-integrum” y la ilusión de curación que enfrentamos en nuestros pacientes en su expreso deseo articulado de “volver a caminar”.

Se torna imprescindible escuchar el motivo de consulta que un paciente despliega, su síntoma y su cuerpo más allá de un diagnóstico médico. Para esta clínica la palabra tiene una función central para desanudar aquello de la discapacidad motriz que impacta en su subjetividad. Alojar la palabra implica escuchar, pero la escucha tiene una posición particular. Es habilitar un proceso de elaboración y conocimiento de ese sujeto que habla. Cómo se inscribe en su historia vital la enfermedad que transita. Cómo eso ha marcado el vínculo con los otros, su lugar familiar o socio económico, su trabajo, sus proyectos... Por otro lado, indagamos acerca de la posición subjetiva del paciente para ubicar qué implicación y responsabilidad tiene sobre eso que dice. El lugar desde donde mira su realidad y el mundo, incluido el vínculo con los tratamientos, con la institución y los otros profesionales de la salud con quienes interactúa. Qué fantasías tiene sobre sí, sobre su cura, sobre el tratamiento.

Es en ese sentido que podemos afirmar que el sufrimiento humano está estructurado como un lenguaje a ser descifrado en el camino de la cura. Si bien un adecuado sistema de admisión puede facilitar el ingreso sin demoras a tratamiento la entrevista primera inaugura un proceso de evaluación que rescata la singularidad del caso por caso. Como resultado de ese proceso

diagnóstico se toman las decisiones finales hacia la selección del dispositivo de tratamiento adecuado que los caminos institucionales facilitan, individual o grupal, derivación o seguimiento. Se inicia una nueva instancia que da curso a las vueltas de elaboración de los duelos ante lo disruptivo del deterioro implicado en la enfermedad corporal. Pensar al hablante-ser es trabajar con una psique y un soma anudados. Nuestra clínica exige una lógica de un cuerpo que se diferencia del puro organismo y debe sortear las dificultades de un discurso médico organicista que pone en el eje central de la rehabilitación la voluntad de curación y desestima otras lógicas en juego.

Nuestro lugar en los equipos de rehabilitación interdisciplinaria busca estar atentos a las distintas miradas implicadas y los cruces de discursos en un espacio entre saberes que centra su atención en una persona con daño físico pero con pleno derecho y ejercicio de su libertad. Dar lugar a la palabra que permite atravesar los conflictos y alivia el sufrimiento equivale a estar atentos a no intervenir pedagógicamente sino facilitando la circulación del discurso del paciente y su subjetividad. Trabajamos restándonos, estando en el borde de una lógica entre discursos, teniendo en cuenta las transferencias en juego con cada especialista y con la institución, con una lógica que no busca normativizar al paciente ni alinearse con las demandas del equipo tratante sino que aloja el sufrimiento del sujeto y da lugar a su tratamiento.



Entrevista a Martín Alomo

Entrevista realizada por Irene Scherz en ocasión de la publicación de su último libro: La función social de la Esquizofrenia y de su experiencia clínica hospitalaria.

Martín Alomo es psicoanalista.

Doctor en Psicología. Magíster en Psicoanálisis. Especialista en Metodología de la Investigación. Profesor de y Licenciado en Psicología por la Universidad de Buenos Aires, donde se desempeña como docente e investigador desde 2001

Es psicólogo de planta del Hospital B. Moyano, donde está a cargo de la Unidad Docente Hospitalaria de la Facultad de Psicología de la UBA y es Presidente del Comité de Ética en Investigación.

Además de *La función social de la esquizofrenia*, entre otros libros ha publicado *Clínica de la elección en psicoanálisis. Vol. I y II*; *La elección en psicoanálisis. Fundamentos filosóficos de un problema clínico*; *La elección irónica. Estudios clínicos sobre la esquizofrenia*; y *Variantes de lo tiquico en la era de los traumatismos*, este último junto a Colette Soler y Gabriel Lombardi.

¿Cómo fueron tus inicios en la práctica clínica hospitalaria?

Ingresé al Hospital Moyano como concurrente en el año 2002 y nunca más me pude ir porque me enamoré del hospital. Hoy, 20 años después, sigo trabajando en el hospital con funciones específicas de docencia e investigación. Mi interés en entrar al Moyano estaba relacionado con un tema de investigación que me tenía tomado entonces, que era el de las psicosis en las mujeres. Ya había tenido algún acercamiento a la clínica con pacientes psicóticos varones, y me interesaba particularmente indagar en ese tipo de problemática pero con pacientes mujeres.

Una vez en el hospital, me metí de lleno en el trabajo institucional, estuve dos años en sala de internación y luego en consultorios externos, donde realicé tareas asistenciales y de investigación durante 15 años.

¿Por qué en una institución pública?

Considero que tanto la educación como la salud públicas, con todas las falencias que quienes trabajamos en ellas conocemos muy bien, sin embargo, siguen siendo motivo de orgullo para nuestro país. Ahora que me lo preguntás me doy cuenta que en ningún momento pensé en insertarme en una institución privada. Varios años después sostengo esa posición. Y aclaro que no fue una caída: no caí ni en la educación pública -me formé y soy docente e investigador en la UBA- ni en la salud pública -elegí el hospital público y lo sigo haciendo-; al contrario,



hago el esfuerzo todos los días de estar a la altura de trabajar en instituciones prestigiosas y de tradición casi bicentenerias, como son la universidad y el hospital.

Yo elijo hacerlo sin descuidar en ningún momento la formación continua y la producción científica y académica. Me parece que es fundamental hacerle el honor a esos espacios de esa manera, con compromiso. Probablemente haya quienes puedan transitarlos de otra forma, pero no es mi caso.

Ponerse a pensar acerca de la función social de la esquizofrenia, ¿podría ser el efecto de tu recorrido por el Hospital Público?

Sin dudas. No creo posible siquiera que se me hubiera ocu-

rrido investigar sobre ese tema, que responde en primer lugar a la casuística con la que me encontré en el hospital. Luego de varios años de experiencia en el Moyano, fui supervisor de dos servicios del Borda durante muchos años y de varias residencias, de CABA y de otros distritos del país, vinculadas al trabajo con psicosis. De alguna manera, pensar las condiciones de posibilidad de la transferencia en ese tipo de clínica y en particular en los casos más difíciles, los esquizofrénicos, se me impuso casi como un deber. Porque mi marco teórico es el psicoanálisis, y a fin de cuentas ¿qué tendría que hacer un analista escuchando a un paciente -sea cual fuere el diagnóstico- si no le suponemos al menos una aptitud, aun cuando fuera mínima y dificultosa, para la transferencia?

Toda tu investigación gira en torno de la noción de ironía esquizofrénica. ¿Cómo detectaste que este fenómeno clínico merecía un trabajo tan exhaustivo y cuál te parece la relevancia que puede brindar para el trabajo clínico con pacientes esquizofrénicos?

Sí, es cierto. Cuando entré al hospital hace 20 años, no tenía ni idea de qué era la ironía esquizofrénica. Fue en una presentación de enfermos muy particular, llevada adelante por J-Alain Miller, en la que estaba Colette Soler entre en los integrantes del auditorio -eso fue antes de la escisión de la AMP, evidentemente, que dierra como resultado la fundación de la Internacional de los Foros del Campo Lacaniano, escuela a la que pertenezco- que en el diálogo posterior a la entrevista-

ta surgió el tema. Yo escuchaba como estos dos analistas y otros importantes referentes locales que estaban en la reunión señalaban detalles que caracterizaban como ironía, pero no ironía en el sentido retórico, sino "ironía esquizofrénica", ¡y yo no tenía la más mínima idea de qué se trataba! Eso me llevó a centrar mi tesis de maestría en psicoanálisis en el tema, a propósito de la introducción que hace Lacan de esa idea en 1966. Luego, en mi tesis de doctorado, que defendí en 2019, pude ampliar mi investigación, y ahí encontré que si bien Lacan introduce la noción en el psicoanálisis, sin embargo los psiquiatras clásicos, como Kraepelin, Jaspers, Chaslin, Schneider, Minkowski, Bleuler, etc., ya habían reparado en ese fenómeno clínico. Personalmente, me parece imposible pensar la transferencia en la esquizofrenia sin estudiar el fenómeno de la ironía que le es propia y por medio de la cual estructura su enganche al lazo social, por lo general en un mismo gesto que

habitualmente suele ser leído como rechazo.

Entiendo que tu experiencia como escritor es muy respetuosa del posible lector. ¿A quién dirigís este libro? ¿Quiénes te gustaría que sean los lectores? O, de otro modo, el libro propone una función social para los lectores?

¡"La función social de los lectores" me encantó! Evidentemente, que el libro esté escrito y publicado no significa que diga algo hasta que alguien lo lea, y esa es la función de los lectores: hacer hablar al libro y, en el mismo movimiento, permitirme a mí hacer lazo con ellos en calidad de autor. Esto último es muy importante para mí, ya que de lo contrario me quedaría hablando solo y eso, como sabemos, no está bueno. Así que la función social de los lectores es incluir al autor y dar la bienvenida a la producción escrita en el concierto sumamente poblado de escritos psicoanalíticos. En cuanto a qué lector me dirijo, en particular a lxs colegas y más

ampliamente a todxs lxs profesionales del área de salud mental concernidos por la clínica de las psicosis y en particular de la esquizofrenia. Aunque tengo que advertir algo: así como "De una cuestión preliminar a todo tratamiento de las psicosis", de J. Lacan, no es un escrito dirigido solo a quienes se ocupen de la clínica de las psicosis, La función social de la esquizofrenia, aun cuando tenga el nombre de un cuadro nosográfico en el título, no es un libro dirigido solamente a quienes trabajen con ese tipo de pacientes. Eso lo desarrollo en el último capítulo del libro, donde a propósito de lo que llamo "la virtud indicativa de la ironía esquizofrénica", queda claro que esta funciona como índice para la posición del analista en el dispositivo clínico -no solo con sujetos esquizofrénicos- y para la función del psicoanálisis en la polis. Esto último está sugerido por Lacan en su seminario sobre los cuatro discursos y en L'etourdit, cuando dice del esquizofrénico "único amo en la ciudad del discurso".

El autor tiene actualmente 15 títulos publicados. Algunos de ellos son "Vivir mejor" y "La elección irónica".



CURSOS 2022

CONTINUÁ TU CAPACITACIÓN PROFESIONAL

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

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 12 horas cátedra

Dilemas psicojurídicos. Intervenciones en guardia.

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 520 horas cátedra

Curso de posgrado: La investigación en Psicología Clínica. Teoría y Práctica.

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 220 horas cátedra

Formación integral: marco legal – procesal para profesionales de la salud y peritos en el ámbito del empleo público y privado

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 205 horas cátedra

Bases de psicofarmacología a partir de casos clínicos.

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 105 horas cátedra

Psicoanálisis con Niños y Adolescentes.

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 300 horas cátedra

Abordaje en consultorio de pacientes con consumo problemático de sustancias.

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 130 horas cátedra

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

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 84 horas cátedra

Violencia y prevención de suicidio en diferentes ámbitos y dispositivos

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 205 horas cátedra

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

☐ Modalidad 100% online | ⌚ 240 horas cátedra

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

BENEFICIOS

¿CONOCÉS TODOS LOS BENEFICIOS QUE TENÉS POR SER AFILIADO?

Hacé click en cada imagen para ver el detalle o ingresá a nuestro [sitio web](#) para ver todo lo que la APGCABA tiene para vos.



ASESORAMIENTO
JURÍDICO LABORAL



ASESORAMIENTO
OBRAS SOCIALES



ASESORAMIENTO
PREVISIONAL



SUBSIDIO POR
NACIMIENTO Y/O
ADOPCIÓN



SUBSIDIO POR
ESCOLARIDAD
PRIMARIA Y JARDIN



SUBSIDIO POR
FALLECIMIENTO
DEL AFILIADO/A



SUPERVISIONES
CLÍNICAS Y
FORENSES



ASESORAMIENTO
Y SUPERVISIÓN
EN CONCURSOS



PAR DE ANTEOJOS
GRATIS POR AÑO