

**Dean Eguía, María José**

## **Vicisitudes y reconfiguraciones del trabajo en salud mental en el Centro Integral Infanto Juvenil durante la pandemia del COVID-19**

---

**Tesis para la obtención del título de grado de  
Licenciada en Psicología**

**Directora: Herranz, Silvana Melisa**

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA  
*Universidad Jesuita*

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*Vicisitudes y reconfiguraciones del trabajo en salud mental en el Centro Integral Infanto  
Juvenil durante la pandemia del COVID-19.*

Contexto Sanitario

Autora: Dean Eguia, María José

Ciudad de Córdoba, Argentina

2020



*Vicisitudes y reconfiguraciones del trabajo en Salud Mental en el Centro Integral Infanto Juvenil durante la pandemia del COVID-19.*



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA  
*Universidad Jesuita*

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*Vicisitudes y reconfiguraciones del trabajo en salud mental en el Centro Integral Infanto  
Juvenil durante la pandemia del COVID-19.*

Contexto Sanitario

Directora:

Herranz, Silvana Melisa

Alumna:

Dean Eguia, María José - 1615227

Ciudad de Córdoba, Argentina.

2020

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia, especialmente a mi mamá y a mi papá. Por acompañarme y apoyarme siempre en todos los años de mi carrera; pero también a mis hermanas por ayudarme siempre que lo necesite.

A mi novio, por acompañarme y apoyarme siempre, sin importar el camino.

A mis amigas de la facultad, que estuvieron presentes desde el primer día de todo este recorrido, quienes me impulsan en cada desafío y siempre están ante cualquier problema.

A mi directora de tesis, la Licenciada Silvana Melisa Herranz, quien me guió e iluminó en todo este camino, con tanta paciencia y dedicación.

Al Centro Integral Infanto Juvenil, especialmente a la Licenciada Cecilia Díaz Vélez, por abrirme las puertas de la institución en un contexto difícil y complejo, permitiéndome realizar las prácticas de una manera imprevista pero que me posibilitó crecer y aprender de una manera que, de otra forma, hubiera sido imposible.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	8
<b>2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA</b>	12
2.1 ENFOQUE DE LA PSICOLOGÍA SANITARIA	13
2.2 PREVENCIÓN EN SALUD Y ENFOQUE DE DERECHOS	19
<b>3. CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	22
3.1 NACIMIENTO E HISTORIA	23
3.2 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN	25
3.3 POBLACIÓN QUE CONFORMA EL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL Y SUS ACTIVIDADES	26
3.4 CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL ANTES Y DESPUÉS DEL COVID-19	30
<b>4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN</b>	33
<b>5. OBJETIVOS</b>	35
5.1 OBJETIVO GENERAL	36
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
<b>6. PERSPECTIVA TEÓRICA</b>	37
6.1 SALUD Y SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA	38
6.2 LA EMERGENCIA SANITARIA Y EL TRABAJO EN SALUD MENTAL	42
6.3 ¿LA RECONFIGURACIÓN DEL TRABAJO EN LA VIRTUALIDAD?	47
<b>7. MODALIDAD DE TRABAJO</b>	51
7.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS	52

7.2 TÉCNICAS EMPLEADAS	54
7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	58
<b>8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>61</b>
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	62
8.1.1 PRIMERA ETAPA: PRIMEROS ACERCAMIENTOS INSTITUCIONALES	62
8.1.2 SEGUNDA ETAPA: VINCULACIÓN Y CONFIANZA	64
8.1.3 TERCERA ETAPA: ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS	66
8.1.4 CUARTA ETAPA: CAMBIOS E INCERTIDUMBRES	69
8.1.5 QUINTA ETAPA: FOCALIZACIÓN DEL TRABAJO	70
8.1.6 SEXTA ETAPA: CIERRE Y DESPEDIDA	72
8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA	74
8.2.1 ¿CUÁL O CUÁLES FUERON LAS NUEVAS MODALIDADES DE TRABAJO QUE SE CONSTRUYERON EN EL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL TRANCURSO DEL AÑO 2020?	74
8.2.2 ¿CUÁLES FUERON LOS DESAFÍOS Y LAS OPORTUNIDADES EN ESTAS NUEVAS MODALIDADES DE TRABAJO?	81
8.2.3 ¿CÓMO SE REALIZÓ EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO E INTERSECTORIAL EN EL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19?	89
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>94</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>99</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo constituye el Trabajo Integrador Final, realizado en base a las prácticas llevadas a cabo durante el año 2020 en el Centro Integral Infanto Juvenil y desde los lineamientos del contexto de prácticas de la psicología sanitaria. En función de esto, la sistematización siguiente, tiene como objeto a las vicisitudes y reconfiguraciones del trabajo en salud mental en el Centro Integral Infanto Juvenil durante la pandemia del COVID-19 en el año 2020.

El rol de la practicante durante el transcurso de la experiencia corresponde al de observadora participante, el cual Guber (2011) caracteriza por tener como objetivo la detección de “situaciones en que se expresan y generan los universos culturales y sociales en su compleja articulación y variedad” (p. 52). Es decir, se requiere la presencia de quien tenga el rol de observador-participante frente a los hechos de la vida cotidiana de la población estudiada, pudiendo sólo de esta forma, garantizar la confiabilidad de los datos obtenidos y construyendo aprendizajes sobre las actividades realizadas (Guber, 2011). La perspectiva de la psicología sanitaria, me permitió ver y caracterizar a la “salud” y dentro de ella, a la “salud mental” como un proceso dinámico, determinado por el contexto social, económico, político y ambiental en donde vive y se desarrolla -de manera conjunta- el sujeto y las comunidades.

Las actividades se llevaron a cabo con las distintas profesionales del Centro Integral Infanto Juvenil, pero el contexto de pandemia hizo inviable la realización de las mismas de manera presencial, ya que la emergencia sanitaria producto del COVID-19 obligó a todas las instituciones a modificar las particularidades del trabajo, volcando las actividades a la virtualidad, y a su vez, exigió que los profesionales de aquellas disciplinas no consideradas como “esenciales” permanecieran dentro de sus hogares, saliendo solo por cuestiones de extrema urgencia y necesidad. Por este motivo, fue necesario inventar nuevas maneras de hacer y sostener la práctica.

En función de esto, se puede decir que, durante la primera parte del año, las actividades realizadas en la institución se basaron principalmente en poder establecer vínculos con las diferentes profesionales y conocer las características del trabajo dentro del Centro Integral Infanto Juvenil a partir de distintas entrevistas y encuentros virtuales. Con el transcurso de la práctica, se fue abriendo paso a un rol de practicante más activa e involucrada, pudiendo hacer uso de la observación crítica y reflexiva, formulando preguntas y trabajando con las distintas profesionales y miembros de la institución.

En la segunda parte del año, la pandemia prosiguió, y aunque se fueron creando nuevos protocolos para el trabajo presencial, la práctica se siguió realizando de manera virtual, y de igual manera también se mantuvieron las diferentes adecuaciones del trabajo a la virtualidad, el cual poco a poco se fue haciendo más fácil, tanto para las profesionales de la institución, como para mi rol de practicante, debido a que esta herramienta y medio de trabajo se estaba volviendo parte de la rutina de las diferentes instituciones. Pero, a pesar del leve acostumbramiento a estas nuevas particularidades, también aumentaba el cansancio por estar frente a las pantallas, los problemas propios de las instituciones y las dificultades en la conexión que cada uno debía afrontar. Esta última característica es parte del eje central para el futuro análisis ya que es un distintivo que se ha mostrado recurrente en los múltiples encuentros virtuales y también en las encuestas y entrevistas realizadas con las profesionales de la institución.

En función de todo este proceso vivido, me pregunto: ¿Cómo ha impactado la pandemia del COVID-19 en las modalidades de trabajo institucional? ¿Se pueden encontrar desafíos y/u oportunidades en el trabajo virtual? ¿Cómo pudo adaptarse la institución a esta nueva situación? ¿Cómo se lleva a cabo el trabajo interdisciplinario en este contexto? Son algunas de las preguntas que organizaron mi sistematización de experiencias. Debido a esto, es que el eje de sistematización que planteo es: Vicisitudes y reconfiguraciones del trabajo en salud mental en el Centro Integral Infanto Juvenil durante la pandemia del COVID-19, teniendo como objetivos: poder identificar nuevas modalidades de trabajo construidas a partir de la virtualidad; lograr describir los desafíos y oportunidades frente a la adopción del trabajo virtual; y analizar las particularidades de trabajo interdisciplinario intra institucional e intersectorial durante el 2020.

El presente trabajo se estructura en diferentes apartados. En primer lugar, encontramos a la contextualización de la práctica desde la psicología sanitaria, en donde se explicitan su objeto de trabajo y el quehacer del psicólogo sanitario, junto con demás definiciones necesarias para comprender la labor en esta área. Luego se encuentra desarrollada la contextualización de la institución -descripción del Centro Integral Infanto Juvenil-, en el que se describe brevemente la historia de la institución, las actividades que realizaba la institución hasta el 2019 y los cambios posteriores establecidos a partir del COVID-19, también nos encontramos con un organigrama y la caracterización de la población con la que trabaja. Posteriormente se encuentra desarrollado el marco teórico, el cual se divide en tres categorías: la emergencia sanitaria y el trabajo, la salud y el sistema de salud; y por último la virtualidad. Seguido de este apartado nos encontramos con la metodología utilizada a lo largo de la experiencia y para la posterior

sistematización. Luego, la recuperación del proceso vivido a lo largo del año, en donde se caracterizan y describen las diferentes etapas de la vivencia. Posteriormente se desarrolla el análisis de la experiencia propiamente, seguido por las conclusiones y, por último, la bibliografía utilizada.

## **2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA**

## 2.1 ENFOQUE DE LA PSICOLOGÍA SANITARIA

El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba define a la psicología sanitaria en función a la esfera de acción, el campo de acción y los objetivos de estudio:

Se considera área de la psicología sanitaria a la esfera de acción del psicólogo que abarca el campo de la Salud colectiva (incluyendo dentro de ésta a la salud mental), en instituciones estatales y/o no gubernamentales o privadas. El objeto de estudio e intervención es el proceso de salud-enfermedad en tanto proceso colectivo sometido a determinantes y condicionantes macroestructurales y bio-psicosociales. Implica la consideración de los factores económicos, políticos, sociales, culturales, históricos y antropológicos. El campo de acción es la vida cotidiana en cualquiera de sus ámbitos, donde se producen, distribuyen y expresan, los procesos vitales de individuos y grupos. (2012, p.11)

A su vez, destacamos lo propuesto por Morales Calatayud, quien aporta lineamientos que permiten comprender las características que configuran el quehacer de la psicología sanitaria a partir de la descripción de la psicología de la salud:

Se puede considerar que la psicología de la salud es la rama de aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes del comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, (...) que incluyen acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que lo reciban. (1997, pp. 57-58)

Podemos decir, entonces, que quienes se desarrollan en esta área de la psicología se pueden dedicar al trabajo en equipos sanitarios, docencia, equipos de prevención y promoción de la

salud, investigación y espacios puntuales de la especialidad (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2012). Esta última caracterización se distingue particularmente por abordar la dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad, dimensión subjetiva en el sentido de que se centra particularmente en cada individuo y replanteando la división salud/enfermedad, siendo sólo esta última posible de “ver” ya que produce signos y síntomas, provocando que no se sea capaz de identificar todo el conjunto de situaciones que afectan a la salud y a la salud mental (Ausburger y Gerlero, 2005).

Si bien la Psicología es una disciplina que trabaja con la salud mental de los sujetos, podríamos pensar que la Psicología Sanitaria es el área más focalizada al trabajo y conceptualización de la “salud” dentro del área. Para poder definir a la “salud” nos encontramos con distintos postulados, en primer lugar, la OMS la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección” (OMS, 2020), pero esta definición, sí bien es una de las más difundidas, ha sido foco de múltiples críticas por estar planteada desde una mirada clínica, y de esta manera, al caracterizar a la salud -y dentro de ella a la salud mental- como un “estado”, quedan como algo estático y difícil de variar en función de las condiciones medioambientales del sujeto (Calatayud, 1997). En contraposición a esta mirada nos encontramos con la definición que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual dice que:

Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (2010, art. 3°)

Esta definición, en donde la salud y la salud mental son vistas como “procesos”, es la que se va a tener como eje y guía en la realización de todo el trabajo. Es una definición que se apoya en el concepto de Salud Colectiva, propuesto por Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy Emerson (2002), quienes sugieren que la misma [la salud colectiva] apunta a analizar las necesidades, tanto de los individuos como de los grupos sociales, dentro del contexto social que las determina. Para esto, se tiene en cuenta las clases sociales, la cultura, etnia, género y producción económica de cada individuo y grupo, partiendo siempre de que la salud y la enfermedad constituyen un proceso dialéctico, en constante cambio social e histórico, teniendo en cuenta cuales son las condiciones que existían antes y que permitan conocer las dimensiones de todo el proceso.

También, es importante destacar que cuando nos referimos a la psicología sanitaria y a los profesionales dentro de esta disciplina, nos encontramos con características fundamentales que constituyen las diversas perspectivas con la que trabajan (Diaz Facio Lince, 2010):

- Se destaca el interés de este campo en investigar e intervenir sobre los aspectos psíquicos que inciden en el proceso salud-enfermedad (Diaz Facio Lince, 2020, apartado 1.2)
- Se ocupa (...) de la atención psicológica de los pacientes enfermos o con secuelas de alguna enfermedad, con base en la premisa de que los factores psíquicos tienen incidencia en el origen y la evolución de la enfermedad, y en la forma como el sujeto enfrenta la experiencia de estar enfermo. (Diaz Facio Lince, 2020, apartado 1.2)
- Se ocupa, además de los aspectos anteriores, del estudio de los factores psíquicos que intervienen en los vínculos entre los sujetos que hacen parte de las acciones en salud. Se reconoce entonces que en el campo de la salud juegan un papel importante, no sólo los aspectos psíquicos y sociales de los pacientes enfermos y de las poblaciones que son objeto de las campañas de promoción y prevención, sino también la subjetividad de los profesionales que se desempeñan en esta área. (Diaz Facio Lince, 2020, apartado 1.2)

El pensar a la salud y a la salud mental como un proceso implica verlas y analizarlas como un conjunto de sucesos o fases, es decir, implica tener en cuenta también la enfermedad, siendo este proceso - salud-enfermedad - como un continuo de la vida en donde nadie nunca está completamente sano ni completamente enfermo, produciendo las condiciones de vida, tanto del colectivo como de los sujetos que se encuentran dentro del mismo. En función de lo planteado, y para seguir conceptualizando, decimos que desde la psicología sanitaria es imposible definir el concepto "salud" sin haber conceptualizado a la "enfermedad" debido al complejo proceso que constituyen ambos conceptos. De hecho, estas dos palabras están en interrelación, en la que se determina y conforma, como se mencionó, un "proceso" que es el principal objeto de estudio de esta rama de la disciplina.

Definimos al proceso Salud-Enfermedad en base a lo propuesto por Cristina Laurell (1982) como aquel modo en particular en el que en un grupo se da el proceso de desgaste biológico y de reproducción. En el mismo se destacan aquellos momentos en los que tiene lugar un

funcionamiento biológico diferente, que tiene consecuencias negativas en el desarrollo de las actividades cotidianas de las personas. Además, podemos decir que este proceso se caracteriza por ser colectivo, histórico y dinámico. Para clarificar, es histórico porque la definición de lo que se considera salud y lo que se considera enfermedad varía -y sigue variando- a lo largo de la historia debido a los cambios sociales que tienen lugar en el mundo; es dinámico porque son la salud y la enfermedad son dos procesos que están mutuamente desarrollados y que se influyen por medio de condiciones que comparten, por último, es colectivo porque estas conceptualizaciones se establecen en función de las características que comparten un determinado grupo de personas (Laurell, 1982).

El proceso salud-enfermedad de las poblaciones está condicionado por los determinantes de la salud. En palabras de Villar Aguirre (2011):

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos.
- Y los de responsabilidad del sector salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. (Apartado: Los determinantes de la salud)

Dentro de estos últimos nos encontramos con aquellos relacionados con los estilos de vida de cada persona, los factores ambientales, las cuestiones genéticas y biológicas de la población y los servicios de salud que brindan su atención a las poblaciones (Villar Aguirre, 2011). Estos cuatro se caracterizan de la siguiente manera (Villar Aguirre, 2011, Apartado: Los determinantes de la salud desde el punto de vista del sector salud):

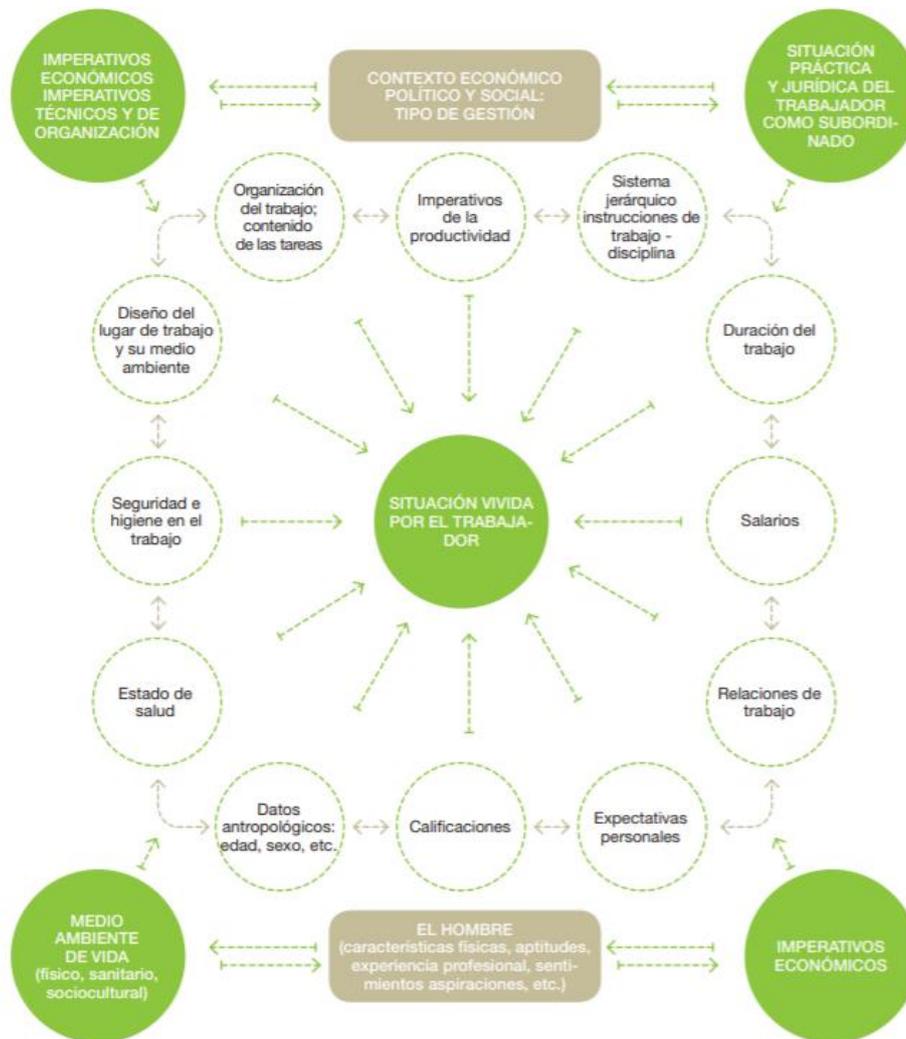
- Medio Ambiente: relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.

- Estilos de Vida: Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.
- Biología Humana: relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- La Atención Sanitaria: que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

Tomando en cuenta el medio ambiente, podemos decir que la actividad laboral que realiza cada sujeto va a tener consecuencias en la salud y esto genera las condiciones mismas en donde se genera el proceso salud-enfermedad de la población en la que el sujeto opera. A su vez, debemos atender a que, el proceso salud-enfermedad tiene carácter dinámico, histórico y colectivo, es decir, los modos de trabajar han ido cambiando a lo largo de la historia, está en permanente cambio y desarrollo, y está determinado por el accionar de las sociedades. Decimos entonces que:

Cuando las condiciones y el medio ambiente de trabajo se deterioran, y, además el empleo se vuelve inestable o se torna incierto, aumenta la probabilidad de que surjan en los trabajadores patologías de diverso grado, -que pueden manifestarse de inmediato, en el transcurso de la vida laboral o incluso en el período jubilatorio-; que afectarán su vida personal, familiar, social, política. (Giraud, Korinfeld y Mendizabál, s/f, p. 3)

La organización Internacional del Trabajo, en el año 1987, propone el Círculo de Clerc para poder explicar, de mejor manera, como el trabajo y las condiciones que lo conforman y rodean, afectan a los trabajadores involucrados en el mismo.



Nota: Adaptado del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Educación; Instituto Nacional de Educación Tecnológica, Organización Internacional del Trabajo, 2014, p. 1.

Volviendo al accionar del psicólogo sanitario, decimos que uno de los objetivos que tiene en su labor es promover “equidad en la salud”. Es decir, "que todas las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 15). Las diferencias sociales de los sujetos no son determinantes para que cada persona pueda ser atendida de acuerdo a su necesidad individual, y de esta manera, apuntar a un mejor nivel de salud colectiva. En función de esto nos encontramos por lo propuesto Breilh, quien caracterizan a la diversidad de la vida humana como aquella que:

Se concreta en procesos como los de diferenciación de género, étnicos y culturales. Los distintos géneros, etnias y grupos de edad que hacen parte de la diversidad surgen de diferencia biológicas, como el sexo, la raza y la edad biológica, alrededor de la cuales se dan construcciones culturales y de poder.” (2013, pp. 215-216)

A su vez, el autor mencionado afirma que, en las sociedades equitativas, las diferencias entre las personas son tomadas como algo enriquecedor y constituyen potencias favorables, ya que las relaciones entre las personas son solidarias y cooperativas debido a que no hay una estructura de poder que intenta romperlas. En contraposición a esto, cuando nos encontramos con un marco de inequidad entre personas, vemos la apropiación del poder y la concentración de este en determinadas clases y/o sectores de la sociedad, por lo que la diversidad ya no es vista como algo favorable, sino que pasa a ser usada como un medio para la explotación y subordinación (Breilh, 2013).

## **2.2 PREVENCIÓN EN SALUD Y ENFOQUE DE DERECHOS**

Siguiendo con la caracterización del contexto sanitario, podríamos encontrar al accionar de la Psicología Sanitaria dentro de tres niveles de prevención -la prevención primaria, la secundaria y la terciaria-, los cuales fueron propuestos y descritos por Gerald Caplan en Estados Unidos en 1964. Pero luego, Videla (1993), en contraposición a Caplan y su propuesta de los tres niveles de prevención, propone una revisión crítica de lo planteado por Caplan, y plantea que la salud, y la salud mental pueden atenderse desde distintas prácticas preventivas, llevadas a cabo por diferentes profesionales, las cuales tienen como resultado la disminución de la aparición de ciertos trastornos mentales, la duración y deterioro de los mismos. A su vez, dice que la prevención es una acción integral, por lo que es necesario que la misma se establezca como una política proveniente desde los gobiernos y sistemas de salud ya que son estos los grupos capaces de realizar una planificación presupuestaria y un adiestramiento de los recursos necesarios para poder realizar las prevenciones de la manera correcta y logrando el mayor alcance social posible.

Es importante aclarar que, esta conceptualización -Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria- es dejada de lado por quienes priorizan la terminología “Prevención” y “Prevención Profunda”. En función de esto, es significativo considerar el desarrollo que proponen Zaldúa, Lenta y Carlos, ya que destacan el papel fundamental del poder y las decisiones políticas tomadas y sus efectos en la salud de los habitantes:

La prevención profunda y promoción de la salud son instrumentos para la defensa de la vida ante las políticas impuestas por el poder que acarrearán un agravamiento de la pobreza y el retroceso de las condiciones de trabajo potenciando el malestar. (2016, p.70)

Por otro lado, nos encontramos con otro concepto muy importante dentro del área, que es el de la “promoción de la salud”. En relación a esto, se destaca lo que propone José Bleger, quien dice que “ya no interesa solamente la ausencia de la enfermedad, sino el desarrollo pleno de los individuos y de la comunidad total” (1966, p. 30). Este autor apunta a que el trabajo de los psicólogos debe estar focalizado al abordaje de la cotidianidad de los sujetos, es decir, no se debe atender a la enfermedad, sino que se debe atender a la salud, promoviendo bienestar en la vida diaria y no solamente atendiendo y focalizando el trabajo en la enfermedad y en la cura de estas patologías. Es por esto que Bleger propone una serie de mejoras en las acciones que realizan los equipos de atención de salud mental (Bleger en Videla, 1993):

- Mejoras en las instituciones asistenciales (calidad, cantidad y variedad de propuestas).
- Realización de diagnósticos precoces.
- Prevención de la enfermedad o psicoprofilaxis (equivalente a la Prevención Primaria).
- Rehabilitación, reubicación y reintegro a la familia y comunidad (equivalente a la prevención terciaria).
- Prevención positiva (Promoción de la salud propiamente).

Estas mejoras propuestas por Bleger, las encontramos desarrolladas a lo largo de toda la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial de Salud Mental N° 9848, ya que, en ambas, lo que se busca con la Promoción de la Salud es poder transformar los determinantes sociales de la salud, logrando mejores condiciones de vida, aumentando la fortaleza estructural, la capacidad funcional y el sentimiento de bienestar en cada uno de los sujetos. Es decir, con la

promoción no se apunta al trabajo con la vivencia de la enfermedad, sino que se trabaja apuntando a la vivencia subjetiva que tiene cada sujeto en relación al bienestar (Videla, 1993).

Para poder establecer los planes y proyectos y lograr realizar una correcta prevención y promoción de la salud, los mismos deben estar planteados dentro de un enfoque de derechos, el cual se caracteriza por ser un marco conceptual adoptado por la comunidad internacional que orienta la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas. Según Abramovich “el enfoque basado en derechos establece un marco conceptual para la formulación y evaluación de las políticas y estrategias de desarrollo” (2006, p. 41). El objetivo principal de estas iniciativas es reconocer las demandas de aquellos sectores generalmente excluidos dentro del orden social y que padecen una alta vulnerabilidad bio-psico-social (Arcidiacono, 2008).

Podemos decir, entonces, que las políticas públicas planteadas por los gobiernos se deben realizar desde una visión general y abarcativa, atendiendo tanto a los problemas y necesidades de la sociedad, como también a las soluciones posibles; siendo el factor humano, una condición de obligatoriedad para las mismas (De Lellis, 2006). Estos problemas y necesidades de las sociedades, están constituidos por las diferencias individuales, sociales y económicas que existen entre los mismos habitantes, y son estas diferencias las que determinan y condicionan el proceso de salud-enfermedad.

Los modos de devenir que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos. Esos procesos adquieren proyección distinta frente a la salud de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo, es decir de acuerdo a las relaciones sociales en que se desarrollan. (Breilh, 2013, pp. 208-209)

### **3. CONTEXTO INSTITUCIONAL**

El siguiente apartado plantea, de una manera secuencial, una lectura en función de la cronología y los efectos que ha tenido el COVID-19 en la rutina institucional, los modos de abordaje de las profesionales y la organización del Centro Integral Infanto Juvenil. Es por esto que al comienzo nos encontramos con la historia de la institución, en la que se realiza un recorrido desde su creación como el Centro Integral Infanto Juvenil, hasta su funcionamiento en la actualidad. Luego nos encontramos con el organigrama institucional, la población que conforma la institución, los modos de trabajo que tienen las profesionales y los vínculos trans institucionales, y en última instancia los principales cambios sufridos en la institución a partir del COVID-19.

### **3.1 NACIMIENTO E HISTORIA**

Realizando un breve recorrido histórico del Centro Integral Infanto Juvenil, nos encontramos con que el mismo comienza a ser planeado a principios del 2005, momento en el que se plantean modificaciones en cuanto a la concepción de la “salud mental” y los espacios adecuados y destinados para el trabajo en relación la misma. Es entonces cuando se reconoce la necesidad de crear un lugar dedicado a la atención psicológica de niños, niñas y adolescentes ya que la demanda de estos pacientes había aumentado considerablemente en el último tiempo y no había un lugar que los convocara en su pertinencia. Se propone, entonces, la creación de un equipo de salud mental conformado por profesionales de la Residencia de salud mental y de la Residencia de Salud Familiar y Comunitaria de la Provincia de Córdoba (Centro Integral Infanto Juvenil, 2018).

En el 2005, un equipo formado por: cuatro psicólogos, una psiquiatra y una trabajadora social comienzan a proyectar y organizar la atención para niños y jóvenes en un lugar adecuado

para ellos y sus familias. El objetivo del mismo era crear un programa de atención integral, es decir, que contemple el abordaje necesario para ese niño, niña o adolescente, teniendo en cuenta su familia y el entorno y medio en el que se desarrolla, de esta manera se crearon una serie de dispositivos individuales, grupales y familiares que siguen funcionando hasta hoy. Debido a la existencia de “La Casa del Joven” -ubicada en la calle León Morra al 5004, barrio Juniors- la cual trabaja en problemáticas de salud mental con población adolescente, es que los profesionales, en ese entonces, decidieron que atenderían, en la naciente institución, a niños de hasta 13 años.

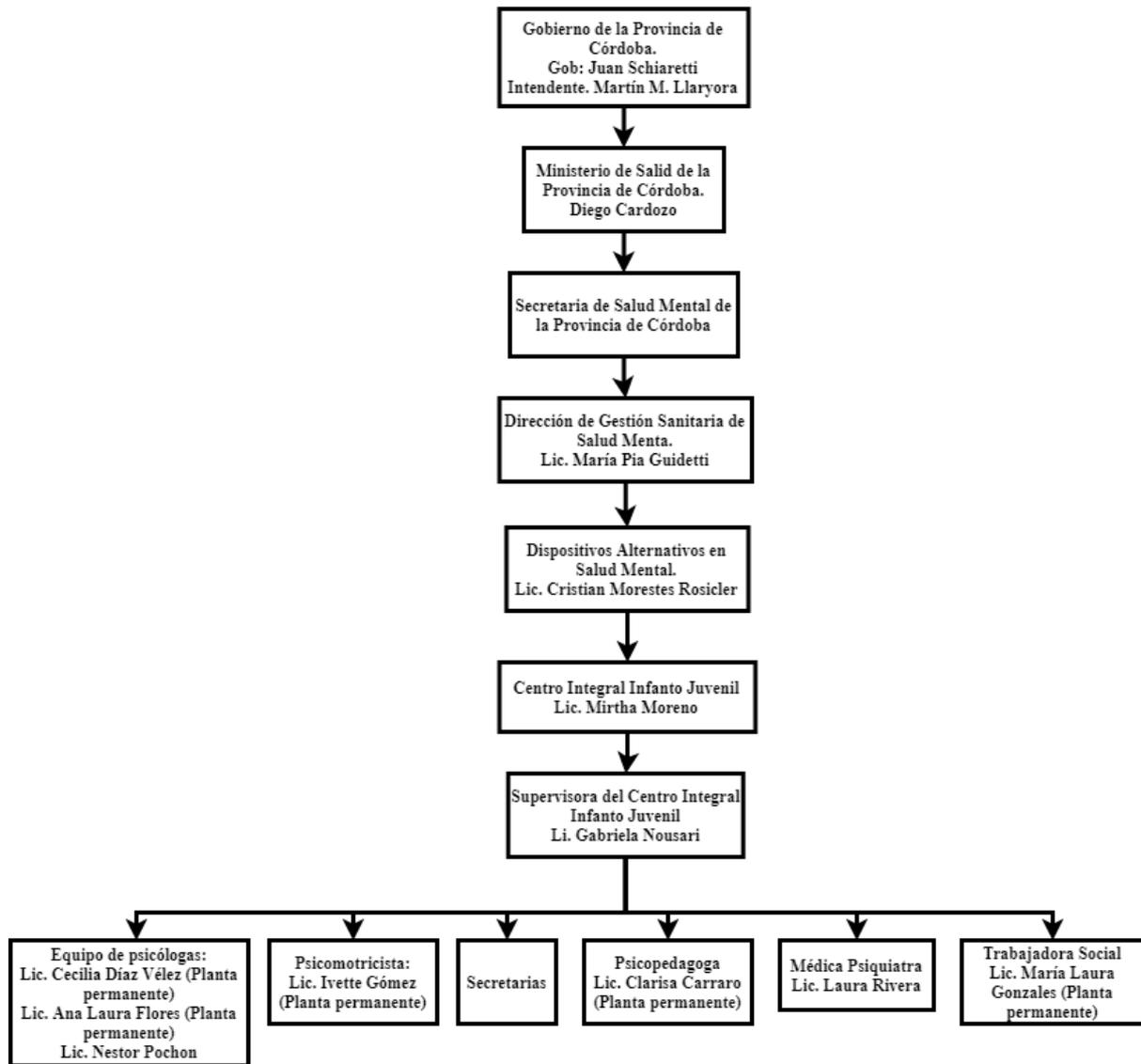
Fue recién en el año 2006 cuando atendieron a la primera familia en el Centro Integral Infanto Juvenil en el “Viejo Hospital San Roque” -ubicado en la calle Rosario de Santa Fe al 374-, luego de que el Hospital San Roque hiciera su mudanza a lugar en donde se encuentra en la actualidad -Bajada Pucará-. El edificio, en ese entonces, no se encontraba en las condiciones adecuadas ni contaba con todo el equipamiento necesario, pero a pesar de eso, el equipo se acomodó y comenzaron con la atención haciendo uso en un principio, de dos consultorios. Un año más tarde, el Gobierno de la Provincia de Córdoba reconoce el trabajo que se realizaba en la institución e inaugura el Centro Integral Infanto Juvenil, dando inicio a las tareas de refacción y reacondicionamiento del lugar. La inauguración oficial de la institución fue el 7 de agosto del 2007. Actualmente en el espacio nos encontramos con cinco consultorios, una sala de espera, una sala de profesionales y tres baños (Centro Integral Infanto Juvenil, 2018).

El Centro Integral Infanto Juvenil es, entonces, una institución monovalente, es decir, dedicada única y exclusivamente a la salud mental infantil y juvenil, teniendo en cuenta todas las aristas que la misma incluye (salud, educación, nutrición, situación socioeconómica de la familia) debido al proceso de desarrollo en el que se encuentran quienes asisten. La institución trabaja en relación y con dependencia de las autoridades que conforman la Secretaría de Salud Mental, la cual se encuentra dentro del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Teniendo en cuenta esto, podemos caracterizar a la institución como un: Centro Interdisciplinario de Atención Integral y Formación en salud mental del niño/a y su familia desde una perspectiva de derechos, priorizando la singularidad de cada uno y su contexto, con el objetivo de favorecer su desarrollo biopsicosocial (Carraro et al., s/f).

### **3.2 ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN**

El Centro Integral Infanto Juvenil tiene un organigrama particular en el cual se destaca que dentro de cada una de las cinco disciplinas también se encuentran cinco residentes y diferentes practicantes de dichas profesiones pertenecientes a distintas universidades, los cuales van cambiando año tras año.

También se destaca que, si bien este es el organigrama institucional, durante el año 2020 y dentro de la institución se han producido cambios debido a la jubilación de su directora Mirtha Moreno, cargo que por el momento no puede ser asumido oficialmente en función de la situación de pandemia, pero a pesar de esto, la institución ha definido como su nueva directora a la Licenciada Gabriela Nousari, psicóloga que trabaja en la institución, con experiencia en la dirección y la coordinación de equipos de trabajo.



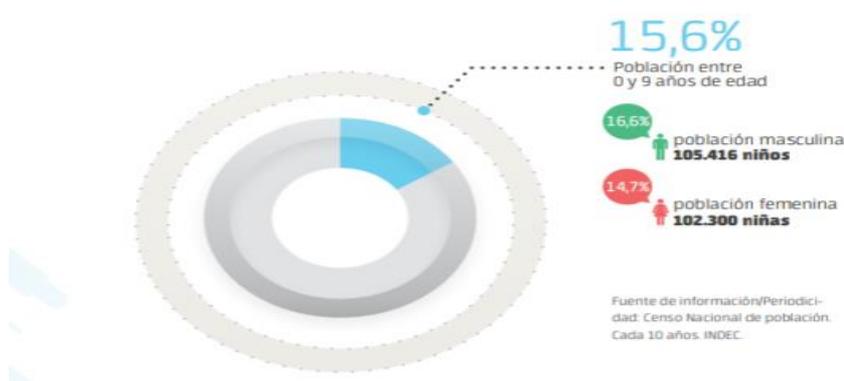
Nota: Elaboración personal, conversación telefónica con Lic. Díaz Vélez

### 3.3 POBLACIÓN QUE CONFORMA EL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL Y SUS ACTIVIDADES

Podríamos decir que la población que generalmente asiste a la institución pertenece a grupos vulnerados de la sociedad, quienes están atravesados por una pobreza estructural y/o tienen dificultades para poder contar con los recursos necesarios para poder satisfacer incluso las necesidades básicas. Si bien algunos pacientes llegan "solos" -por motivación personal o familiar- al Centro Integral Infantil Juvenil, muchos de los que asisten son derivadas por la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Discapacidad, la Secretaría de Salud Mental, u otras instituciones, las cuales son capaces de distinguir la presencia de algún malestar en los niños y niñas -o en las familias- y realizan una interconsulta con el Centro Integral Infanto Juvenil para que la institución pueda trabajar en pos de solucionar el malestar desde una perspectiva más integral y holística. Además, se destaca que es la única institución pública, a nivel provincial, que trabaja con esta población.

Los niños y niñas que se atienden en la institución tienen entre 0 y 13 años, siendo tomados como sujetos de derechos y apuntando a que puedan (re)generar un fortalecimiento de los vínculos saludables con su entorno, haciendo uso de diversos dispositivos de atención en salud mental.

En relación a la población infantil en la Ciudad de Córdoba, decimos que, en el último Censo Nacional de Población realizado en el 2010, había un total de 207.716 niños de entre 0 y 9 años que habitaban la Ciudad de Córdoba, lo cual representaba un 15,6 % de la población total de la ciudad (Delgado, 2017, p. 11). En la actualidad, se desconoce el porcentaje total de esta población, pero se sabe que ha crecido de manera considerable según se consta a través de las demandas existentes.



Nota: Adaptado de: Delgado, M. F, 2017, p. 11.

Muchos de esos niños y niñas que habitan la ciudad, se ven vulnerados en sus derechos, mientras que otros viven en familias que tienen dificultades para el acceso a bienes y servicios básicos, dando como resultado que estos niños y niñas tengan dificultades para poder satisfacer sus necesidades primarias, lo cual, a su vez, tiene consecuencias en el proceso de desarrollo y crecimiento. Estas son algunas de las características de la población con la que trabaja el Centro Integral Infante Juvenil (Delgado, 2017, p. 21).

	Hogar sin menores de 10 años	Hogar con al menos 1 menor de 10 años	Total
Hogar indigente	5.7%	3.5%	8.7%
Hogar pobre	21.8%	17.0%	28.4%
Hogar no pobre	72.4%	79.5%	63.0%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Nota: Adaptado de: Delgado, M. F, 2017, p. 11.

Por otro lado, nos encontramos con las profesionales. Un equipo conformado por las secretarías, dos psicólogas, una psicomotricista, una psiquiatra, una psicopedagoga y una trabajadora social. A su vez también conforman el equipo de atención las profesionales de la Residencia en salud mental, quienes, si bien rotan año tras año, también brindan su atención a los niños, niñas, adolescentes y familias que llegan a la institución. Todas ellas integran un equipo de trabajo interdisciplinario, que permite abordar las diversas problemáticas que presentan los niños, niñas, adolescentes y sus familias desde diversas perspectivas.

Estos profesionales tienen diversas reuniones semanales, pero hay dos que se destacan: las reuniones de equipo y la revisión de casos.

Las reuniones de equipo se realizan semanalmente, pero se diferencian de la revisión de casos en que ésta es un espacio de organización, diseño y reflexión del trabajo cotidiano que se realiza en el Centro Integral Infante Juvenil, pudiendo posibilitar acuerdos, tramitar malestares, proponer actividades y resolver diversas problemáticas que podrían presentarse.

Por otro lado, la revisión de casos es una reunión de las profesionales que trabajan dentro del Centro Integral Infante Juvenil, la cual se realiza una vez por semana -generalmente los días lunes o viernes- en la que se hace una reflexión en relación a cada caso en particular que se está atendiendo y aquellos nuevos que solicitan atención en la institución. El objetivo de la misma es poder elaborar estrategias de abordaje interdisciplinario e intersectoriales, principalmente en aquellos casos en los que la “complejidad” excede a los equipos referenciales. Es una

herramienta que facilita el conocimiento de todas las profesionales del equipo, de las distintas situaciones que ingresan a la institución, o que solicitan atención por parte de las profesionales. En estas reuniones participan: profesionales de planta, equipo administrativo y residentes.

Según las trabajadoras de la institución, en el Centro Integral Infanto Juvenil podemos identificar un fuerte trabajo realizado en pos de la prevención y bajo un enfoque de Promoción y Prevención de la salud. Esto se logra, no solo en la atención en los consultorios, sino también a partir de diversos talleres artísticos, recreativos y lúdicos, en los cuales los niños y niñas -a veces solos y a veces con sus familias- ponen en juego diversas habilidades sociales y personales. Entre los talleres que se realizan en la institución nos encontramos con distintos grupos terapéuticos, como lo son: el grupo de “púberes”, dos grupos de “peques”, un grupo de “Arte-terapia” y tres grupos de padres.

Destacamos que, para la realización de estos talleres, otras instituciones, a partir de los convenios establecidos, han brindado sus conocimientos, participación y colaboración para que los mismos se puedan llevar a cabo. Como, por ejemplo, la Escuela Superior de Bellas Artes ha intervenido un espacio del Centro Integral Infanto Juvenil, plasmando en las paredes los dibujos realizados por los niños, pero a mayor escala; y otras instituciones han donado juguetes y elementos para utilizar en los talleres con los niños y niñas. A su vez, estos vínculos trans institucionales no solo ayudan al Centro Integral Infanto Juvenil a poder realizar sus actividades, sino que muchas veces auxilian a las profesionales frente a alguna dificultad o realizando un trabajo interdisciplinario y trans institucional, ya sea con instituciones a nivel local como provincial. Dentro de estos vínculos, se destacan principalmente (C. Diaz Vélez, comunicación personal 12 de mayo de 2020): Hospitales en la Ciudad de Córdoba y en el interior de la provincia (mono y polivalentes); Equipos de Atención Comunitaria (EAC); Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS); Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF); Polo de la mujer; Sistema de Protección de Derechos de la Municipalidad de Córdoba (SPD); Casas abiertas, Tribunales I, II, III; Tribunales de familia, Policía Judicial y Centro Judicial de Mediación; Programas de Asistencia a la Víctima, Registro Nacional de Personas, Abogados y Defensores de los Derechos de los Niños; Atención Ciudadana, Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones; Servicios de Toxicología, Secretaria de Discapacidad y Juntas de Discapacidad; Ministerio de educación, Escuelas Provinciales y Municipales, Escuelas privadas y Escuelas Especiales, Centros Educativos Terapéuticos y Programas de Convivencia Escolar; Dirección de Régimen Especial (DRE); y Fundaciones que trabajan con niños y adolescentes.

### **3.4 CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL ANTES Y DESPUÉS DEL COVID-19**

Es de público conocimiento que la forma de trabajo de las instituciones cambió mucho del 2019 al 2020. En relación a esto, podemos decir que, en el 2019 el equipo de trabajo del Centro Integral Infanto juvenil estaba conformado por seis psicólogas, una trabajadora social, una psicopedagoga, una psicomotricista, una psiquiatra y tres secretarías administrativas. El horario de trabajo era de 7.30 a 18 hs. Se contaba con cinco ambientes de trabajo, los cuales se usaban para la atención clínica individual, familiar y grupal; y una sala de espera que era utilizada para realizar talleres y trabajos en grupos. Decimos entonces que, hasta febrero del 2020, las profesionales trabajaban compartiendo los horarios y los distintos espacios de la institución, realizaban reuniones de equipo y se encontraban dentro del mismo edificio realizando, de manera paralela, sus labores profesionales. Pero debido a la pandemia producto del COVID-19, el Centro Integral Infanto Juvenil ha debido modificar su trabajo y transformar la modalidad de realización de cada práctica a la virtualidad, encontrando en esta dificultades y oportunidades para el trabajo en salud mental.

Ya que la que la institución brinda a la sociedad un servicio reconocido como esencial destinado a atender la salud mental de la población es que el trabajo presencial en la institución no fue suspendido por completo, pero se elaboraron diversos protocolos, conforme a las normativas que brindaba el COE (Centro de Operaciones de Emergencia), los cuales organizaron las directrices de los trabajos avalados en su continuidad. Entre estos se destaca principalmente que la Institución cambió su forma de trabajo general adaptándola al contexto de emergencia, decretando que (Centro Integral Infanto Juvenil, 2020, material de uso interno):

- Se disponen de guardias mínimas todos los días de la semana, con un equipo de 4 integrantes profesionales y secretaria, a disposición de la atención de 9 a 14 hs. En estos horarios, los objetivos son:
  - Realizar pase de guardia del día anterior y/o comunicaciones importantes de los demás días de la semana.
  - Recabar información general socio-comunitaria en relación a lo estipulado para sobrellevar la pandemia de COVID-19
  - Actualizar información específica para sobrellevar la pandemia de COVID-19 con las disposiciones en salud mental Infanto Juvenil.
  - Las profesionales deben realizar capacitaciones on-line disponibles, para las mismas se socializa el material bibliográfico pertinente.
  - Los días jueves se desarrollan vía on line, reunión de Equipo completo del Centro Integral Infanto Juvenil, de 9 a 11:30hs.
  - Cierre de día de guardia con registro escrito y/o comunicación oral al equipo por WhatsApp, de lo realizado en la jornada.

A su vez, también debieron modificarse las reuniones de equipo semanales, las cuales fueron reprogramadas para los días jueves de 9 hs a 11.30 hs, en la que deben participar todas las profesionales que trabajan en la institución haciendo uso de algún medio de encuentro virtual como Zoom o Google Meet. Estas reuniones comenzaron a ser más organizadas que las presenciales en cuanto al tiempo que llevaban las mismas, aunque la dificultad recaía en la falta de Wifi que tenía la institución. Con el tiempo las profesionales se fueron amoldando a esta modalidad, pudiendo utilizar las herramientas que brinda la virtualidad de una mejor manera.

Además, la institución no solo responde a la demanda de la sociedad brindando un servicio esencial en el ámbito de la salud, también en el Centro Integral Infanto Juvenil nos encontramos con espacios de formación de Pre y Postgrado para estudiantes y egresados de las carreras de: Psicología, Trabajo Social y Psicopedagogía. Estas actividades pudieron mantenerse, permitiendo que las residentes de las diferentes disciplinas pudieran seguir teniendo su espacio en la institución logrando sus objetivos de formación.

Algo que no ha cambiado en el pre y post pandemia es que la mayoría de las profesionales defienden la no implementación del diagnóstico, ya que el mismo puede ser muy determinante y estigmatizante tanto para el niño, niña y para la familia. En relación a esto, se destaca que un amplio número de niños y niñas que son atendidos/as por las profesionales de la institución, no tienen un diagnóstico establecido, y tampoco necesitan el certificado de discapacidad brindado por el Gobierno de la Provincia de Córdoba para poder desarrollarse en su vida cotidiana. Pero, en caso de que este certificado sea necesario, o en caso de tener la necesidad de contar con un diagnóstico para comenzar con un tratamiento en particular, el trabajo a realizar, desde la institución, es muy riguroso, atendiendo a todas las características del niño, niña, su familia y el contexto social, económico y cultural en el que se desarrollan, llevando a cabo un trabajo con la totalidad del equipo de la institución, de manera conjunta, sin desmerecer la atención a cada elemento que participa en el enunciado de un diagnóstico complejo.

#### **4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN**

Vicisitudes y reconfiguraciones del trabajo en salud mental en el Centro Integral Infanto Juvenil durante la pandemia del COVID-19.

## **5. OBJETIVOS**

## **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Reconocer las vicisitudes y reconfiguraciones del trabajo en salud mental en el Centro Integral Infanto Juvenil durante la pandemia del COVID-19.

## **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar las nuevas modalidades de trabajo que se fueron construyendo en el Centro Integral Infanto Juvenil durante la pandemia del COVID-19 por parte del equipo profesional.

Dar cuenta de los desafíos y oportunidades asumidos frente a la adopción del trabajo virtual en el Centro Integral Infanto Juvenil.

Analizar las particularidades del trabajo interdisciplinario, de carácter inter e intra intersectorial, realizado durante la pandemia del COVID-19.

## **6. PERSPECTIVA TEÓRICA**

## 6.1 SALUD Y SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

Teniendo en cuenta lo desarrollado en el apartado “Contexto de Práctica” sobre la perspectiva de trabajo que propone la Psicología Sanitaria como área de estudio e intervención, vamos a ahondar más en la conceptualización y composición del proceso salud-enfermedad. Reiterando, estas dos palabras están en mutua relación, determinando y conformando un proceso que constituye el objetivo central de trabajo y estudio de la psicología sanitaria. Se identifica a este, según Sacchi, Hausberger y Pereyra, como:

Una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida. (2007, apartado: Resumen)

Coincidimos, entonces, con Breilh al afirmar que:

La salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino un que es proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual. (2013, p. 20)

Si nos focalizamos en la población infantil de la ciudad de Córdoba y analizamos el acceso que tenían a los sistemas de salud basándonos en el último Censo Nacional del 2010, decimos que, el 43,8% de los niños que habitaban la Ciudad de Córdoba, carecían de obra social o de acceso a prácticas médicas prepagas (Delgado, 2017). Teniendo en cuenta que el porcentaje de pobreza ha crecido en los últimos años, en especial en el transcurso del 2020, podemos postular que, muchos de los niños y niñas que presentan o pueden llegar a desarrollar algún malestar relacionado a la salud mental, no van a poder ser atendidos por los profesionales capacitados

para el abordaje de las mismas. Por esta razón, es fundamental atender a la salud mental de este sector de la población. En relación a lo expuesto, se destaca lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que sostiene que:

Los trastornos de la salud mental que se inician en la infancia o la adolescencia, además del sufrimiento que presentan para el menor y su familia, conllevan consecuencias personales que se extienden hasta la edad adulta, así como consecuencias sociales en cuanto al costo económico y productivo para la sociedad. A una edad temprana, estos trastornos perjudican el alcance educativo y laboral, las relaciones íntimas y la elección de pareja, los embarazos no deseados y el funcionamiento general como adulto. (OMS 1, 2009, p. 234)

Los y las trabajadoras/es de la salud y la salud mental, realizan sus labores en diversas instituciones que se encuentran dentro de los Sistemas de Salud propios de cada país y región. Tomando los aportes de la OMS (Organización Mundial de la Salud), decimos que un Sistema de Salud es:

La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. (...) El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. (2005)

En el caso de nuestro país, este sistema, está conformado por tres sectores:

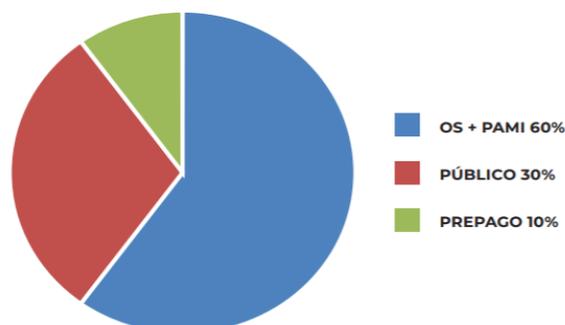
- 1. Sector público:** el cual se caracteriza por estar

fragmentado en los niveles Nacional, Provincial y Municipal queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones. Es importante señalar que la mitad de la población del país no tiene cobertura social y su atención depende exclusivamente del subsector público. (Galli, Pagés y Swieszkowki, 2017, p.8)

2. Sector del seguro social obligatorio y obras sociales: este se caracteriza por estar subdividido en cuatro grupos (Galli, Pagés y Swieszkowki, 2017):
- Obras sociales nacionales: 285 en total, con cobertura a una población de once millones.
  - Obras sociales provinciales: Cada provincia cuenta con una obra social que da cobertura a los habitantes dentro de los diferentes terrenos provinciales.
  - Obras Sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad: Las cuales cubren a ochocientas mil personas aproximadamente.
  - Obras Sociales de la Universidades Nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial: Las cuales brindan atención a trescientas mil personas aproximadamente.
3. Sector privado: “se halla expresado en numerosísimas entidades, con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientas mil personas” (Galli, Pagés y Swieszkowki, 2017, p.8).

Es importante destacar que, según datos obtenidos por el último Censo Nacional realizado en el 2010, el 36% de la población no tenía cobertura médica, seguridad social ni capacidad para poder pagar la atención brindada en el sector privado (Galli, Pagés y Swieszkowki, 2017). Pero se sabe que ese número ha crecido en la actualidad.

Figura N° 2. Porcentaje de la población atendida según subsector



Nota: Adaptado de Galli, Pagés y Swieszkowki, 2017, p.9.

Sí bien se trata de procesos integrados y difícilmente escindibles, interesa especificar que, dentro de la salud, nos encontramos con la salud mental, que también es un campo de disputa

respecto a su definición. Por un lado, Organización Mundial de la Salud en su publicación “Invertir en Salud Mental”, la define como aquella que está determinada por el “bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente” y agrega que “en todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas” (2004, p. 7), pero, por otra parte, recuperamos una definición más abarcativa y adecuada que propone la Ley Nacional N° 26.657 en donde se conceptualiza a la salud mental como:

Un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (2010, art. 3°)

Una cuestión importante a tener en cuenta es que, en el contexto de pandemia se debieron categorizar las actividades laborales para poder determinar cuáles eran las esenciales, es decir, aquellas que se veían obligadas a seguir brindando los servicios que prestaban. Dentro de estas, nos encontramos con los médicos y personal de salud, pero también estaban las fuerzas policiales, los trabajadores de los servicios y bienes esenciales (teléfono, luz, internet, agua, electricidad, gas, entre otros). El problema en esta categorización es que, las instituciones dedicadas al trabajo en salud mental y los y las profesionales de la misma nunca dejaron de trabajar, ya que su labor era caracterizada como esencial. Pero debido a la fuerte orientación biomédica que predominó, en donde la salud era sinónimo de ausencia de COVID-19 y la enfermedad era sinónimo de padecer COVID-19, ¿Era la salud mental considerada un servicio esencial? ¿Eran los y las trabajadores/as en salud mental considerados/as trabajadores/as esenciales para el bienestar social? Parece ser que, en un contexto de crisis como el que caracterizó a la pandemia del COVID-19, la salud mental de todos y todas, aun cuando la población a nivel mundial se vio obligada a cambiar sus rutinas y actividades cotidianas abruptamente y de la noche a la mañana, fue desjerarquizada en relación a la centralidad absoluta que asumió la salud física y biológica.

Es importante decir, además, que estos/as profesionales -los/las psicólogos/as- hacen uso de diferentes teorías y tienen un vasto abanico de técnicas y herramientas para poder utilizarlas dependiendo el caso particular de padecimiento que presente cada sujeto. En función de esto, agregamos que no es lo mismo el trabajo que realiza un/a profesional con aquellos adultos que

presentan alguna problemática de cualquier índole, al que se realiza con los y las adolescentes o los niños y niñas que presentan algún malestar, tal como lo es en nuestro caso.

Focalizándonos en la niñez particularmente, y basándonos en la propuesta que realiza María Eugenia Mansilla (2000), caracterizamos a esta etapa como un periodo del desarrollo humano la cual se divide en dos: primera infancia, de 0 a 5 años y segunda infancia, de 6 a 11 años.

Como se expresó anteriormente, el modo de abordaje para las problemáticas en salud mental con niños y niñas es diferente al trabajo que se realiza con las personas adultas. En este caso, el abordaje individual de la problemática que se presente en la niñez se debe realizar tanto desde una perspectiva individual como también familiar o grupal, acorde al contexto en el cual el niño y/o niña vive y se desarrolla. A su vez, se destaca que las técnicas utilizadas por los/las profesionales no son solo el habla y la escucha, sino que priman las técnicas lúdicas y de uso de la imaginación, como el dibujo y juego, la actuación, cuentos, historias, simulaciones, entre otros (Papalia, Wendkos y Dukin Feldman, 2009).

## **6.2 LA EMERGENCIA SANITARIA Y EL TRABAJO EN SALUD MENTAL**

El virus del COVID-19 se ha instalado en múltiples países generando diversas problemáticas, llegando a constituir un estado de crisis global. En un comienzo, se definió al COVID-19 como una enfermedad epidémica, la cual es conceptualizada por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) como un:

Aumento inusual del número de casos de una enfermedad determinada en una población específica, en un período determinado. (...) En general, una epidemia puede ser considerada como la consolidación simultánea de múltiples brotes en una amplia zona

geográfica y, generalmente, implica la ocurrencia de un gran número de casos nuevos en poco tiempo, mayor al número esperado. (s/f, p. 7)

Pero una vez que el virus se propagó a cada vez más territorios y hubo cada vez más infectados, se volvió una pandemia, la cual se define, según la OPS (Organización Panamericana de la Salud) como una “epidemia que se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo y que, generalmente, afecta a un gran número de personas” (s/f, p. 7). En este sentido, estamos atravesando, a nivel mundial, una problemática con características nunca vistas. El virus del COVID-19 generó problemáticas de diversa índole en todos los países en donde se encuentra, no solo a nivel de la salud pública, sino también problemas laborales, políticos, culturales, económicos, etc.

En enero del año 2020, la Organización Mundial de la Salud decretó un estado de Emergencia Sanitaria a nivel mundial, esto implicaba que el brote de una enfermedad afectaba a más de un país simultáneamente, lo cual requería de estrategias coordinadas internacionalmente para poder hacerle frente. A su vez, es una problemática que afectaba a la salud de los países de manera inusual e inesperada. En relación a la conceptualización de una pandemia, la OMS dice que:

Es una emergencia sanitaria y social mundial que requiere una acción efectiva e inmediata de los gobiernos, las personas y las empresas. Todas las empresas tienen un papel esencial que desempeñar minimizando la probabilidad de transmisión y el impacto en la sociedad. La adopción de medidas tempranas, audaces y eficaces reducirá los riesgos de corto plazo para los empleados y los costos de largo plazo para las empresas y la economía. (2020, párrafo 2)

Decimos que esta Emergencia Sanitaria se evidenció como una crisis en la sociedad argentina, la cual se potenció en el malestar de la sociedad debido a las otras crisis vigentes, como las laborales, económicas, políticas, ambientales y sociales (Ciuffolini et al, 2020). Además, se destaca en nuestro país que, a pesar de que la emergencia sanitaria se instaló unos meses más tarde (el 12 de marzo del 2020), la crisis producto del COVID-19 atacó al sistema sanitario de manera repentina y brutal.

La gravedad y urgencia de las situaciones que vive la población cordobesa es laboral, habitacional, alimentaria y de alta violencia y vulnerabilidad ambiental. Esta

complejidad trasciende la simple discusión que nos fuerza a decidir la explicación (...) de la crisis dentro de los polos “salud” vs. “economía”. (Ciuffolini et al, 2020, p.7)

La crisis sanitaria se fusiona con otras crisis más que atraviesa la Argentina. La crisis económica y laboral tiene consecuencias en el ámbito sanitario y a su vez estas tres inciden en la crisis ambiental y social. Vemos entonces, cómo todo el contexto social, político, económico, sanitario y ambiental, entra en relación con los diferentes aspectos de la vida cotidiana de los individuos afectándolos de diferentes maneras, ya sea para la realización de sus labores profesionales, educativas o simplemente satisfacer una necesidad básica.

Así pues, es importante tener en cuenta que no todas las personas pudieron afrontar la situación de pandemia y de la crisis de la misma manera ya que, como mencionamos anteriormente, no todos tienen acceso a los mismos bienes y servicios. Se destacan, en este sentido, las palabras de Alicia Stolkiner, quien sostiene que:

Se comienza a producir una alteración de la vida cotidiana y, por ende, un movimiento que conlleva cambios en las representaciones y las prácticas de las personas. No es poca cosa cuando ese movimiento toca aspectos tan nodales como la enfermedad y la muerte. Toda sociedad naturaliza algunas cosas y considera extraordinarias otras. La alarma surge cuando un acontecimiento altera ese marco de comprensión. (2009, párrafo 2)

Se afirma que las actividades laborales de la población a nivel mundial, han cambiado entre 2019 y 2020. Entre los meses de enero y marzo del 2020, momento en el que las infecciones por COVID-19 iban en aumento en todo el mundo, se comenzaron a aplicar y establecer diferentes medidas en todos los continentes, para que los/las empleados/as y empleadores adecuarán las actividades laborales al teletrabajo, y de esto no ser posible, suspender las actividades hasta que la pandemia finalizara. Esas solicitudes de los gobiernos fueron establecidas con muy poco tiempo de anticipación, pensando que dichas medidas se iban a tener que aplicar a corto y/o mediano plazo, pero esto no fue así (OIT 1, 2020).

En Argentina, estas medidas fueron tomadas y han tenido diferentes consecuencias en las vidas y rutina de los empleados. Según la OIT (Organización Internacional del Trabajo), ciertas investigaciones realizadas demuestran que:

Los empleados que trabajan desde el hogar tienden a trabajar más horas que cuando están trabajando en los locales del empleador, en parte porque el tiempo para desplazarse al lugar de trabajo es sustituido por actividades laborales y también debido

a los cambios en las rutinas de trabajo y a la desaparición de los límites entre el trabajo remunerado y la vida personal. El teletrabajo, en general, puede dar lugar a un horario de trabajo más prolongado y a un aumento de la carga de trabajo durante las noches y los fines de semana. (OIT 1, 2020, p. 5)

A estas cuestiones, se le suma que Argentina se encuentra atravesando una crisis económica importante desde el año 2018 -pero originada en años previos- y se cree que la crisis sanitaria producto del COVID-19, tendrá fuerte impacto en el mercado laboral de la región (OIT 2, 2020) en el transcurso de los años posteriores. Además, según la Organización Internacional del Trabajo:

La precaria situación de la economía argentina, caracterizada por una inflación anual superior al 50 por ciento y una continua devaluación de su moneda –el peso argentino, que acumula una depreciación del 65 por ciento desde abril de 2018–, ha dado lugar a una fuerte presión en las cuentas públicas. El préstamo de USD 57.000 millones otorgado por el FMI en 2018, y la revisión del plan económico que acompañó su negociación, otorgaron al país un espacio fiscal limitado para responder al impacto del contexto económico en el mercado de trabajo. (OIT 2, 2020, p. 5)

Resumiendo, decimos que el COVID-19 va a tener marcadas consecuencias en el mercado laboral, a corto y/o largo plazo. Además, es necesario destacar que:

Más allá de la inquietud que provoca a corto plazo para la salud de los trabajadores y de sus familias, el virus y la consiguiente crisis económica repercutirán adversamente en el mundo del trabajo en tres aspectos fundamentales, a saber: 1) la cantidad de empleo (tanto en materia de desempleo como de subempleo); 2) la calidad del trabajo (con respecto a los salarios y el acceso a protección social); y 3) los efectos en los grupos específicos más vulnerables frente a las consecuencias adversas en el mercado laboral. (OIT 3, 2020, p. 3)

Debido a las complejidades del escenario local donde se presentaba la labor de los trabajadores en salud mental durante la pandemia del COVID-19, en múltiples instituciones se priorizó el trabajo interdisciplinario e intersectorial, cobrando una fuerte claridad por la complejidad y novedad en función a lo que debían abordar. Considero importante destacar, en palabras de Lizgrace Llano et al. (2016), que la interdisciplina surge “como aspecto esencial en el desarrollo del conocimiento científico, teniendo en cuenta que los compartimentos estancos

de los especialistas en las disciplinas, resultaban insuficientes para solucionar complejos problemas impuestos por la época que se vive” (apartado I). Decimos que, el trabajo interdisciplinario y la interdisciplinariedad se definen de la siguiente manera:

La interdisciplina, como abordaje epistemológico y pedagógico implica poner en el centro de atención las problemáticas contextualizadas de la realidad y no las disciplinas en sí mismas: La interdisciplina requiere: de los intercambios entre los saberes de las disciplinas y entre los actores portadores de esos saberes; referirse a las problemáticas de la realidad con el interés de su transformación; del trabajo en equipo y de la cooperación recurrente, y no sólo pasajera de los participantes; la construcción de una referencia lingüística y un marco teórico común. (Cha y Quiles, 2009, p. 222)

En relación a esto, es importante destacar la importancia del trabajo interdisciplinario para el abordaje de las diversas problemáticas que presentan los/las distintos/as pacientes (Alcantara Moreno, 2008). En un grupo interdisciplinario, los/las profesionales de diferentes campos de conocimientos trabajan en equipo para solucionar diferentes problemáticas haciendo uso de las teorías y metodologías propias de las disciplinas de cada uno (Jar, 2010).

El trabajo interdisciplinario supone, además de la oportunidad de trabajar junto a representantes de otras ciencias, el compromiso y el respeto por el trabajo mutuo y la organización para articular el trabajo, explicitando qué se pretende de cada uno de los integrantes. (Jar, 2010, p.1)

De modo semejante, Teresita Cha y Cristina Quiles afirman que: “la interdisciplina, [es vista] como [un] abordaje epistemológico y pedagógico [que] implica poner en el centro de atención las problemáticas contextualizadas de la realidad y no las disciplinas en sí mismas” (2009, p. 222). Entonces, retomando lo propuesto por Lizgrace Llano, et al., afirmamos que las relaciones interdisciplinarias son un modo de trabajo que habilita el poder perfeccionar el proceso de enseñanza y aprendizaje de los profesionales (2016).

Por otro lado, la intersectorialidad se define como aquella que:

Implica que diversos sectores gubernamentales no sólo entreguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno, sino que de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas que tienen complejas, diversas y relacionadas causas en sus orígenes. (Cunill Grau, 2014, apartado: Introducción)

Y agrega que, desde esta perspectiva, la intersectorialidad en el área de la salud mental hace referencia a la integración de diversos sectores, no solo los gubernamentales, sino todos aquellos con mira a buscar soluciones a los diversos problemas complejos de la sociedad, que tienen como característica principal la multicausalidad. Esto implica que las relaciones deben ser no jerárquicas, sino de colaboración y coparticipación (Cunill Grau, 2014).

### **6.3 ¿LA RECONFIGURACIÓN DEL TRABAJO EN LA VIRTUALIDAD?**

Teniendo en cuenta la definición brindada con anterioridad, respecto de lo que constituye el proceso salud-enfermedad, y en el marco de la situación actual de la Argentina, se puede afirmar que, el poder contar con un medio o vía para el acceso a internet es indispensable en este momento, tanto para que las y los trabajadores puedan realizar sus actividades laborales, como para que los niños y niñas puedan tener sus clases virtuales y para poder seguir manteniendo contacto con aquellos amigos y familiares. En función de esto, el internet se volvió un derecho y una necesidad básica para todos los habitantes, a nivel mundial, y la falta del mismo tiene consecuencias en todos y todas en diferentes medidas. Si nos focalizamos en los y las trabajadores/as de la salud mental, y particularmente en este caso en las profesionales de salud mental del Centro Integral Infanto Juvenil, decimos que se vieron afectadas debido a que para la realización correcta y completa de su trabajo en el marco de la jornada laboral en la institución, no contaron con esta herramienta y servicio, y como consecuencia a esta falta, no pudieron establecer contacto con sus pacientes ni trabajar de la manera adecuada a este momento. Fue recién a finales de octubre que pudieron gozar de Wifi en el Centro Integral Infanto Juvenil, y a pesar de que la conexión no era de la mejor calidad, ayudaba a las profesionales y a los pacientes.

Se especifica lo expuesto en el decreto nacional 690/2020 dictado en relación a la Ley 27.078, el cual expresa que:

El derecho de acceso a internet es, en la actualidad, uno de los derechos digitales que posee toda persona con el propósito de ejercer y gozar del derecho a la libertad de expresión. La ONU ha expresado en diversos documentos la relevancia de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) para el desarrollo de una sociedad más igualitaria y la importancia de que a todas las personas les sea garantizado su acceso a las mismas. (Decreto 690, Boletín Oficial de la República Argentina, 2020, párrafo 1)

El internet, y dentro de él el acceso a las redes sociales y las diversas plataformas de contacto que brinda la virtualidad no sólo permiten que las personas permanezcan en relación, sino que también habilita la posibilidad de seguir procesos de trabajo, de enseñanza y aprendizaje, y también genera nuevas formas de contacto entre los y las pacientes y los/las profesionales de la salud. En relación a esto, destaca lo propuesto por Nancy Sánchez Tarragó, quien afirma que:

El uso intensivo de Internet y otras tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el campo de la salud apoya los procesos encaminados al mejoramiento de la calidad en la atención médica, al aumento del empoderamiento de usuarios y pacientes mediante un mejor acceso a la información en salud y propicia cada vez mayores posibilidades de comunicación e interacción entre los pacientes, los profesionales y las instituciones de salud, lo que permite el establecimiento de alianzas y decisiones compartidas. (2012, sección: Introducción, párrafo 1)

En este sentido, es importante destacar que la modalidad de trabajo que prima en la actualidad es la virtual. Si bien la tendencia del trabajo virtual y *home office* es algo que viene creciendo desde hace algunos años, con la llegada de la pandemia del COVID-19 se impuso de manera drástica y repentina a todos los ámbitos de la sociedad. De modo semejante, Grimshaw sostiene que:

Las plataformas digitales brindan a los trabajadores la oportunidad de trabajar desde cualquier lugar, en cualquier momento y aceptar el trabajo que más les convenga. Sin embargo, dedicarse a este tipo de trabajo también conlleva algunos riesgos en relación con la situación de empleo, y el goce o no de ingresos adecuados, protección social y otros beneficios. (2019, p. V)

En función de esto, podemos decir que el trabajo virtual o “*Home office*”, expone a las personas al sobre trabajo, quitando las protecciones laborales que eran brindadas por los empleadores en las instituciones, empresas, organizaciones, etc.; y obligando su a que cada empleado y empleada, se haga cargo de los riesgos que implica realizar su labor en casa, oficina, o donde quiera que realice la actividad.

Focalizándonos en el trabajo virtual realizado por los profesionales de la salud mental, se destaca lo propuesto por Vaimberg Grillo, quién considera que “se requieren investigaciones que aporten a estos nuevos recursos una adecuada consistencia teórica y metodológica y la posibilidad de evaluación de la efectividad terapéutica” (2012, p. 63). En la misma línea, el autor plantea que el trabajo que se realiza desde la salud mental, debe concentrarse sobre la base de un trabajo interdisciplinario, principalmente destaca la psicología, la psiquiatría, la antropología, la neurociencia y los desarrollos multimedias, para poder brindarle, a los pacientes y los profesionales, nuevas soluciones y perspectivas a las diversas situaciones que se les presentan, aun cuando el mismo se desarrolle a través de internet y las diversas plataformas que ofrecen las TIC (OIT 3, 2020). En relación a esto, debemos tener en cuenta que, en la actualidad, el trabajo virtual fue impuesto abruptamente, sin posibilidad de planificación ni teniendo en claro como trabajar por medio de internet. No fue una opción para mejorar la calidad de atención, sino que fue un recurso de emergencia necesario de utilizar para evitar el contacto, asegurando la salud física de cada involucrado.

Por último, se distingue que, el quehacer laboral realizado por los profesionales de la salud mental por medio de la virtualidad es diferente en múltiples aristas al trabajo presencial, que estamos acostumbrados a ver, en donde las psicólogas y psicólogos se encuentran con sus pacientes en consultorios, trabajando en hospitales o en sus despachos particulares. Podemos afirmar, en relación al trabajo virtual que realizan estos/as profesionales, y en palabras de Cabré y Mercadal (2016) que el mismo no es una nueva modalidad de intervención terapéutica, sino más bien es la utilización de un nuevo recurso técnico para la práctica, el cual debe estar adaptado a las modalidades de psicoterapia. Además, agregan que “nos referiremos aquí al uso del ordenador como una forma de resolver circunstancias que dificultan o impiden la comunicación presencial entre terapeuta y paciente como primera opción” (Cabré y Mercadal, 2016 p. 441). Por último, estos autores señalan que “el reto es el de conseguir que este espacio sea conocido y sentido como seguro, para que pueda ser poblado de objetos transicionales que habiten la relación terapéutica y contribuyan a paliar la distancia y la no presencia” (2016, p. 446). También, es importante que los y las profesionales puedan evaluar las limitaciones que

tiene esta metodología de trabajo y el impacto que tiene en la flexibilización y precarización laboral, precarización con la que tienen que trabajar diariamente muchos en el ámbito de la salud.

Dicha precarización, en el ámbito dedicado a la salud mental, no se hizo presente con la llegada de la pandemia, sino que es algo con lo que vienen lidiando los y las profesionales del sector desde hace mucho tiempo. Dicha precarización es a nivel material, ya que no se cuentan con los elementos necesarios para realizar las consultas con los y las pacientes, a nivel económico, al no poder asegurar el pago adecuado por el trabajo realizado por las y los profesionales, el incremento de estrés, falta de reconocimiento social y profesional, entre otros (Pablo Arriaga, 2016). Todo esto, desarrollado en el contexto actual de crisis, hace que las situaciones empeoren y que la salud de los y las trabajadoras/es se vea comprometida, lo cual deja ver claramente la necesidad de desarrollar nuevas políticas laborales y de salud (Amable y Benach, 2000), las cuales permitan que los y las trabajadoras se apropien de esos espacios y se vuelvan labores que contribuyan a la construcción personal y profesional (Amable, 2008).

## **7. MODALIDAD DE TRABAJO**

## 7.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

El presente trabajo se realiza a modo de sistematización de experiencias. Esta metodología es descrita por Jara Holliday (2011) como una herramienta que sirve no solo para ordenar o clasificar la información obtenida mediante una experiencia práctica, sino también para generar conocimientos a partir de ella. El autor la define como:

Aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. (Jara, 2011, p. 4)

Esta herramienta [la sistematización] se diferencia de la investigación principalmente en la elección y construcción del objeto de estudio:

En la investigación se intenta conocer una dimensión o aspecto de la realidad, sobre la cual se formulan preguntas. En la sistematización, se hace preguntas a una práctica, en la cual se ha participado como un actor más, con una clara intencionalidad de transformación. (Barnechean García y Morgan Tirado, 2010, p. 104)

Podemos decir, que el proceso de sistematizar implica realizar un ejercicio de ordenamiento lógico y cronológico de los hechos sucedidos y experimentados, pudiendo recuperar la historia de la experiencia para poder analizarla y otorgarle nuevos sentidos y significados, logrando, de esta manera generar nuevos aprendizajes y construir nuevos conocimientos (Eizaguirre, 2004).

Para poder llevar a cabo dicha sistematización es importante contar con registros que den cuenta de la experiencia vivida. En este caso, los registros describen las actividades realizadas en el Centro Integral Infanto Juvenil durante el 2020 entre los meses de abril y octubre. Podemos decir que es muy importante el proceso de escritura durante la experiencia práctica ya que lo

que se obtiene de esta no solo es el material compilado con el cual se realiza la posterior sistematización, sino que permite materializar la experiencia. En este sentido, Rosa María Cifuentes dice:

La escritura es producto, proceso y aprendizaje a construir en los procesos de sistematización. Posibilita construir huellas que nos permiten distanciarnos, volver crítica, reflexiva y propositivamente sobre lo vivido; gesta poder formativo y de negociación, al materializar las experiencias para entender, vivir y asumir (aprender y emprender) el cuidado con la documentación de lo vivido, para ir más allá de lo vivido. (2011, p. 42)

Podemos decir que para la realización del presente trabajo se utilizarán no sólo aquellos datos objetivos que otorguen información sobre el eje y objetivos de sistematización, sino que también se tendrá en cuenta la experiencia subjetiva de la misma, ya que esto constituye una base importante de la experiencia vivida (Rockwell, 2009).

Jara Holliday (1994) enuncia una propuesta de cinco tiempos para realizar la sistematización, la cual comienza con un “Punto de partida” en donde se detalla la importancia de haber sido parte de la experiencia práctica a sistematizar y contar con los registros de dicha práctica. El segundo paso son las “Preguntas Iniciales”, en este punto es importante poder delimitar y definir tres cosas: el objetivo de la sistematización, delimitar el objeto a sistematizar y construir el eje de sistematización. En tercer lugar, nos encontramos con la “Recuperación del Proceso Vivido”, el cual implica reconstruir la historia, pudiendo ordenar y clasificar la información. El paso siguiente es “Reflexión”, en la que se realiza un análisis, síntesis e interpretación crítica del proceso. Por último, nos encontramos con las “Conclusiones”, las mismas se obtienen luego del trabajo realizado, construyendo y estableciendo observaciones complejas que pueden ser comunicables.

## 7.2 TÉCNICAS EMPLEADAS

Es importante decir, en este punto, que las técnicas utilizadas debieron asumir modificaciones prácticas para su realización ya que toda la experiencia se realizó de manera virtual debido al contexto de pandemia vivido a lo largo de todo el 2020. Por lo que, en ningún momento se dio la interacción cara a cara. Pero esto no debe ser tomado como algo negativo, sino que, por el contrario, permitió obtener datos a partir de la adaptación de las distintas técnicas y herramientas, generando nuevas metodologías de intercambio con la institución en la que se llevó a cabo la experiencia.

En palabras de Barnechea García y Morgan Tirado, decimos que:

A través de la acumulación y contrastación de los aprendizajes que derivan de experiencias particulares, la sistematización ayuda a construir conocimientos colectivos, a partir de los cuales es posible llegar a un primer nivel de teorización, a desarrollar metodologías de promoción o a proponer lineamientos de políticas que se orienten a un enfrentamiento cada vez más integral de los problemas que afectan a los sectores populares. (2010, p. 105)

La principal herramienta empleada durante toda la experiencia práctica fueron los registros, Guber en relación a estos, considera que:

El registro es una valiosa ayuda: 1) para almacenar y preservar información, 2) para visualizar el proceso por el cual el investigador va abriendo su mirada, aprehendiendo el campo y aprehendiendo a sí mismo, y 3) para visualizar el proceso de producción de conocimientos que resulta de la relación entre el campo y la teoría del investigador. (2011, p. 94)

El autor anteriormente mencionado define a esta herramienta como:

La imagen del proceso de conocimiento de otros y de sí mismo que va experimentando el investigador; su progresiva agudeza y percepción se manifiestan en información, que

será vertida en datos cada vez más numerosos, sorprendentes y relacionados entre sí.  
(Guber, 2011, p. 108)

Es decir, el registro fue utilizado durante el transcurso de toda la experiencia, construyendo el material de análisis posterior para la elaboración de la sistematización de las mismas.

Otra de las técnicas utilizadas fue la observación participante, descrita por Guber como: “el medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y anclarlos en realidades concretas, poniendo en comunicación distintas reflexividades” (2011, p. 57). Destacamos entonces que esta observación no es neutral ya que, si se pretende obtener información, es necesario un grado mínimo de participación e involucración en lo que se está observando (Guber, 2011). Esta modalidad, principalmente tomó parte en las supervisiones grupales que realizaba la institución frente a los distintos “casos problemáticos” que presentaban los profesionales en el plazo de las prácticas realizadas.

También se ha utilizado la observación no participante. Taylor y Bogdan en relación a esta dicen que:

En la fuerza de los métodos no intrusivos reside también su debilidad; puesto que los investigadores no interactúan con la gente, no solo elimina los efectos reactivos, sino que no logran conocer el modo en que aquella percibe y experimenta su mundo. (1994, p. 145)

Esta fue una herramienta muy utilizada principalmente en el seguimiento de los casos con los cuales trabajaban los profesionales de la institución.

Otra de las técnicas utilizadas fue la entrevista, la cual permite obtener información sobre algo mediante la interrogación a diferentes personas. Dentro de los diferentes tipos de entrevistas que se pueden realizar para recabar información, la que se empleó fue la entrevista etnográfica, la cual, según Guber (2011), “requiere de un alto grado de flexibilidad que se manifiesta en estrategias para descubrir las preguntas idóneas y prepararse para identificar los contextos en virtud de los cuales las respuestas cobran sentido” (p. 78), las mismas resultaron efectivas en los encuentros interdisciplinarios con las diferentes profesionales del Centro Integral Infante Juvenil, permitiendo comprender el quehacer de las trabajadoras dentro de la institución y la relación y entre las disciplinas. A su vez, dentro de las entrevistas etnográficas, nos encontramos con las entrevistas no directivas o no dirigidas, las cuales el autor las describe como aquellas en las que “el entrevistador está atento a los indicios que provee el informante,

para descubrir, a partir de ellos, los accesos a su universo cultural” (2011, p. 75). Dichas entrevistas se desarrollaron en los momentos de encuentro con las profesionales que trabajan de manera interdisciplinaria con el equipo de psicólogas del Centro Integral Infanto Juvenil, y tuvieron lugar en los meses de mayo, junio y noviembre.

Por otro lado, se utilizaron técnicas para llevar a cabo una investigación documental, -lectura de material institucional como documentos, *flyers*, historia de la institución y artículos de divulgación institucional-. Esta metodología, según Yuni y Urbano, “permite “contextualizar” el fenómeno a estudiar, estableciendo relaciones diacrónicas y sincrónicas entre acontecimientos actuales y pasados; lo cual posibilita hacer un “pronóstico” comprensivo e interpretativo de un suceso determinado” (2006, p. 100). Esta técnica permitió recabar gran parte de la información para poder realizar la contextualización institucional y poder identificar el proceso de crecimiento del Centro Integral Infanto Juvenil a lo largo del tiempo.

Por último, se utilizó la técnica de las encuestas. Según López Roldan y Fachelli:

En la investigación social, la encuesta se considera en primera instancia como una técnica de recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida. (2015, p.8)

En este caso, debido a la imposibilidad de asistir de manera presencial a la institución, la encuesta se realizó de manera virtual en el mes de septiembre, con acceso a los resultados en el mes de octubre. Fue elegido este momento debido a la necesidad de poder obtener información sobre la vivencia personal e institucional acerca del entorno al trabajo que se estaba realizando en la institución y todo lo que conlleva a la situación de pandemia. Se realizó un cuestionario en el cual se seleccionaron cuidadosamente las preguntas y luego, el mismo, fue enviado a todas las trabajadoras de la institución, sin diferenciación de profesión, puesto de trabajo o antigüedad en sus respectivos cargos. Entre las temáticas a abordar en el cuestionario estaban: la creación de nuevas formas de trabajo realizado en la institución y los efectos de la pandemia y cuarentena en el mismo, las relaciones interdisciplinarias e intersectoriales y las diferencias con el trabajo “pre-pandemia”.

Podemos identificar, según lo propuesto por Casas Anguita, Repullo Labrador y Donado Campos (2003), una serie de ventajas y desventajas en relación a esta forma de administración de la encuesta. Entre las ventajas nos encontramos con:

- Al ser un cuestionario autoadministrado, se evita el sesgo que pueda producir la presencia del entrevistador. (p. 593)
- Es un sistema económico de recogida de información. (p. 593)
- Permite acceder a todo tipo de personas, por muy alejadas que estén. (p. 593)
- Facilidad para responder cuando el encuestado encuentre el momento más oportuno. (p. 593)

Por otro lado, los autores mencionan como desventajas de esta técnica:

- No es un método apropiado de recogida de información para muestras representativas de población general, puesto que no queda garantizado que todos los sujetos sean capaces de responder un cuestionario. (p. 593)
- El índice de respuestas es muy bajo, por lo que puede no quedar garantizada la representatividad de la muestra. (p. 593)
- No se posee la certeza absoluta sobre la identidad de las personas que han contestado, ni tampoco si ha existido influencia de terceras personas en las respuestas. (p. 593)

Al confrontar estas ventajas y las desventajas, y teniendo como principal elemento de decisión el hecho de querer lograr que la mayor parte de las profesionales de la institución pudieran responder y, también, el no producir ningún sesgo relacionado con la presencia física de la administradora cuando las profesionales respondieran al cuestionario, sumado a la imposibilidad de asistir presencialmente a la institución para realizar un encuentro presencial, es que se procedió a realizar las encuestas de manera virtual y estipulando para la elaboración de las respuestas un plazo de un mes aproximadamente, debiendo enviar por mail la respuestas.

### 7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En lo que respecta a las normativas éticas que rigen los accionares profesionales de los y las practicantes de Psicología, nos encontramos con el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe. P. R. A), el cual fue aprobado por la Asamblea ordinaria el 10 de abril de 1999 y modificado por la Asamblea Extraordinaria el 30 de noviembre de 2013. Trata de un documento que plantea no sólo los principios generales para la realización de las prácticas pre profesionales, sino también las normas deontológicas, que son obligatorias para el ejercicio profesional de la disciplina.

A este, se suma el respeto y la adhesión a los compromisos éticos para las prácticas profesionales de grado en psicología. La misma es una:

Guía de compromiso ético (...), construida a partir de principios éticos y normas de conducta, para acompañar reflexivamente las prácticas del estudiantado. A diferencia de los códigos deontológicos, este instrumento fue específicamente desarrollado para el escenario académico. (Ferrero, 2015, p. 1)

Es decir, es un instrumento que se basó para su creación en las normativas de educación superior en psicología, las cuales promueven la formación en ética y deontología de los y las futuros/as profesionales. En este documento nos encontramos con tres grupos de principios:

Principio I: Respeto por la Dignidad y los Derechos de las Personas y los Pueblos. Este apartado “es el principio fundamental, en el que se asientan los demás, ya que reconoce que todos los seres humanos, en forma individual y colectiva, son merecedores de igual consideración moral y de respeto por su dignidad y sus derechos” (2015, pp. 10-11).

Principio II: Integridad. En relación a este, decimos que:

La integridad es fundamental para la adquisición y producción del conocimiento vinculado a la formación en psicología, incluidas las prácticas. La integridad se basa en el desarrollo de comunicaciones y actitudes honestas, abiertas y precisas. Incluye reconocer y evitar involucrarse en situaciones de deshonestidad académica al realizar

las prácticas, de modo que impliquen un crédito o beneficio inmerecido, o un perjuicio para terceras personas, o que se asocien a conflictos de intereses y relaciones múltiples. (2015, p. 11)

Principio III: Responsabilidades Científicas y Académicas con la Sociedad. El mismo se refiere a que:

La psicología, como ciencia y como profesión, tiene la responsabilidad social de contribuir a la comprensión que las personas poseen sobre sí mismas y sobre los demás, al cuidado competente de los sujetos involucrados en su quehacer, y a la utilización de su conocimiento para mejorar la condición de individuos, familias, grupos, comunidades, y de la sociedad. Ello debe hacerse dentro de las más elevadas normas éticas, de un modo culturalmente sensible, y estimulando el desarrollo de estructuras y políticas sociales que beneficien a todas las personas y pueblos. (2015, p. 12)

Un punto importante a destacar, en relación a la experiencia, es el mantenimiento del secreto profesional en relación a los casos clínicos que se supervisan, el seguimiento de pacientes, y el derecho a la privacidad tanto para los nombres de las profesionales involucradas, como para los y las pacientes con los que estas profesionales trabajaban, en este caso se ha optado por denominar con una letra diferente a cada profesional miembro de la institución, como así también a cada paciente reservando la privacidad de cada uno/a. Este punto se describe principalmente en la Ley 26.529, la cual aborda las temáticas de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. En la misma se hace referencia a la confidencialidad diciendo que:

El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente. (Ley Nacional de los Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, 2009, art. 2)

Por último, decimos que dicha práctica se realiza bajo el amparo de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, dentro de la cual se destaca particularmente la adhesión al Artículo 8 el cual dice que: “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente” (2010, art. 8°), y la Ley Provincial de Salud

Mental N° 9849, que dice que el sistema de atención a la salud mental es una organización integral, conformada por los servicios de salud públicos y privados, junto con otros recursos compatibles con los objetivos propios de la Ley Provincial de Salud Mental, que se enmarcan en un proceso continuo de construcción intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario (Ley Provincial de Salud Mental, N° 9848, 2010).

## **8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

## **8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO**

Al comienzo del año, la incertidumbre e inseguridad eran los sentimientos predominantes, el virus que se encontraba en los países europeos, asiáticos, africanos y norteamericanos se sentía cada vez más cerca. El COVID-19 nos obligó, a todos los habitantes del mundo, a reformular nuestras actividades diarias, a reorganizar nuestras agendas y ser luchadores de una guerra contra un oponente invisible, pero peligroso. Frente a este contexto, el inicio de las prácticas -y su realización a lo largo del año- se hizo esperar un poco debido a la necesidad de cada institución de readaptarse a esta nueva modalidad de trabajo. Paralelamente, desde la Cátedra que supervisa el trabajo y desarrollo de los practicantes a lo largo del año en las instituciones, se fueron haciendo pequeñas intervenciones con el fin de ir acercando un poco más la vivencia de las prácticas y su relación con los distintos marcos legales desde la cual se estructura y se plantea la misma, como el Código de Ética, la Ley Nacional y la Ley Provincial de Salud Mental o la Guía de Compromisos Éticos para la realización de las futuras prácticas. También, comenzó el trabajo de la cátedra de la facultad en subgrupos divididos según las áreas del ejercicio de la Psicología. En estos subgrupos trabajamos en conjunto todos los alumnos, con el fin de poder generar posiciones más críticas desde la visión de cada uno, pudiendo construir y deconstruir conocimientos. De igual manera, en cada grupo nos acompañábamos en el proceso de práctica de cada integrante. La vinculación concreta con la institución de la práctica, en mi caso en particular, tuvo lugar a finales de abril y puedo dividir mi experiencia en el Centro Integral Infanto Juvenil en diferentes etapas desarrolladas a continuación:

### **8.1.1 PRIMERA ETAPA: PRIMEROS ACERCAMIENTOS INSTITUCIONALES**

La práctica comenzó el jueves 23 de abril, a partir de este día nos empezamos a encontrar con la Referente Institucional todos los jueves alrededor del mediodía por medio de videollamadas o llamadas telefónicas.

Durante los dos primeros encuentros con la Referente Institucional, el objetivo era que me pudiera transmitir e introducir la nueva dinámica de funcionamiento del Centro Integral Infanto Juvenil, la cual había sido modificada recientemente en función de la crisis sanitaria, por lo que todo el funcionamiento se tuvo que replantear cumpliendo las obligaciones establecidas por el COE (Centro de Operaciones de Emergencia). Es decir, no solo se reorganizó la dinámica y funcionamiento de la práctica a realizar, sino que todas las profesionales que trabajan en la institución tuvieron que volcar y adaptar sus trabajos a la modalidad virtual, modificando los encuentros presenciales con los pacientes y estableciendo ciertos parámetros de “urgencia” necesarios para la atención en el establecimiento. Esto al principio fue un poco caótico. Por un lado, desde la universidad no nos sabían decir claramente que iba a pasar con estas ansiadas prácticas que todos querían que fueran presenciales pero que habían comenzado siendo virtuales, también hay que tener en cuenta que, la virtualidad fue impuesta de un día para el otro y muchos no estaban familiarizados con esta herramienta, por lo que era complicado, en ciertas oportunidades, el lograr establecer contacto y/o el hacer que todas las tareas y labores sean completamente virtuales, o en su gran mayoría preferentemente. Por otro lado, la misma institución también tenía problemas para poder reorganizarse y poder modificar las actividades presenciales, ya que no todas las profesionales podían seguir sus labores por medio de la virtualidad. Realmente fue un esfuerzo de la institución el hecho de poder coordinar un espacio con una profesional para poder realizar unas prácticas virtuales conmigo, ya que muchos espacios de formación debieron suspenderse.

El Centro Integral Infanto Juvenil es una institución pública dedicada a la salud, por lo que su atención se vio afectada pero no interrumpida, teniendo como resultado una menor cantidad de casos nuevos, pero una mayor demanda de tiempo extrainstitucional para poder atender a todos los y las pacientes que no pudieron verse en el horario de trabajo por alguna u otra cuestión.

En este marco, el trabajo de practicante de psicología en el Centro Integral Infanto Juvenil se basó en el rol de observadora participante haciendo uso de videollamadas y llamadas con la Referente Institucional, quien comentaba y describía, en esta primera instancia, las características de un paciente en particular y su familia y del proceso terapéutico que venían teniendo, el cual debió modificarse y adaptarse completamente a la virtualidad, teniendo llamadas, videollamadas y mensajes de texto tanto con el niño como con su madre. Estos encuentros presentaron ciertas dificultades en algunos momentos, ya que el ámbito de la virtualidad es un mundo relativamente nuevo para el trabajo de la atención psicológica y también, las familias de los y las pacientes que asisten a la institución tienen dificultad para el acceso a internet, no todos cuentan con un celular o con datos móviles para poder comunicarse con videollamadas, por lo cual cada proceso terapéutico se debió amoldar a la situación y las características de cada familia.

A su vez, si bien en este caso es el niño quien presenta algunos síntomas, el trabajo que se hace en la institución es de carácter interdisciplinario ya que las profesionales en conjunto trabajan en el seguimiento y atención de las problemáticas que llegan a la institución y, no es solo una labor que se realiza con el paciente, sino como se dijo, con su familia, ya que las tareas e intervenciones realizadas con los padres indirectamente también tiene efectos y consecuencias en la actitud, personalidad y salud de los/as hijos/as. Por lo que las entrevistas planteadas por las profesionales eran para con la madre del paciente, por un lado, y por otro lado para con el paciente propiamente dicho.

También, en esta etapa recabe información en relación a la historia institucional, los lazos institucionales, las modalidades de trabajo previas a la pandemia, los cambios primeros realizados a partir de la emergencia sanitaria y las dinámicas de trabajo intra y extrainstitucional de manera individual de cada profesional como de carácter interdisciplinario.

### **8.1.2 SEGUNDA ETAPA: VINCULACIÓN Y CONFIANZA**

Ya habiendo establecido un vínculo con la Referente Institucional, y habiendo comprendido y adaptado a la modalidad de trabajo propuesta por la institución -a partir del conocimiento de las rutinas institucionales, el conocimiento de los métodos y formas de trabajo que realiza la institución y el comprender los modos de abordaje que realizan con los pacientes- comencé a realizar un trabajo más minucioso y detallado con la referente institucional en relación al paciente anteriormente mencionado. La modalidad de trabajo utilizada hasta el momento fue mediante las pantallas -videollamadas- y también utilizando llamadas telefónicas y mensajes por WhatsApp. Estas formas de contacto presentan ciertas ventajas (por ejemplo, permitiendo un contacto constante e inmediato entre practicante y referente o entre profesional y paciente), pero también ciertas desventajas, las cuales mientras más pasaba el tiempo, más presentes se hacían y dificultaban los procesos, como por ejemplo, las dificultades para que los niños y niñas estén concentrados en los encuentros virtuales, el acceso de las familias a un dispositivo con internet para poder realizar los encuentros, o el poder establecer un lazo con las profesionales por medio de una pantalla. Pero las profesionales, a pesar de todas las trabas y obstáculos que se encontraban en el camino, intentaban encontrar distintas soluciones, haciendo uso de la creatividad y aprovechando las herramientas con las que contaban, para poder brindarle a los niños y niñas la mejor atención posible y que se pudiera aprovechar, de la mejor manera posible, el tiempo del encuentro. Mi sensación en ese momento era de angustia e impotencia. Me puse en el lugar de las familias y de esos niños y niñas que necesitan de la atención que brinda la institución y que no podían acceder a ella debido a la falta de los medios y recursos para poder establecer contacto con las profesionales. También sentía empatía con las profesionales de la institución, quienes no contaban con una red de Wifi en su lugar de trabajo y debían utilizar sus propio celulares y líneas personales para poder trabajar y establecer algún tipo de contacto con los y las pacientes y sus familias, y muchas veces debían seguir trabajando fuera del horario de trabajo, en sus hogares, produciendo un cansancio mayor al que estaban acostumbradas.

En esta etapa el trabajo se comenzó a sentir un poco estancado y dificultoso por cuestiones de entusiasmo y motivación para realizar ciertas tareas debido a que las expectativas que tenía en relación a esta etapa de finalización de la carrera eran muy altas, y lo que estaba sucediendo con las prácticas no se asemejaban en nada a como me las había imaginado. A pesar de esto, poco a poco le fui reencontrando el sentido y objetivo, destacando la confianza con las

profesionales para poder brindar información sin problema, para resolver dudas sobre algo en particular y para trabajar en función de diversas temáticas sin hacer diferenciación de “grados de conocimiento” entre la profesional y la alumna practicante.

### **8.1.3 TERCERA ETAPA: ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS**

Paralelamente al trabajo con la Referente Institucional, comencé a trabajar con otra profesional de la institución, psicóloga, por lo que los días Jueves realizaba las videollamadas con la Referente Institucional, y los días lunes, miércoles o viernes realizaba los encuentros con otra psicóloga.

En relación al trabajo con la Referente Institucional seguimos analizando el caso del niño, el cual se fue profundizando cada vez en un mayor nivel de complejidad y de análisis, siempre abordándolo de manera interdisciplinaria y llegando a una conclusión diagnóstica a partir de los aportes realizados por psiquiatras, psicólogas, neurólogos y fisiatras.

Por otra parte, el trabajo con la otra psicóloga se planteó para que, a partir de los encuentros realizados, pudiera tener un paneo general y detallado de las características y particularidades que presentan los niños y niñas que asisten al Centro Integral Infante Juvenil, permitiendo conocer cuáles son las patologías o los síntomas predominantes, cómo se trabaja según las características de cada caso y cómo es el trabajo interdisciplinario dentro de la institución. Pero lamentablemente no se pudo profundizar mucho en estas características debido a diversas problemáticas que tuvo que atravesar la institución, como por ejemplo el comenzar a trabajar en equipos espejos, es decir, se dividieron en dos grupos de trabajo y fueron rotando entre los

horarios para poder cumplir y abarcar la totalidad del horario de atención que tiene la institución. Esta división puso un “freno” a las videollamadas con las referentes y demás profesionales ya que ellas debían adaptar y modificar el trabajo que hacían en la institución para poder hacerlo en sus hogares y muchos de ellas tiene familias con hijos y demás pacientes fuera de la institución, por lo que, a veces los horarios para los encuentros con algunos pacientes no se pudieron coordinar. En mi caso, esta modificación no afectó el ritmo de encuentros con la referente institucional, ya que, si bien ella no asistía a la institución todos los días, si realizábamos videollamadas o intercambio de mensajes y audios de WhatsApp. En estos intercambios hablábamos sobre el avance y/o retroceso del paciente que se mencionó, también realizaba mis preguntas sobre distintas problemáticas que se me presentaban a partir del mismo avance de la práctica, debatíamos sobre la situación epidemiológica en Córdoba y las consecuencias que podría llegar a haber.

En contraposición a esto, los encuentros con la otra psicóloga de la institución sí fueron modificados, dando como resultado que finalmente no se pueda profundizar en el conocimiento general de la situación de los niños, niñas y las familias que se atendían en el Centro Integral Infanto Juvenil. No obstante, sí se pudo conversar y detallar algunos casos particulares de niños y niñas que recientemente llegaban a la institución, dejando ver no las características de quienes se atendían, hasta el 2019, sino las características de los y las que se atienden en el 2020 en el Centro Integral Infanto Juvenil.

En este sentido, pude tener conocimiento de las particularidades de otros niños y niñas que eran asistidos en la institución, por ejemplo, se detalló la situación de una niña, que había comenzado a ser atendida por las profesionales durante la pandemia. Se aceptó este caso en función de la valoración de la urgencia que tenía la situación que presentaba esta familia. Esta valoración es una modalidad que se ha adoptado durante la pandemia, la cual se comenzó a utilizar debido a la dificultad de poder aceptar nuevos pacientes y trabajar con ellos de manera virtual sin tener un lazo terapéutico establecido con algún profesional de la institución. Por lo que, luego de la primera entrevista de acercamiento, las profesionales hacen una evaluación de sus características de manera interdisciplinaria y deciden el “grado de urgencia” pudiendo valorar la posibilidad de brindar una correcta atención teniendo en cuenta si tienen las herramientas humanas, técnicas y teórica para poder abordar la situación. Esta valoración de “urgencia” creo que es algo difícil de hacer para las profesionales, o por lo menos yo me hubiera sentido dificultada para realizarla ya que toda situación de malestar de un niño, niña o de su familia es urgente para ellos. La misma se hace, según mi interpretación, en función de la

“gravedad” de la situación detallada y teniendo en cuenta si el niño, niña o su familia podían esperar para ser atendidos, teniendo esperanzas de volver algún día a la presencialidad y poder atender a todos los casos que se presentan de una mejor manera.

En complementariedad con esto, realicé encuentros con otras profesionales de la institución (psicomotricistas, psicopedagogos, psiquiatras, trabajadoras sociales) quienes me transmitieron sus conocimientos y sus metodologías de trabajo con los y las pacientes y las familias que asisten al Centro Integral Infanto Juvenil. El objetivo de estos encuentros era poder tener mayor aproximación al trabajo que se realiza en la institución y un mejor conocimiento sobre las modalidades de trabajo de cada disciplina. Tener conocimientos sobre la perspectiva desde la cual mira cada disciplina o cómo trabaja cada profesional en su área, me ayudó a poder comprender de manera más integral el trabajo que se realiza en la institución. En estos encuentros se presentaron no sólo las modalidades de trabajo que tenían en la institución hasta el 2019 y principios del 2020, sino como tuvieron que adaptarse y adecuarse al trabajo virtual, cuáles son los aspectos “negativos” y cuáles los “positivos” de esta experiencia que atraviesa a toda la sociedad.

En este período, también pude participar de una supervisión virtual que tuvo la institución con el instituto CIEC (Centro de Investigación de Estudios Clínicos). La misma, es la institución privada que no pudo comenzar con su trabajo presencial, al comienzo del año, por la cuarentena obligatoria, por lo que su primera intervención se tuvo que posponer y readecuar a la modalidad virtual. Esta se llevó a cabo el 18 de junio y participaron todas las profesionales de la institución (psicólogas, psiquiatras, psicomotricistas, psicopedagogas, trabajadoras sociales y administrativas), las residentes y practicantes de la institución, y las supervisoras. Este proceso de supervisión virtual se realizó en base a un caso con el que están trabajando dos psicólogas del Centro Integral Infanto Juvenil y frente al cual manifestaban algún tipo de problemática para poder definir cómo seguir abordándolo y tener mejores resultados a los que estaban teniendo hasta el momento. Estas problemáticas eran, por ejemplo, el no poder definir qué tipo de intervención era la más apropiada, el no poder determinar un diagnóstico presuntivo para cada situación, o el no poder determinar a qué se debían los síntomas que presentaban los y las pacientes. Mi participación en esta instancia fue solo de observación y escucha, sí bien había leído previamente la historia clínica del caso sobre el cual era la supervisión y también había realizado algunas notas y preguntas, mi implicación en esta instancia no fue activa, ya que no me sentía capacitada ni en una posición que pudiera opinar sobre la situación que presentaba el paciente, es decir, sentía que mi lugar de practicante, sin tener un conocimiento extenso sobre

el paciente y sin formar parte del equipo de trabajo de la institución, no me permitía, todavía, el poder opinar sobre los y las pacientes. A pesar de esto, al final del encuentro, me pareció que es una actividad que permite enriquecer mucho la mirada sobre la problemática de los y las pacientes, pudiendo ver las cosas desde la perspectiva de muchas disciplinas y desde distintos representantes de las mismas.

#### **8.1.4. CUARTA ETAPA: CAMBIOS E INCERTIDUMBRES**

Una vez finalizadas las entrevistas interdisciplinarias, los encuentros virtuales con una de las psicologías se suspendieron debido a la gran cantidad de carga laboral que tenía esta profesional, lo cual tuvo como consecuencia que volviera a surgir en mí un poco de desmotivación para seguir con las prácticas, sentía que la institución estaba tan atareada con tanto que quizás implicaba mucho trabajo el mantener los encuentros conmigo, pero con la referente institucional se siguió trabajando en el seguimiento del caso con el cual habíamos comenzado a inicios de la práctica, y ya se podía apreciar como las características contextuales y también los aspectos sociales y económicos en los cuales se encuentra inserta la familia de este paciente, lo condicionaban de manera excepcional. El poder seguir trabajando con la referente me volvió a estimular para poder seguir aprendiendo sobre la institución, intentando sacarles todo el provecho posible a los encuentros y poder aprender junto con ella.

En esta etapa, la institución transitó muchos cambios. Por un lado, el Centro Integral Infanto Juvenil volvió a trabajar con toda la planta de profesionales en los horarios de mañana y tarde, pero para poder realizar esto, debieron generar un protocolo para el trabajo en conjunto.

Lamentablemente, dos semanas después y debido al aumento de enfermos por COVID-19 en la Ciudad de Córdoba, debieron hacer marcha atrás y volver a trabajar en equipos espejo. A esto se le suma un hecho importante que fue la jubilación de la directora de la institución, y que debido a la situación de pandemia no se podía decretar de manera formal una nueva directora, mientras tanto, la nueva directora de la institución es una de las psicólogas miembro del equipo de planta permanente que cuenta con la experiencia y los conocimientos necesarios para poder desarrollarse en dicho cargo. Se eligió a esta profesional debido a la experiencia que logró adquirir durante toda su trayectoria en la institución, ya que se ha dirigido a múltiples grupos de profesionales y también ha trabajado con muchos grupos de pacientes y padres.

### **8.1.5 QUINTA ETAPA: FOCALIZACIÓN DEL TRABAJO**

En esta etapa logré retomar el contacto con la otra psicóloga de la institución por unas breves semanas, volvió a contactarme por WhatsApp y pudimos coordinar algunos encuentros en llamadas y videollamadas. Al comienzo, los encuentros con dicha profesional me sirvieron para ponerme al día y lograr definir bien los objetivos y modalidades de trabajo para esta segunda parte del año, ya que, en esta parte de la práctica, todo lo que realizaba debía tener como eje los objetivos planteados en mi proyecto de TIF, teniendo como finalidad el poder juntar la mayor parte de información para realizar la sistematización de experiencias a fin de año. Esta psicóloga, es quien quedó en el lugar de directora de la Institución, por lo que las videollamadas con ella sirvieron para poder clarificar cómo se realizó dicha transición y también como es el trabajo en ese lugar tan importante. Por otro lado, las entrevista con la misma dejaron a la vista la urgencia que tiene la institución frente a los nuevos casos que están llegando. Se podría decir que, en comparación con años anteriores, a esta altura del año la institución estaba desbordada

con niños que presentaban dificultades de lecto-escritura, lecto-comprensión, dificultades para con la autoridad o para relacionarse con los pares; mientras que las características de los casos que llegan en la actualidad son de carácter muy urgente, con síntomas muy desbordados en algunos casos y de extrema necesidad de atención.

En esta etapa, también, pude participar de la segunda jornada de supervisión llevada a cabo por el instituto CIEC (Centro de Investigación de Estudios Clínicos). Este encuentro, en comparación con el anterior, estuvo cargado de mucha mayor complejidad en el caso que se trabajó, pero a pesar de esto fue más dinámico debido a que las profesionales, en base a la experiencia anterior, encararon la organización de la supervisión de una manera distinta, logrando que la presentación inicial del caso a supervisar fuera más rápido y que se diera más espacio para el trabajo de supervisión propiamente. Considero que estas supervisiones no solo permiten ver las situaciones clínicas desde diferentes miradas, sino que se visualiza claramente el trabajo interdisciplinario dentro de la institución. Nuevamente, en esta oportunidad, no realice una participación activa, sino que fui observadora de la reunión, pero a pesar de no haber aportado la dinámica de la misma fue mejor que en el primer encuentro, la presentación del caso fue más clara y las profesionales que tenían dificultades para seguir abordando al paciente expresaron sus dudas y todas las presentes ayudaron a encontrar diversas soluciones, cada una desde su disciplina de formación profesional.

También, en esta etapa, la psicóloga con la que trabajaba, me invitó a asistir, virtualmente, a una jornada titulada "*Relatos del Fórum infancias Córdoba. Algunos modos posibles de intervención, tramas institucionales en tiempos de complejidad*". En la misma participaron profesionales del Centro Integral Infanto Juvenil, y demás miembros de otras instituciones y profesionales de otras disciplinas, que me permitieron ver la complejidad del trabajo virtual en época de pandemia, ya sea en el área de la salud como también con la salud mental, viendo como las diferentes instituciones fueron modificando sus trabajos y volviéndolos a la virtualidad, con las complejidades que esto implica, pero también aprendiendo y sacando el provecho a todas las nuevas oportunidades que esta forma de trabajar brinda tanto a los y las profesionales como a los y las pacientes. Esto me permitió reflexionar como, muchas de las instituciones que se focalizan en el trabajo en salud y salud mental, no estaban preparadas para poder hacerle frente a la situación de pandemia vivida, muchas instituciones no contaban con recursos como Wifi, tampoco las profesionales fueron capacitadas en sus formaciones para realizar sus trabajos de manera online o virtual, y en muchos casos, los mismos pacientes no contaban con los elementos necesarios para poder llevar a cabo encuentros de manera virtual,

lo cual pone a todos los y las profesionales en una necesidad inminente de adecuar el trabajo con cada paciente a sus necesidades, teniendo en cuenta lo que cada uno/a posee y no posee, utilizando la creatividad y modificando los encuadres de trabajo según cada caso.

En paralelo a estos encuentros, el trabajo con la Referente Institucional se mantuvo de igual manera, realizando el seguimiento y análisis del caso, pudiendo sumar importantes avances tanto para con el niño como también para con su familia.

En esta etapa realicé una encuesta a las profesionales de la institución la cual apuntaba a recolectar información sobre las modalidades de trabajo realizadas durante el 2020, en la que un punto a importante a tener en cuenta fue que, aunque la cuarentena haya empezado en el país en marzo, y aunque la salud y la salud mental son un servicio esencial para la población, la institución carece todavía de conexión a internet, lo cual dificulta el trabajo de las profesionales con sus pacientes.

Los resultados obtenidos de dicha encuesta fueron muy importantes debido a que me permitieron entender, en palabras de las trabajadoras de la institución, como se encontraban ellas con la situación que se encontraban atravesando laboralmente, las complicaciones que implicaba atender virtualmente a los niños y niñas, las ventajas y oportunidades que esta modalidad les brindaba y también cómo afrontaban esta modalidad de trabajo, cómo se sentían con la misma. Se distingue la participación de los miembros de la institución para responder voluntariamente a las preguntas, dedicándole el tiempo necesario para pensar las respuestas. En los resultados de las mismas el tema que gira permanentemente es la dificultad de poder trabajar en la virtualidad con una población que, en su gran mayoría, carece de los medios necesarios para poder conectarse.

#### **8.1.6 SEXTA ETAPA: CIERRE Y DESPEDIDA**

Y lentamente las prácticas fueron llegando a su fin. Luego de la toma de las encuestas en la institución, y de poder aclarar algunas dudas sobre algunas respuestas con algunas de las profesionales, los encuentros con la Referente Institucional se fueron realizando en una mayor distancia de tiempo entre uno y otro. Las conversaciones ya no sólo giraban en torno a los pacientes y a las actividades de la institución, sino también al cierre del proceso, a las conclusiones de la experiencia vivida y el cierre del trabajo propio de la institución. En este momento se sentía que el vínculo establecido con la referente institucional era un vínculo de confianza, en donde podía expresar los miedos e inseguridades sobre todo el trabajo que seguía luego de la realización de las prácticas, pero también sintiendo el apoyo de la referente para seguir por el camino, habiendo realizado registros completos, teniendo información sobre la institución, y contando con su teléfono en caso de algún problema o duda.

Por otro lado, también la práctica realizada permitió ver todos los cambios necesarios que tuvo que hacer una institución dedicada al trabajo en salud mental, para poder seguir atendiendo y que esto no sea un riesgo para quienes asisten a la misma. En cuanto a las expectativas, fueron cambiando constantemente. Al comienzo se creía que la cuarentena iba a ser eso, una cuarentena de dos semanas, un mes como mucho. Nadie se creyó que íbamos a terminar viviendo casi un año encerrados dentro de nuestros hogares. Por lo que, el no poder realizar la práctica de manera presencial tuvo que ser duelado, de alguna manera, para poder a medida que pasaba el tiempo y se iban dando los encuentros, encontrarme en el papel de practicante, entendiendo que la práctica virtual es también importante, y que la virtualidad, el trabajo virtual, las pantallas y videollamadas son las nuevas modalidades de trabajo y de encuentro entre los/las profesionales que atraviesa a todas las instituciones por igual.

Es un momento que se volvió emotivo, más emotivo que el mismo comienzo se podría decir, ya que, al principio fue emocionante debido a que, a pesar del contexto de pandemia y de las dificultades que tenían todas las instituciones, pude comenzar y mantener las prácticas a lo largo del año, pero el final de las mismas implicó el cerrar una etapa importante, al finalizar el espacio de supervisión, que era el último espacio de encuentro con los compañeros con quienes se compartía la experiencia y se reflexionaba sobre lo vivido. El finalizar una actividad que se realizaba con mucha ilusión y dedicación, para dar origen a otra práctica, en un futuro, profesional y propia.

## **8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA**

En este apartado se realizará la articulación teórico práctica de la experiencia vivida teniendo como hilo conductor el eje de sistematización propuesto y partiendo desde los objetivos de sistematización expuestos anteriormente. En función de eso, se tendrá en cuenta como principales categorías a: el trabajo de las profesionales del Centro Integral Infanto Juvenil, considerando lo que implica el trabajo en salud (Breilh, 2013) y salud mental (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010); las nuevas modalidades de trabajo surgidas, los ensayos, replanteos, reconfiguraciones del mismo, los desafíos y oportunidades del trabajo virtual; y el trabajo interdisciplinario con sus características y particularidades en el marco del período atendido, todo esto observado y analizado desde el lente de la Psicología Sanitaria.

### **8.2.1 ¿CUÁL O CUÁLES FUERON LAS NUEVAS MODALIDADES DE TRABAJO QUE SE CONSTRUYERON EN EL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL TRANSCURSO DEL AÑO 2020?**

A partir del decreto de la Emergencia Sanitaria (OMS, 2020), producto de la pandemia del COVID-19, el Gobierno Nacional en conjunto con el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) debieron realizar una selección de aquellas actividades laborales que fueran consideradas esenciales y de las cuales no se podía privar a la sociedad argentina. Fue un trabajo muy minucioso, en el que se repitieron los pasos realizados por otros países y se evaluaron los resultados que obtenían, a fines de actuar de manera adecuada, a pesar de la urgencia que implicaba la acción. Se pudo así, determinar un conjunto de actividades que podían continuar trabajando presencialmente, mientras que las otras debían cerrar las puertas de la atención presencial y dedicarse exclusivamente al trabajo virtual<sup>1</sup>. Y si bien el trabajo en salud mental no fue privado de trabajar de manera presencial, sí era necesario reducir lo más posible la presencialidad y trabajar de manera virtual, pudiendo asegurar el cuidado del paciente y el/la terapeuta. En este sentido, se puede decir que para que el Centro Integral Infanto Juvenil pudiera adaptarse a los cambios, necesidades y limitaciones del contexto social y sanitario, las profesionales tuvieron que replantearse sus formas y métodos de trabajo, cambiando (casi)todo, de la noche a la mañana, para poder seguir atendiendo, asegurando la salud de todas las profesionales y los y las pacientes (OIT 1, 2020).

El trabajo que predominó durante la pandemia del 2020 fue virtual, (OIT 3, 2020) y el hecho conlleva varias cuestiones a considerar para poder realizarlo de manera apropiada. Por un lado, se debe contar con internet o red de Wifi; y dispositivos que permitan hacer uso de esa red adecuadamente, como, por ejemplo, celulares y/o computadoras. También es importante tener el conocimiento de las distintas plataformas para establecer contacto con otras personas, ya sea por medio de WhatsApp (llamadas, videollamadas o mensajes) o ZOOM y MEET (videollamadas grupales), y, por último, se debe tener la destreza en la operación de las nuevas

---

<sup>1</sup> Entre las consideradas esenciales se encontraban, principalmente, los trabajadores de la salud, las fuerzas de seguridad, los trabajadores de empresas de servicios básicos como luz, agua, gas, teléfono, internet, las farmacias, supermercados y centros de distribución y venta de alimentos, bomberos, periodistas y aquellos que se desempeñaban en cargos de poder político.

herramientas para poder llevar a cabo distintos procesos de trabajo con los y las pacientes de la institución, logrando adaptar esta modalidad a cada paciente.

En el caso del Centro Integral Infanto Juvenil, el internet y las redes de Wifi fueron insuficientes durante todo el año, fue recién a fines de octubre que se pudo contar con una red de Wifi propia provista por el gobierno, a pesar de que las profesionales solicitaron la colocación de la red a principios del año y previamente a la pandemia. Podemos decir, entonces, que el Decreto Nacional 690/2020 en el que se establece que el acceso a internet es un derecho digital que poseen las personas, debiendo garantizar el acceso al mismo a todos los habitantes (Decreto 690, Boletín Oficial de la República Argentina, 2020) no fue respetado durante gran parte del año, dificultando el trabajo de las profesionales y obligándolas a proveerse ellas mismas de las herramientas necesarias para el contacto con los y las pacientes, debiendo en múltiples ocasiones, extender el horario de trabajo y hasta continuar el trabajo en sus hogares, luego de que se retiraran de la institución, y a pesar de que casi todas las profesionales del Centro Integral Infanto Juvenil trabajan “fuera del horario laboral”, esto no es algo reconocido por lo que sus ingresos no varían ni obtienen ningún beneficio por esas horas “extras” que dedicaron para algún paciente (Berg, Furrer, Harom, Rani y Silverman, 2019). Es decir, eran las mismas trabajadoras las que se gestionaban y buscaban soluciones para las necesidades en cuanto a lo laboral.

En función de esto, podemos decir que durante todo el 2020 las profesionales estuvieron organizando y reorganizando su modalidad de trabajo individual como la modalidad de trabajo en conjunto, es decir, no fueron decisiones previstas, proyectadas e implementadas a comienzos de la pandemia y mantenidas durante todo el año, sino que todos los días, todas las semanas, en función de las nuevas normativas y habilitaciones que disponía el gobierno y del dinamismo propio de un hecho mundial sin precedentes, las profesionales evaluaban qué nuevas posibilidades de trabajo se podía brindar.

Esto tiene relación directa con el proceso salud-enfermedad (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007), ya que las nuevas habilitaciones permitían nuevas actividades laborales o de recreación, necesarias para todas las personas, pero también se establecían nuevas restricciones y limitaciones para la realización de ciertas prácticas, como la necesidad de higienizar los consultorios y espacios de encuentros con los y las pacientes, y la necesidad de formar equipos espejos para poder cubrir todos los horarios de trabajo en la institución. La adaptación de los protocolos para el trabajo con niños y niñas, las modificaciones de las actividades presenciales

para poder realizarlas de manera virtual, todo iba cambiando semana tras semana, intentando priorizar el compromiso con la salud mental (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010) de los y las pacientes, como también con la salud la física; y sin desatender el bienestar de las profesionales. Debido a todo esto, nos podemos preguntar: ¿Cómo se sentían las profesionales con todos estos cambios? ¿Cómo podían resguardar y cuidar la salud mental personal en un contexto de crisis? Era un momento en donde tener salud era sinónimo de tener salud física, de no parecer covid-19, la salud mental no era mirada ni cuestionada, ni mucho menos la salud mental de los equipos que trabajan en equipos de salud y/o de salud mental, que día a día se exponen a un virus imposible de detectar.

Una de las nuevas modalidades de trabajo surgidas en el Centro Integral Infanto Juvenil en este contexto específico fue el trabajo en espejo<sup>2</sup>. Se puede decir que, si bien uno de los objetivos que se pretendía lograr con esta modalidad era cuidar tanto a los y las pacientes como a las profesionales y que las mismas pudieran trabajar en un espacio en el que se sientan más cómoda, como lo es su hogar; generó malestar, tanto en las profesionales como en los y las pacientes y sus familias, dificultando encontrar momentos para los encuentros y también alterando los ritmos para los procesos terapéuticos. En relación a esto, una de las profesionales de la institución expuso algunos efectos de esta modalidad de trabajo:

Afectó lo vincular y transferencia en la relación terapéutica. Hay pacientes que necesitan lo presencial y los terapeutas también usamos la observación directa como herramienta diagnóstica y terapéutica. La pandemia dificulta este aspecto. En nuestro quehacer se dificulta porque usamos el juego, dibujo como otras de las herramientas dónde hay contacto físico. (Psicólogo del Centro Integral Infanto Juvenil, octubre de 2020).

Por su parte, el trabajo virtual en el Centro Integral Infanto Juvenil se realizó a partir de llamadas o videollamadas con las familias y los y las pacientes, son espacios de encuentro en donde se intenta adaptar las actividades que se realizaban dentro de los consultorios de la institución, por lo que primero, las profesionales están con sus pacientes y realizan algunos juegos, dibujos y actividades adaptadas a la virtualidad, y luego se hace una “devolución” a los padres o tutores de cada niño o niña, acordando las futuras fechas de encuentro y otras cuestiones importantes para cada situación particular. Esta nueva modalidad, se les facilitó a las familias el contacto telefónico personal de las profesionales, pero tuvo como consecuencia

---

<sup>2</sup> Modalidad definida en el apartado “Recuperación del proceso vivido”.

que las mismas comenzarán a trabajar fuera de los horarios que tenían hasta comienzos del 2020, ya que muchas madres y padres de los y las pacientes comenzaron a realizar consultas a la noche, o llamaban por una urgencia en horarios del día que antes no se habituaba.

Los horarios se han extendido, debido a la virtualidad, y las profesionales hacen videollamadas incluso hasta las 18/19 hs, cuando antes la institución cerraba a las 17/18h. Y esta situación empeora debido a la falta de Wifi dentro del Centro Integral Infanto Juvenil. (Registro N°28)

A su vez, se debe tener en cuenta que no todos los niños y niñas respondieron a la virtualidad de la misma manera, y si bien muchos lograron mantener los encuentros virtuales y trabajar con las profesionales por medio de las pantallas, otros niños y niñas no respondieron de la misma manera. Fueron pacientes que se sentían, en palabras de una profesional de la institución: “vulnerados por las pantallas,” (Psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil, agosto de 2020) es decir, niños y niñas que no se sienten cómodos/as con esta modalidad de trabajo, que las pantallas les significa una mirada muy invasiva por parte de las profesionales, por lo que era una necesidad de la institución y de las profesionales a cargo, poder reinventarse o plantear nuevas estrategias para poder adecuar la labor presencial a la situación de pandemia y a estos niño y niñas particularmente. Podemos pensar que esta vulnerabilidad se debe, no solo a la situación sintomática particular de cada paciente, sino también a la falta de derechos garantizados, la falta de un gobierno y de políticas que puedan ver y reconocer las demandas y necesidades de diferentes sectores de la población (Arcidiacono, 2008). En relación a esto, una de las profesionales expresa:

En algunos pacientes cuesta convocarlos, lo virtual no es para todxs, y las videollamadas muchas veces son invasivas y generan exposición, en ese caso se utiliza más los mensajes por WhatsApp o las llamadas telefónicas, se va viendo el “caso a caso” particular. En relación a la intimidad de los pacientes, esto se vio afectado muchas veces, ya que antes el consultorio permitía separar los espacios (entrevistas con padres/espacio con el/la niño/niña) ahora cuesta más delimitar ese espacio, ya que los teléfonos son de los papas, quienes se “los prestan al niñx” en su presencia, contando con poca intimidad para generar un espacio de intimidad propio para el/la niño/niña. (Psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil, octubre de 2020)

Por otra parte, otra de las modalidades de trabajo que encontramos en la institución fue el trabajo presencial, el cual se vio afectado de manera muy significativa, ya que en el trabajo en

salud mental con niños y niñas (Papalia, Wendkos y Dukin Feldman, 2009) es muy importante el vínculo que se logra establecer entre los y las pacientes con las profesionales, construido a través de los contacto y encuentros. Es un vínculo de confianza que se va cimentando encuentro tras encuentro, por medio de los juegos, las conversaciones y los avances que se van logrando. Pero la pandemia afectó estas vinculaciones, ya que las profesionales se vieron obligadas a trabajar con los niños y las niñas, pero sobre la base del respeto a ciertas distancias determinadas por la posibilidad del contagio, y utilizando elementos de protección (como barbijos, mascarar, guantes y guardapolvos). Es decir, había cierta dificultad para el reconocimiento facial entre las profesionales y sus pacientes, lo cual tuvo como resultados que los encuentros que se tenían dentro de los consultorios se cambiarán de acuerdo a los permisos decretados por el Gobierno, sin dejar de lado el resguardo de la salud física de cada uno. Entonces, el contacto físico que antes se podía tener, por ejemplo, por medio de abrazos, el choque de manos o al realizar algún juego que implicaba el choque de cuerpos, ahora ya no estaba permitido.

En relación con esto, el trabajo con los diversos grupos que se desarrollaban en la institución (grupo de púberes, grupo de peques, grupo de padres y grupo de arte-terapia) debieron ser suspendido ya que no se contaba con las herramientas necesarias para poder seguir con los mismos de manera virtual. Con lo cual, también se debió reorganizar y pensar qué hacer con estos niños, niñas y padres que asistían a estos espacios, espacios que solo permitían en el encuentro con pares, sino que permitían la promoción de la salud (Zaldúa, Lenta y Carlos, 2016), realizando una prevención a la aparición de signos y síntomas, y ayudando a los niños y niñas a simbolizar, logrando que puedan poner en palabras, expresar con el cuerpo y mediante diferentes juegos, lo que les sucedía en la cotidianeidad. Es decir, estos espacios de promoción de la salud, contribuyen a evitar la aparición de problemas y trastornos de salud mental, reduciendo el impacto de estos en la vida de los niños, niñas y sus familias y realizando un abordaje y tratamiento de manera temprana (Solar, Grandón Fernández, Saldivia Borquez, Inostraza Rovegno y Novoa Rivera, 2019), y de manera indirecta, contribuyen a un aumento del bienestar y calidad de vida tanto individual como comunitario (Lopis, 2004). En relación a esto, una de las trabajadoras de la institución comenta:

No solo que llevó tiempo reorganizarnos para seguir con los tratamientos individuales sino [también reorganizarse] con respecto a los dispositivos grupales que se venían llevando a cabo en la institución. Por la imposibilidad de poder juntarnos, se tuvieron que suspender durante todo el año [numerosas actividades] y eran importantes para el

acompañamiento de las diversas familias que llegan al Infante. (Psicóloga del Centro Integral Infante Juvenil, octubre de 2020)

Finalizando con este apartado, podemos afirmar que las propuestas de nuevas modalidades creadas se pensaron e idearon a partir del mismo inicio de la virtualidad, siendo esta tomada como una herramienta de trabajo y también como un medio principal de la continuidad del mismo y del contacto para con los niños, niñas y sus familias. La modalidad presencial, la virtual y aquella en la que se trabajaba de manera mixta (algunos encuentros presenciales y otros virtuales), se llevaron a cabo durante casi todo el año, obligando a las profesionales a adaptarse rápidamente a los cambios, exigencias y necesidades de la población a la que atendían, y debiendo afrontar las limitaciones de un sistema de salud que no favorece la accesibilidad, siendo un sistema hospitalocéntrico y con lejanía de las poblaciones a la que asiste. Al respecto, una profesional afirma:

Con cada familia se fue buscando la modalidad de trabajo más adecuada a las necesidades y características de la misma. Con los pacientes que ya venían en tratamiento fue más fácil la aceptación de realizar los seguimientos terapéuticos por llamada o videollamada. Se enfatizó la comunicación con los padres o tutores de los niños/as y/o adolescentes para acompañarlos con las vicisitudes de la cuarentena y el estar en casa sin ir a la escuela, ni a los demás espacios sociales. Además, se realizaron asesoramientos en cuanto a beneficios sociales que el gobierno estaba presentado para paliar la situación económica. (Psicóloga de Centro Integral Infante Juvenil, octubre de 2020)

En relación a esto, podemos decir que, el enfatizar la comunicación, dando lugar a las palabras y al acompañamiento en este contexto, son acciones que se apoyan en la promoción de la salud y de la salud mental, ya que permiten dar sentido a las acciones y expresiones que rodean la cotidianidad de cada niño, niña y familia. Por otro lado, y en relación a las trabajadoras del Centro Integral Infante Juvenil, al verse obligadas a plantear sus intervenciones y actividades de una nueva manera, podemos decir que surgieron nuevos espacios de subjetivación en cada profesional, nuevos espacios para habitar con su labor profesional, obligándolas a hacerle frente a nuevos dilemas, pero permitiendo crear nuevas formas de trabajar.

## 8.2.2 ¿CUÁLES FUERON LOS DESAFÍOS Y LAS OPORTUNIDADES EN ESTAS NUEVAS MODALIDADES DE TRABAJO?

La delicada situación a nivel laboral, social, económico y ambiental se complejiza con la urgencia sanitaria, producto del COVID-19, dando como resultado que las discusiones, tanto a nivel social como a nivel gubernamental, se establezcan en función del polo: “salud” vs “economía” (Ciuffolini et al, 2020). En el Centro Integral Infanto Juvenil se estableció que, para asegurar el cuidado y resguardo de la salud de las profesionales, y sostener la continuidad de las tareas, se deberían alterar los ritmos y modalidades de trabajo, rompiendo todos los esquemas y obligando a la institución a adaptarse rápidamente al cambio social que era necesario para hacerle frente a la emergencia sanitaria (OMS, 2020) de una manera no imaginada ni prevista con tiempo para realizar adaptaciones del trabajo a realizar. Es importante destacar esto ya que, el Centro Integral Infanto Juvenil es una institución del ámbito sanitario, es decir, trabaja especialmente con la salud mental (Ley Nacional N° 26657, 2010), y apuntando a una salud integral<sup>3</sup> de todas aquellas personas que asisten. Entre ellas nos encontramos con las profesionales que trabajan en la misma, que en múltiples oportunidades dejaron de lado su bienestar para dedicarse al bienestar de los y las pacientes (OIT 3, 2020), y garantizar la calidad de un servicio de salud. En este punto nos preguntamos ¿Quiénes cuidan a los que nos cuidan? Una de las trabajadoras de la institución hace referencia a esto diciendo:

Considero que las relaciones entre profesionales se han visto afectadas, emociones como el cansancio, la frustración, el miedo y la incertidumbre, la falta de recursos

---

<sup>3</sup> Nos referimos a salud integral haciendo referencia al equilibrio que se logra entre aspectos físicos, biológicos, emocionales, mentales, sociales, y demás cuestiones que rodean y hacen al proceso salud-enfermedad.

institucionales de cuidado para brindar una atención (kit sanitario con alcohol en gel, guantes, barbijos, bata, termómetro) y la dificultad para articular estrategias de intervención en común. Considero que hay pocos espacios de “cuidado” de la salud de los profesionales, que sirvan de contención y sostén. (Psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil, octubre de 2020)

Los equipos comprometidos con el trabajo en salud, sin importar en qué sector del sistema de salud se encuentren (Galli, Pagés y Swieszkowki, 2017), con frecuencia se ven sobre exigidos de tareas y demandas. En el contexto de pandemia que atravesamos, el hecho puso en evidencia las condiciones límites de la precariedad laboral, dejando en claro las dificultades que afrontan las instituciones, la carencia de recursos y la falta de contención emocional que hay en muchos grupos de trabajo (OIT 3, 2020), todo esto trae aparejado que haya un deterioro en el nivel de atención, la calidad del servicio y un deterioro en el bienestar subjetivo de cada profesional. Si bien en el Centro Integral Infanto Juvenil las reuniones de equipo continuaron de manera ininterrumpida durante todo el año, con el fin de reflexionar sobre el trabajo diario de la institución para poder tramitar los malestares, establecer acuerdos de trabajo y crear una red de soporte y apoyo profesional y solidario entre las trabajadoras, considero que, sin haber participado de estas reuniones, el recurso no fue suficiente, ya que el malestar en la institución por el contexto social, sanitario, económico y político, se incrementaba día a día. En relación a esto, una de las profesionales de la institución comenta:

En relación a la virtualidad, todas las reuniones presenciales pasaron a ser reuniones virtuales, que implicó un nuevo cambio en la modalidad de intercambio, mediado una vez más por una pantalla, muchas veces se hace cansador sostener esta modalidad sumado a los problemas de conexión que a veces presentan algunos profesionales quienes no pueden asistir (en muy pocas reuniones estamos todos presentes). (Psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil, octubre de 2020)

Es importante señalar que las relaciones presenciales entre las trabajadoras en la institución se vieron afectadas por muchas causas, como, por ejemplo: debido al exceso de carga horaria que debían cumplir para poder atender a sus pacientes, por la incertidumbre debido a la exposición constante que tenían en sus trabajos frente a un virus desconocido, sumado a las dificultades de conexión para atender a los pacientes y el impacto que todos estos cambios iban teniendo en sus vidas. Decimos que este recurso -las reuniones de equipo- fue insuficiente porque, frente a todos las modificaciones sociales, laborales, familiares y sanitarias, los cambios de

rutinas y la necesidad de adaptarse rápidamente a las exigencias del contexto, era necesario no solo poder sostener la labor diaria que se realizaba dentro y fuera de la institución, sino también poder abordar la situación individual de cada una, hacer un acompañamiento de cómo afectaba la pandemia a sus trabajos, teniendo en cuenta que era una situación excepcional y que era capaz de llegar a generar, en algunas ocasiones y en algunas profesionales, síntomas de un síndrome de burnout<sup>4</sup> (OIT 1, 2020). En relación a esto, una de las trabajadoras de la institución comenta:

Considero que las relaciones entre profesionales se han visto afectadas, emociones como el cansancio, la frustración, el miedo y la incertidumbre, la falta de recursos institucionales de cuidado para brindar una atención (kit sanitario con alcohol en gel, guantes, barbijos, bata, termómetro) y la dificultad para articular estrategias de intervención en común. Considero que hay pocos espacios de “cuidado” de la salud de los profesionales, que sirvan de contención y sostén. (Psicomotricista del Centro Integral Infanto Juvenil, octubre de 2020)

Los cambios que se introdujeron gradualmente en la provincia a partir de las nuevas medidas del Gobierno también impactaron en el Centro Integral Infanto Juvenil. Las profesionales se enteraban de las mismas primero, por los medios informativos, y luego por los lineamientos que llegaban a la institución mediante la Secretaría de Salud Mental. Y mientras en algunas ocasiones las profesionales se sentían cómodas y seguras por adherir a esas disposiciones, en otras ocasiones no estaban de acuerdo (como, por ejemplo, el asegurar que todos los niños y niñas iban a pasar de grado sin importar las calificaciones obtenidas durante el año), y ello producía el aumento de ciertas tensiones dentro de la institución debido a la inseguridad y la exposición que sentían. Esto se pudo observar en un encuentro con la Referente Institucional quien manifestó:

Estoy enojada con el ministro de educación por lo que dijo de que todos los chicos van a pasar de año. Es importante que tomen medidas en cuanto a la continuidad de la educación pero que no las digan libremente y en televisión, ahora todo es un caos y hay padres que no dejan de preguntarnos qué hacer con sus hijos que antes ya no hacían las

---

<sup>4</sup> Respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. (Martínez Pérez, 2010, p. 44)

tareas, imagínate ahora? (Conversación personal con Referente Institucional, agosto de 2020)

Frente a las nuevas modalidades de trabajo expresadas con anterioridad (presencial, virtual y mixta), podemos identificar diferentes oportunidades y/o limitaciones que debía atravesar la institución. Mientras que, por un lado, los desafíos fueron los primeros que se hicieron presentes, dejando ver los límites de la cotidianeidad a la que estaban acostumbradas, viéndose dificultadas para poder garantizar el servicio de atención a los y las pacientes y asegurando la calidad de la misma. Fueron desafíos que se mantuvieron a lo largo de toda la práctica realizada. Por otro lado, las oportunidades comenzaron a aparecer a medida que las profesionales se sentían más conformes y confiadas ante las nuevas formas de trabajo, la cual les permitía el encuentro con los y las pacientes de una manera distinta y novedosa, (re)convirtiendo el trabajo que se venía realizando y modificando las intervenciones desarrolladas en pro de garantizar el servicio. Tomando lo propuesto por Cabré y Mercadal (2016), decimos que fue necesario adaptar un nuevo recurso técnico, en este caso el uso de llamadas, videollamadas y mensajes, a los procesos terapéuticos que se realizaban en la institución; intentando construir y lograr que, estos espacios virtuales, sean espacios vivenciados como seguros por los y las pacientes, sus familias y las profesionales. En relación a estas oportunidades, una de las psicólogas de la institución comenta:

Algunas ventajas, como dije anteriormente, tienen que ver con el mayor contacto que se tiene con esa familia (teniendo nuestro número de teléfono). Por otro lado, la virtualidad nos permite seguir sosteniendo los procesos terapéuticos que, de otro modo, no podrían ser en este contexto. Otra ventaja con la que me encontré es poder ver la realidad de esas familias dentro de su hogar, su funcionamiento, su dinámica (algo que anteriormente no teníamos acceso ya que solo lo veíamos dentro de un consultorio). Pasamos a ser parte de su cotidianeidad, de ingresar dentro de sus hogares, de conocer los demás integrantes de la familia. (octubre de 2020)

Esta cuestión de la cotidianeidad que menciona la profesional, es importante de destacar ya que el poder “ver” a los y las pacientes en un ambiente diferente al del consultorio permitió poder entender y comprender muchas de las problemáticas que presentaban los niños y niñas, es decir, antes las profesionales mantenían los contacto con los y las pacientes en los consultorios de la institución, pero ahora, el espacio en donde se establecen estos contactos es la vida cotidiana misma de los y las pacientes, en sus espacios habitacionales. Teniendo en

cuenta la construcción del proceso salud-enfermedad (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007), se puede decir que el contexto y modo en el que cada persona vive su día a día, influye de manera directa en la salud, considerando tanto la educación, las actividades laborales de la familia, el acceso a los servicios de salud, la alimentación, los hábitos de cuidado e higiene personal y la calidad de la vivienda, el tipo de relación que se presenta en las familias, entre otras cuestiones (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657). Al poder acceder a estos nuevos espacios de los y las pacientes, se permite pensar y adecuar cada intervención a realizar en los procesos llevados por las profesionales a la situación particular del niño, niña y las familias (Papalia, Wendkos y Dukin Feldman, 2009).

Es importante considerar que el Centro Integral Infanto Juvenil trabaja con niños y niñas apuntando no solo a una mejor salud mental (OMS 1, 2020), sino además una salud integral, evaluando su desarrollo físico, biológico, cognitivo, psicológico, desde la prevención de malestares y basándose en un enfoque de derechos.<sup>5</sup> Y al trabajar con pacientes de condiciones específicas, las profesionales debieron ser capaces de flexibilizar los horarios de trabajo, ya que durante la pre pandemia, los niños y niñas se levantaban temprano para ir al jardín o a la escuela, y luego de declararse el nuevo estado, el jardín y las escuela se trasladaron con la virtualidad a sus hogares, con el efecto de poder realizar las tareas que las docentes les solicitaban en cualquier momento del día, por lo que los niños y niñas dormían hasta más tarde (generalmente hasta las 10, 11 am). El hecho promovió cambios necesarios en las profesionales, quienes, primero, debieron acomodar las tareas al ritmo de los y las pacientes, modificando los horarios de turnos de atención y de las reuniones de la institución, y logrando que las tareas administrativas y de equipo se realizaron primero, más temprano, para el mediodía atender a esos pacientes sin tanto límite de horarios y con menos condicionamientos.

Por su parte, los desafíos a asumir por el Centro Integral Infanto Juvenil se fueron visualizando desde antes que la modalidad virtual se estableciera. La falta de internet en la misma institución era algo con lo que iban a tener que lidiar, y si bien a principios de año se solicitó la instalación de una red de Wifi para poder trabajar brindando una atención a la salud de mejor calidad, fue recién a fines de octubre que contaron con una red de wifi institucional efectiva. Otro de los desafíos fue lograr establecer contacto con aquellos pacientes sin internet ni celulares o teléfonos, e incluso en cómo realizar un trabajo presencial con los más pequeños y pequeñas, quienes no solo que no usan barbijo, sino que también toman diferentes objetos y

---

<sup>5</sup> Enfoque descrito en el apartado de Contexto de la Práctica.

se los llevan a la boca, con el riesgo que esto implicaba en el momento. Esto último fue una situación muy compleja de abordar ya que estos niños y niñas no logran comprender, de la misma manera que las personas adultas, la situación que los rodea, ellos y ellas realizan otro tipo de análisis de lo que sucede a su alrededor y no logran dimensionar la complejidad del entorno social, económico, político y sanitario. En función de esto, era necesario poder reinventar los modos de trabajo con esta población, con quienes el trabajo virtual no era efectivo y el presencial implicaba riesgos para todos las y los involucrados/as.

Por otro lado, en el momento en que en el Centro Integral Infanto Juvenil se dividió para trabajar en equipos espejos, el malestar entre la profesional aumentó considerablemente ya que, los sentimientos de impotencia e incertidumbre se hicieron más presentes debido a la preocupación por la situación sanitaria, social y económica que se estaba atravesando la provincia, el país y el mundo, marco en el cual, no escapaba la atención terapéutica en su complejidad. Estos sentimientos no eran comunicados por las profesionales libremente, sino que se observaban en sus discursos, en sus formas de expresar:

La institución debe reorganizarse constantemente en función de la situación cambiante epidemiológicamente, sumado a que no nos brindan los recursos de protección necesarios, además de los malestares cronificados y naturalizados en personal del equipo, la constante incertidumbre por la impredecibilidad de la realidad actual, los problemas de conectividad, etc. (Psicopedagoga del Centro Integral Infanto Juvenil, octubre de 2020)

Los equipos espejos aparecieron en junio, en función a un protocolo de trabajo adaptado por la institución para poder atender a los pacientes asegurando el bienestar de todas las trabajadoras, los niños, niñas y las familias. La metodología implementaba que, mientras un grupo de trabajadoras estaba en la institución de manera presencial, otro grupo trabajaba remotamente desde sus hogares (de manera virtual), lo cual tuvo, como es lógico pensar, diversas consecuencias no siempre previsible, como que las profesionales que se quedaban en sus casas se vieron obligadas a trabajar por fuera de los horarios regulares que determina una rutina laboral en la institución, y estuvieron atentas, al mismo tiempo, del cuidado de sus hijos y familias, teniendo que cumplir con estas obligaciones familiares y parentales de manera simultánea y con frecuencia (OIT 1, 2020). Esta división en equipos espejos permitió encontrar nuevas oportunidades del trabajo a realizar, pero también afectó al trabajo interdisciplinario que caracteriza a la institución ya que, el no poder encontrarse entre las profesionales, las

comunicaciones y el entendimiento de las situaciones que presentaba cada paciente se dificultaban.

Las profesionales de la institución tuvieron que adaptar sus conocimientos a las nuevas herramientas sin haber podido reflexionar ni tener conocimiento previo de cómo trabajar por medio de la virtualidad. Sin embargo, el problema surgió cuando notaron que esta forma de trabajo (la virtual) no era la adecuada para todos. Mientras que con los y las pacientes nuevos la virtualidad es compleja debido a que los niños y niñas no lograron conocer a las profesionales de manera presencial, y se ven obligados a conformar un vínculo con una persona con quien nunca había estado y a quien solo le conocen la cara; también se encuentran los y las pacientes que llevaban su tratamiento desde hacía tiempo en la institución, pero quienes no respondieron a la virtualidad de la manera esperada, (por esperada nos referimos a la respuesta natural que muchos niños y niñas tienen a la tecnología y los medios de contacto virtuales, sin necesidad de adaptarse a los mismos) por lo que se debió amoldar la modalidad de trabajo a cada situación, teniendo en cuenta las particularidades específicas. En relación a esto, una psicomotricista de la institución comenta:

En algunos pacientes cuesta convocarlos, lo virtual no es para todos, y las videollamadas muchas veces son invasivas y generan exposición, en ese caso se utiliza más los mensajes por WhatsApp o las llamadas telefónicas, se va viendo el “caso a caso” particular. (octubre de 2020)

Otra de las dificultades y limitaciones que debieron afrontar las profesionales del Centro Integral Infanto Juvenil se relaciona con el encuadre del trabajo que realizan y el secreto profesional necesario para el trabajo en las disciplinas que se desarrollan en la institución. Al no poder encontrarse presencialmente las profesionales con todos los y las pacientes, era necesario contar con los padres y tutores de los niños y niñas para poder realizar diferentes intervenciones o actividades. Frente a esto, las profesionales se preguntaban ¿Cómo explicarle a los padres y tutores el objetivo de las actividades, sin violar el secreto profesional existente entre paciente y terapeuta? ¿Cómo trabajar con los padres y tutores a la distancia, sin romper el vínculo de confianza construido con los y las pacientes? Las profesionales debieron recurrir al uso de la creatividad para adecuar las actividades para que, aquellas personas que no fueran profesionales de la disciplina, pudieran realizar intervenciones propuestas por ellas, pero en espacios distintos al del consultorio, también debieron hablar y debatir con los y las pacientes qué aspectos y datos era necesario hablar con los padres y tutores para que pudieran realizar las

actividades de manera efectiva y eficiente. Finalmente, esto también fue una oportunidad ya que les permitió a los padres y tutores de los y las pacientes, el comprender más los tratamientos e intervenciones a realizar. En relación a esto, una trabajadora social de la institución comenta:

A veces no se podía dar la presencialidad del profesional, por lo que se recurría al apoyo de las familias o de los tutores, debiendo trabajar con ellos, generando un dilema en relación al secreto profesional, rompiendo encuadres, reconstruyendo e inventando nuevos, y sí en algún momento el adulto con quien se contaba tenía algún malestar o situación frente a la cual no podía ayudar al paciente, se debía trabajar primero con su malestar para que luego se pueda generar resultados positivos con los niños y niñas. (Registro N°33)

Resumiendo, podemos identificar entonces como oportunidades que brindó el trabajo realizado durante la pandemia, la posibilidad de las familias de los y las pacientes, de poder contar con el teléfono personal de las profesionales, logrando que estas últimas pudieran realizar un acompañamiento más profundo del que se estaba haciendo hasta el 2019 en la institución, contactando e integrando a las familias por medio de llamadas, video llamadas o mensajes de texto/WhatsApp. Otro elemento novedoso a destacar, se dio a partir de la posibilidad de poder interactuar con los y las pacientes en un escenario distinto como lo es el hogar de cada uno/a, que tuvo como efecto que las profesionales lograran sacar nuevas conclusiones y establecer nuevas hipótesis sobre el malestar o síntoma de cada niño o niña. También, podemos decir que el trabajo virtual demandó a todas las trabajadoras de la institución a apelar a su creatividad, inventando nuevas actividades, adquiriendo nuevas herramientas, encontrando nuevos juegos, adaptando el trabajo que se hacía presencial a la modalidad virtual y flexibilizando los encuadres<sup>6</sup> de los tratamientos o las terapias, enriqueciendo la experiencia personal y profesional de trabajo.

Por otro lado, los desafíos que se hicieron presente durante el año se relacionan con el acceso a la web. En su mayoría, las limitaciones tanto de las profesionales como de los y las pacientes de contar con internet para poder seguir realizando los encuentros que hasta el 2019 se hacen

---

<sup>6</sup> Podemos considerar [al] encuadre [como el] conjunto de condiciones necesarias para que una situación terapéutica tenga lugar. El encuadre determina las coordenadas espacio-temporales de realización, pero también incluye todos los aspectos dinámicos que organizan los hechos que se producen en su interior. (Bó, 2011, p 18)

presenciales, dejan ver la inequidad<sup>7</sup> del sistema social en la que viven muchas familias y las consecuencias que tienen la misma -la inequidad- en la salud de los niños y niñas; otra de las limitaciones se orientó a indagar en el espacio de trabajo, ya que como los niños y niñas no asistieron al colegio ni al jardín y los padres o tutores dejaron de trabajar -en su mayoría- de manera presencial, se produjo un encuentro de todos en un mismo espacio, el cual funcionaba como lugar de trabajo, escuela, jardín, cocina, lugar de ocio familiar, y ello dificultó de manera importante la privacidad y confidencialidad, entre profesional y paciente, que es condición necesaria para el trabajo en salud mental.

Por otro lado, también las profesionales se encontraron limitadas en su formación, es decir, no se encontraban capacitadas y formadas para realizar sus trabajos de manera online, lo cual la obligó a investigar y apartarse de los cambios sin tener la certeza de los resultados que se pudieran lograr mediante el uso de esta modalidad. Por último, uno de los desafíos más grande que debieron afrontar las profesionales fue el de establecer y consolidar un vínculo nuevo de trabajo con los pacientes nuevos que llegaban a la institución, siendo, muchas veces, un vínculo creado desde la virtualidad, y sostenido únicamente desde esa vía, sin conocerse personalmente, sin conocer cómo responden los y las niñas al trabajo a través de las pantallas, sin saber los gustos de cada uno, entendiendo que esta modalidad de trabajo virtual no es adecuada para todas las personas ni todos los casos, y que además no todos responden de la misma manera.

### **8.2.3 ¿CÓMO SE REALIZÓ EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO E INTERSECTORIAL EN EL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19?**

---

<sup>7</sup> La “inequidad” refiere a las diferencias injustas, sistemáticas, evitables y no relacionadas directamente con la salud pero que afectan a la misma (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

La modalidad que caracteriza el trabajo de la institución es la interdisciplinariedad (Cha y Quiles, 2009), la cual, a pesar de la complejidad del contexto sanitario y de las limitaciones para el trabajo en salud mental (OMS, 2020) que atravesaba el Centro Integral Infanto Juvenil, se hizo presente, mantenida y consolidada, durante todo el año. Principalmente se destaca como espacio de trabajo interdisciplinario e intersectorial a las supervisiones realizadas por el CIEC (Centro de Investigación de Estudios Clínicos). Dichas supervisiones estaban programadas para ser realizadas de manera presencial en la institución, pero debido a la pandemia y a la limitación del trabajo presencial, debieron modificarlas y llevarlas a cabo mediante reuniones de Google Meet y fueron realizadas en dos momentos del año, una en el mes de junio y la segunda fue en el mes de agosto. Estos espacios de encuentro no solo permiten ver las situaciones clínicas de los y las pacientes desde diferentes miradas, sino que da lugar al trabajo entre colegas de la institución, sin importar la rama de formación profesional de cada una, dando nuevas significaciones, interpretaciones y sentidos a los casos que se presentan.

Como efecto de todos los cambios en las instituciones y las modificaciones de los trabajos que realizaban las profesionales a partir de la cuarentena, es que las mismas se vieron limitadas en el alcance de las vinculaciones tanto dentro como fuera del Centro Integral Infanto Juvenil. Debido a esto es que se tuvieron que hacer responsables de nuevas tareas, y debieron lidiar con las restricciones de poder trabajar con otras instituciones de manera intersectorial (Cunill Grau, 2014) y con las dificultades para que estas otras respondan a las demandas del Centro Integral Infanto Juvenil; o para contar con la posibilidad de hacer derivaciones a otras instituciones: como por ejemplo la necesidad de brindar un espacio en un merendero para un niño, niña o una familia o el poder darle un turno en algún hospital para que puedan atender a una problemática de salud de algún paciente. El contexto de pandemia dejó más excluidos a los que ya eran excluidos del sistema de prestaciones en salud, las personas con dificultades para acceder a servicios y/o bienes básicos se vieron más expuestos y vulnerabilizados; y al hecho se agrega que el Centro Integral Infanto Juvenil no tenía -ni tiene- las herramientas necesarias para poder ayudar a todas estas familias que llegan a la institución, ya que la situación a nivel sanitario, social, político y económico en la sociedad es crítica, en donde cada vez hay más demandas de pero son menos las personas capaces de realmente poder atender a esos pedidos, situación que se complejiza en un marco general de crisis (Ciuffolini et al, 2020).

Podemos decir, entonces, que la intersectorialidad (Cunill Grau, 2014) se vio completamente perjudicada. Instituciones con las que anteriormente se contaba con “normalidad” limitaron su capacidad de atención, como, por ejemplo: SENAF, dio cuenta constantemente de dificultades durante todo el año para realizar sus tareas, y el Polo de la Mujer se vio sobre demandado y exigido debido al aumento de denuncias de situaciones de violencia. Por su parte, los dispensarios y hospitales tuvieron que lidiar con que muchos de los/las médicos/as fueron llamados a conformar el COE, otros/as médicos/as dejaron de atender por ser personas con riesgo de contagio severo, y también, muchos hospitales limitaron sus horarios y días de trabajo debido a la necesidad de cuidar a sus propios/as trabajadores/as. Por otro lado, también se observaron complicaciones en los comedores comunitarios, los cuales tuvieron muchas dificultades para mantenerse abiertos durante el año, siendo muchos los que finalmente cerraron, por decisión propia o por imposición de las instituciones gubernamentales. De esta manera, podemos observar que hubo una limitación a los recursos externos con los que contaba la institución y la población que asistía al Centro Integral Infanto Juvenil, logrando que se dificulte el acceso a diversos tipos de ayudas destinadas a aquellas familias que se encontraban necesitadas de algo en particular. En relación a esto, una psicomotricista de la institución comenta:

Me parece que hay desarticulación entre las Instituciones, ya que hay desconocimiento de cómo están trabajando, qué servicios están funcionando, como es la modalidad sobre todo se hace difícil pensar en las consultas que llegan a la Institución y cuando se necesita derivar, pensar en dónde y en cómo. Asimismo, las demandas son cada vez mayores y más complejas, por lo cual se hace necesario un equipo interdisciplinario y la presencialidad, que en estos momentos se ve modificada. (octubre de 2020)

De esta afirmación de la profesional, se puede concluir que, a pesar de que el sistema de salud mental debe estar integrado al sistema de salud general y en constante relación intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria (Ley Provincial de Salud Mental N° 9849), lo mismo no ocurrió en este contexto, ya que aunque las problemáticas presentes en los y las pacientes y sus familias, en muchas oportunidades, son de origen multicausal, no se logró la integración de diversos sectores, gubernamentales o no gubernamentales, con el fin de poder solucionar los problemas (Cunill Grau, 2014).

A lo expuesto se le suma la dificultad de poder mantener los abordajes interdisciplinarios que se realizaban sobre los y las pacientes, ya que la falta de los encuentros presenciales y la

dificultad de poder estar, todas las profesionales en los momentos de consultas con los y las pacientes, dificultaron la comprensión de las situaciones para poder arribar a conclusiones de los tratamientos. Y aunque la virtualidad permitió el seguir en contacto, tanto entre profesionales, como con los y las pacientes, hay cosas que se “escapaban” y las que, sí no se observaban o no se desarrollaban de manera presencial, pasaban desapercibidas, como por ejemplo, el poder evaluar los comportamientos de los y las pacientes frente a distintas consignas de actividades propuestas, o poder ver la reacción de los niños y niñas frente a las intervenciones que se realizaban, o incluso el poder hablar con los y las pacientes sobre su estado anímico, sus necesidades, sus deseos, en un entorno de confianza y privacidad, sin que nadie pudiera escuchar y/o interferir en lo que manifestaban. Es por esto que, los abordajes necesarios para poder llevar adelante tratamientos en salud mental, apoyados en un abordaje interdisciplinario (Vaimberg Grillo, 2012), se vieron seriamente dificultados.

Cuando comenzaron, en el Centro Integral Infanto Juvenil, a trabajar en equipos espejos, también la interdisciplina y la intersectorialidad se vieron afectados, tanto presencial como virtualmente, ya que las profesionales no se podían encontrar físicamente en la institución para debatir y realizar evaluaciones sobre los y las pacientes y su evolución, y a su vez, todas estaban sobrecargadas de exigencias a nivel laboral como en sus hogares, por lo que debieron comenzar a acordar horarios para encontrarse de manera virtual específicamente (llamada o videollamadas) dificultando y limitando el trabajo en equipo. En relación a esto, una psicóloga de la institución advertía:

Se nos ha dificultado un poco la comunicación presencial entre las disciplinas cuando se ha adoptado la modalidad de funcionamiento de los equipos espejo donde no podemos estar todos los profesionales juntos, por lo que hemos recurrido más a la comunicación telefónica o a la lectura de las H.C” (Historias Clínicas). (octubre de 2020)

A este contexto, se le suma que las demandas de atención que comenzaron a llegar durante el 2020 a la institución se caracterizaron por ser distintas a las que habitualmente solían atender en la pre-pandemia en el Centro Integral Infanto Juvenil. Se trataba de pacientes en donde el malestar ya estaba instalado y afectaba e impactaba en todos los ámbitos de la vida; malestares de tipo emocional, familiar, físico, conductual... Se trataban de situaciones de crisis individual dentro de una crisis más amplia que atravesaba toda la población de la ciudad de Córdoba (Ciuffolini et al, 2020, p.7) y que, en su generalidad, todos los miembros de la familia se

encontraban afectados de manera directa o indirecta. Las profesionales necesitaban del apoyo y colaboración extra a la que la rutina les imponía hasta el momento, y poder realizar derivaciones o consultas con otras instituciones, a los fines de alcanzar un nivel de acción intersectorial (Cunill Grau, 2014). El problema recaía en que no se contaba con instancias de evaluación respecto a las prácticas de trabajo en estos contextos de pandemia y crisis, y tampoco estaban al tanto de a quién pedir asesoramiento o apoyo para estos nuevos los casos que debían afrontar, ya fuera para definir sobre la realización de un trabajo, de una acción o para derivar, o también para hacer una tarea en paralelo, y ello, a nivel profesional, laboral, informativo, legal e institucional. En palabras de una de las profesionales de la institución:

Sin duda las relaciones al interior del equipo se han visto afectadas. Cada unx tiene familiares que están en riesgo con esta enfermedad, con la situación socio-política-económica, poniéndonos, yo creo, más nerviosos. Entonces, cada vez que surge un problema, salen a la luz otras cuestiones que en algún punto no tienen nada que ver. En las reuniones de equipo siempre hay comentarios que no suman, dificultando la concreción de acuerdos y las resoluciones a dicho problema. (Trabajadora Social del Centro Integral Infante Juvenil, octubre de 2020).

Podemos decir, entonces, que el trabajo interdisciplinario (Vaimberg Grillo, 2012) y el trabajo intersectorial (Cunill Grau, 2014), llevado a cabo por las profesionales del Centro Integral Infante Juvenil durante la pandemia del COVID-19 en el transcurso del 2020 (OIT 3, 2020) fue muy difícil, al punto de que las profesionales se vieron obligadas a reinventar y readaptar los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales al contexto que las rodeaba, exigiendo un “sobre esfuerzo” para poder mantener los tratamientos y no producir una fragmentación en el equipo de trabajo de la institución.

## **9. CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta todo lo desarrollado, y partiendo desde el contexto de pandemia atravesado en el año 2020, se puede pensar que la salud mental se vio igualmente afectada que la salud física de las personas. Considero que el trabajo que realizaron los profesionales de salud mental, tanto dentro del Centro Integral Infanto Juvenil como fuera del mismo, fue casi tan importante como la labor de todos aquellos/a médicos y médicas que trabajan con los y las afectados/as por COVID-19. De esta manera, y en estos contextos, se generan nuevos territorios de producción de subjetividad para trabajar, lo cual invita y obliga a los y las profesionales, a atravesar nuevos desafíos, generando y creando nuevos espacios y formas de trabajo y vinculación, adquiriendo nuevas herramientas y afrontando nuevas problemáticas, ya sean individuales o grupales.

En función de los objetivos planteados, sobre las nuevas modalidades de trabajo que se fueron construyendo, podemos decir, por un lado, que las mismas se fueron cambiando y adaptando a las habilitaciones y restricciones que permanentemente estableció el gobierno y la autoridades nacionales y provinciales, por lo cual la dinámica del trabajo promoverá necesariamente nuevas formas de acción, nuevas herramientas a utilizar en el trabajo virtual sobre la base de la experiencia previa obtenida a lo largo del 2020. Pero, a pesar de las limitaciones y restricciones, para poder atender a todos/as los y las que llegan a las instituciones dedicadas al trabajo en salud mental, es importante atender a los y las pacientes que se presentan, y reconocer cada caso y cada situación, dándole la importancia que se merece a cada “urgencia” con la que llegan los niños, niñas y las familias. Para poder lograr esto, es fundamental, para el Centro Integral Infanto Juvenil, contar con un equipo de trabajo formado y capacitado, que no se vea sobre exigido en las demandas de atención excesiva a los fines de poder brindarle a cada paciente el tiempo que requiera el caso para ser contemplado, analizado y atendido de la mejor manera. A su vez, considero que se debía poder atender a todas y todos los que llegan a la institución y no realizar evaluaciones en función de si es posible -o no- atender la demanda en un futuro, y con esto buscar que a la institución no lleguen “las urgencias de la urgencia”, es decir, niños con síntomas ya exacerbados, con síntomas ya instalados que dificultan o alteran la cotidianeidad de todos lo que lo rodean, y que sus malestares puedan ser tratados en el momento en el que surgen, para que puedan trabajarlos, dominarlos e incluso sanarlos. De igual manera, considero que es importante la creación de dispositivos y/o espacios de contención para los profesionales de la salud, tanto aquellos que trabajan en hospitales y/o instituciones monovalentes como aquellos/as que se desarrollan en centros polivalentes. Es importante brindar apoyo y poder significar los malestares de los y las profesionales, más aún

en un contexto de crisis del cual no son ajenos/as y que teniendo en cuenta que permanentemente se encuentran expuestos a posibilidades de contagio.

Por otro lado, en relación a los desafíos y oportunidades frente al trabajo virtual, podemos decir que el mismo es una modalidad que vino para permanecer por un periodo indefinido aún, quizás no es algo que vaya a establecerse y configurarse como modalidad predominante en las instituciones dedicadas al trabajo en salud mental, pero sí los y las profesionales, que han descubierto la virtualidad como una herramienta eficiente, no la van a desechar ni renunciar a ella. En el caso del Centro Integral Infanto Juvenil, considero que el trabajo realizado de manera virtual sigue siendo difícil de afrontar, no solo por la falta de recursos de la población a la que asisten, quienes muchas veces no cuentan con un celular, computadora o internet, sino también porque institucionalmente no se cuenta con todos las herramientas y elementos necesarios para el mismo, y a su vez tampoco se ha capacitado a las profesionales para poder realizar su labor mediante esta modalidad, por lo que día a día deben hacerle frente a nuevas situaciones que deben solucionar para poder asegurar los tratamientos, produciendo que no se sienta confianza y seguridad en esta forma de trabajo.

A pesar de esto, el medio virtual permite establecer contacto de nuevas maneras y realizar diferentes tareas desde una perspectiva que antes no se imaginaba, brindando también el acceso a nuevas posibilidades de trabajo. Es por esto que es importante que los y las profesionales puedan capacitarse para poder utilizar, adecuadamente, las herramientas virtuales, con las que hasta ahora apenas habían contado, pudiendo explotar todas sus posibilidades y re adecuar el trabajo de acuerdo a la necesidad y posibilidad de cada paciente, cada familia que llega a la institución, y también sobre la base de reconocer la demanda que cada situación genera. Asimismo, es importante que los organismos superiores (los gobiernos provinciales y nacionales) sean los responsables de brindar los elementos necesarios para que estas tareas se cumplan. También, que sean capaces de elaborar políticas públicas que permitan construir una estructura y orientación para los diferentes equipos de trabajo, logrando que no se vean enfrentados a la intemperie propia de los contextos de crisis, debiendo responder a las demandas y exigencias en soledad, asumiendo todos los riesgos frente a casos cada vez más complejos. Se deben crear redes de abordaje con garantías de derechos, que logren que los casos no lleguen a una urgencia tal de necesitar una intervención especializada lejos de los entornos cotidianos. A su vez, es importante regular el trabajo y las formas en cómo el/la trabajador/a asume su compromiso para con él, para regular las prácticas posibles, viables, legales, operativas y efectivas que se concretan a través de la virtualidad -ya fuera que el profesional se encuentre o

no en su casa- y todo esto para mucho más que controlar la carga horaria que los y las profesionales dedican a la tarea.

Por último, en relación al trabajo interdisciplinario e intersectorial, podemos decir que es sumamente importante la implementación de este tipo de prácticas para poder abordar las problemáticas de salud mental en los niños y niñas de manera exitosa. La salud de todos y todas está determinada por las familias y las personas con las que se convive, los contextos sociales, económicos, políticos, la educación, el acceso a los bienes básicos como vivienda, ropa, comida, baño y/o medicamentos. Es importante poder abarcar todo este contexto y lograr adecuar los tratamientos a realizar en función a las necesidades de cada paciente. Consideramos, entonces, que es importante el realizar supervisiones de las problemáticas y situaciones de cada paciente en grupos de trabajo interdisciplinario para poder ver desde nuevas perspectivas las situaciones de cada paciente, pudiendo tener en cuenta características o aspectos que antes pasaban desapercibidos, como así también trabajar en conjunto con otras instituciones para poder abarcar el problema desde todas las aristas posibles, y brindándole a los y las pacientes un mejor nivel de atención según sus necesidades.

En función de lo anteriormente dicho, considero que los objetivos de trabajo para la práctica realizada se han cumplido, logrando evaluar y mirar desde el lente de la psicología sanitaria las problemáticas particulares que deben atravesar distintos sujetos, a lo que se le sumó la característica central del año transcurrido, la pandemia, que dificultó todo en cuando se instaló, lo cual habilitó la posibilidad de poder ver realmente la influencia del contexto social, ambiental, político y económico, en la salud de los habitantes, discriminando sus consecuencias y pudiendo establecer nuevas metodologías y herramientas de trabajo acordes a las “nuevas normalidades” que iban surgiendo..

Antes de finalizar, quisiera distinguir el trabajo realizado por la universidad Católica de Córdoba y, particularmente, de la Facultad de Filosofía y Humanidades, para lograr acordar con las instituciones y permitirnos la realización nuestras prácticas pre profesionales de una manera nunca antes imaginadas; tal vez similar a la que impulsó al Centro Integral Infanto Juvenil a operar los cambios; de esta manera, se distingue la apertura del Centro Integral Infanto Juvenil para comprometerse con la formación de una alumna, pese al contexto complejo de pandemia, aunque previendo la posibilidad de una retroalimentación posible a partir de las observaciones e implicaciones que se pudieron elaborar en esta sistematización.

Concluyendo, quisiera destacar que el aprendizaje y formación personal adquirida a lo largo de la experiencia no hubiera sido el mismo si se llevaba a cabo de manera presencial. Considero que ambas modalidades tienen aspectos a destacar y situaciones difíciles que hay que atravesar, pero a pesar de eso, logré capacitarme y formarme a la par de profesionales de excelencia, que me fueron guiando en cada etapa del proceso, ayudándome en cada problema y animándome a seguir creciendo. Quisiera distinguir la apertura de la institución y de todas las profesionales con las que tuve contacto durante el año, que me acompañaron y me permitieron aprender de su trabajo y con su trabajo.

Fue, sin duda, una puesta en práctica de todo aquello aprendido durante todos los años de cursado previo, permitiendo un crecimiento personal, profesional y académico, los cuales son necesarios y esenciales para mi futuro ejercicio como profesional de la Psicología.

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista Cepal*, (88). Buenos Aires, Argentina. Extraído de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/11102-aproximacion-al-enfoque-derechos-estrategias-politicas-desarrollo>
- Alcantara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinaria. *Revista Universitaria de Investigación*, 8(1), Caracas, Venezuela. Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Amable, M. (2008). *La precariedad laboral y su impacto en la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España*. [Tesis de Doctorado, Universidad Pompeu Fabra]. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/7116/tma.pdf?sequence=1>
- Amable, M y Benach, J. (2000). La precariedad laboral ¿un nuevo problema de salud pública? *Gac Saint*, 14(6), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.
- Arcidiácono, P. (2008). Políticas sociales con perspectiva de derechos. La agenda pendiente en Argentina. *Aportes Andinos*, 21. Universidad Andina Simón Bolívar, Sucre, Bolivia. Extraído de: [http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/996/1/RAA-21-Arcidi%  
c3%a1cono-Pol%  
c3%adticas%20sociales%20con%20perspectiva%20de%20derechos.pdf](http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/996/1/RAA-21-Arcidi%c3%a1cono-Pol%c3%adticas%20sociales%20con%20perspectiva%20de%20derechos.pdf)
- Arriaga, P. (18 de noviembre de 2016). Psicólogos decidieron pronunciarse ante la precarización laboral en los CAPS. *El diario del centro del país*. Córdoba, Argentina. Extraído de: <https://www.eldiariodelcentrodelpais.com/2016/11/18/psicologos-decidieron-pronunciarse-ante-la-precarizacion-laboral-en-los-caps/>
- Ausburger, C y Gerlero, S.S. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. Kairós, *Revista de Temas Sociales*, 15. Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina.
- Barnechea García, M. M y Morgan Tirado, M. L. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Revista Tendencias y Retos* (15). Bogotá, Colombia. Extraído de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-15-07.pdf>

- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.  
Extraído de: <http://www.univermedios.com/wp-content/uploads/2018/08/Psicohigiene-Y-Psicologia-Institucional-Bleger-Jose.pdf>
- Bó, M.T. (2011). *El encuadre en el tratamiento de niños con problemas de simbolización*. Buenos Aires, Argentina. Extraído de: <https://www.academica.org/000-052/197.pdf>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 3(1).
- Cabré, V y Mercadal, J. (2016). Psicoterapia online. Escenario virtual para una relación real en el espacio intermediario. *Revista Clínica e Investigación Relacional*, 10(2). Extraído de: [https://www.researchgate.net/publication/305452477\\_Psicoterapia\\_On-Line\\_Escenario\\_virtual\\_para\\_una\\_relacion\\_real\\_en\\_el\\_espacio\\_intermediario](https://www.researchgate.net/publication/305452477_Psicoterapia_On-Line_Escenario_virtual_para_una_relacion_real_en_el_espacio_intermediario)
- Carraro, C; Campanille, A; Diaz Vélez, C; Gómez, I; Gutiérrez, V; Moreno, M y Tinnacher, C. (s/f). *La recepción como dispositivo de encuentro con los sujetos. Una mirada de la Salud Mental desde la perspectiva de los Derechos*. Material de uso y difusión interna del Centro Integral Infanto Juvenil. Córdoba, Argentina.
- Casas Anguita, J; Repullo Labrador, J.R y Donado Campos. J (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento. *Aten Primaria*, 31(8), pp. 527-538. Extraído de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13047738>
- Centro Integral Infanto Juvenil. (2018). *Algo de historia - 10 años*. Material de uso interno. Córdoba, Argentina.
- Centro Integral Infanto Juvenil. (2018). *Memoria Anual 2018*. Material de uso interno. Córdoba, Argentina.
- Cha, R. T y Quiles, C. H. (2009). *La capacitación de equipos interdisciplinarios en orientación como estrategia para la intervención*. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología, La Plata, Argentina. Extraído de: <https://www.academica.org/000-020/330.pdf>

- Cifuentes, R. M. (2011). La escritura: clave en procesos de sistematización de experiencias. *Decisio*, (28). Bogotá, Colombia. Extraído de: [http://www.cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28\\_saber7.pdf](http://www.cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_saber7.pdf)
- Ciuffolini, M.A; Avalor, G; De la Vega, C; Villegas Guzmán, S.M; Job, S.F; Saccucci, E. (...) y De Goycochea, V (2020). *La foto revelada. Informe sobre la situación social, conflictividad y medidas gubernamentales en la Córdoba de la pandemia*. Córdoba, Argentina: El llano en llamas (CEPSAL).
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (s/f). *Reglamento de Especialidades*. Extraído de: <https://cppc.org.ar/reglamento-de-especialidades/>.
- Cunill Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública* 23(1). Pp. 5-46. México. Extraído de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-10792014000100001#notas](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001#notas)
- Decreto 690, Boletín Oficial de la República Argentina, decretado el 21 de agosto del 2020, Buenos Aires, Argentina. Extraído de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/233932/20200822>
- De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Delgado, M. F. (2017). *Indicadores para mirar la infancia en la Ciudad de Córdoba*. Córdoba, Argentina. Extraído de: <https://www.nuestracordoba.org.ar/sites/default/files/Indicadores-Infancia-en-Cordoba-web.pdf>
- Eizaguirre, M. (2004). *La sistematización, una nueva mirada a nuestras prácticas*. Bilbao, España: Alboan. Extraído de: [http://publicaciones.hegoa.ehu.es/uploads/pdfs/64/Guia\\_Sistematizaci\\_n\\_2004.pdf?1488539204](http://publicaciones.hegoa.ehu.es/uploads/pdfs/64/Guia_Sistematizaci_n_2004.pdf?1488539204)
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe. P. R. A.). (2013). *Código de Ética*. Extraído de: [http://fepra.org.ar/docs/acerca\\_fepra/codigo\\_de\\_etica\\_nacional\\_2013.pdf](http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf)

- Ferrero, A. (2015). Aspectos éticos en las prácticas de grado en psicología. *Perspectivas en Psicología, 12(especial)*. Universidad de San Luis, San Luis, Argentina. Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483547668002.pdf>
- Galli, A; Pagés, M y Swieszkowki, S. (2017). *Residencias de cardiología. Contenidos transversales. El sistema de salud argentino*. Buenos Aires, Argentina. Extraído de: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/el-sistema-de-salud-argentino.pdf>
- Giraudó, E; Korinfeld, S y Mendizábal, N. (s/f). *Relación trabajo y salud: Un campo permanente de reflexión e intervención*. Extraído de: <https://www.trabajo.gba.gov.ar/informacion/Publicaciones%20P%C3%A1gina/La%20relaci%C3%B3n%20trabajo%20y%20salud.pdf>
- Grimshaw, D. (2019). Prólogo en Berg, J; Furrer, M; Harmon, E; Rani, U; Silberman, M. S. (Eds.), *Las plataformas digitales y el futuro del trabajo. Cómo fomentar el trabajo decente en el mundo digital* (p. V). Ginebra, Suiza. Extraído de: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_684183.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_684183.pdf)
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno. Extraído de: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/etnografia-Me-todo-campo-reflexividad.pdf>
- Iriart, C; Waitzkin, H; Breilh, J; Estrada, A y Merhy Emerson, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panam Salud Pública 12(2)*. Extraído de: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart\\_celia\\_y\\_otros\\_medicina\\_social\\_latinoamericana\\_aportes\\_y\\_desafios.MEDICINA%20SOCIAL%20LATINOAMERICANA,%20APORTES%20Y%20DESAFIOS.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart_celia_y_otros_medicina_social_latinoamericana_aportes_y_desafios.MEDICINA%20SOCIAL%20LATINOAMERICANA,%20APORTES%20Y%20DESAFIOS.pdf)
- Jar A. M (2010). Trabajo interdisciplinario e interinstitucional: ser o no ser. *Revista Argentina de Microbiología, 42(1)*. Buenos Aires, Argentina. Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/2130/213014884001.pdf>
- Jara Holliday, O. (1994). *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica*. San José, Costa Rica: Alforja.
- Jara Holliday, O. (2010). La sistematización de experiencias, aspectos teóricos y metodológicos. *Decisio* (28). México.

Jara Holliday, O. (2011). *Orientaciones teóricoprácticas para la sistematización de experiencias*. Extraído de:

[http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6\\_JAR\\_ORI.pdf](http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf)

Laurell, A C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, (37). CESS. Rosario, Argentina. Extraído de: <https://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n19a061.pdf>

Ley Nacional de los Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado N° 26.529; sancionada el 21 de octubre de 2009, Buenos Aires, Argentina. Extraído de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657; sancionada el 25 de noviembre de 2010, Buenos Aires, Argentina. Extraído de: <http://www.cppc.org.ar/Contenidos.asp?id=1&g=11>.

Ley Provincial de Salud Mental N° 9848; sancionada el 20 de octubre del 2010. Córdoba, Argentina. Extraído de: <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/0/40ED8F3BD4407B42032577D600628328?OpenDocument&Highlight=0,9848>.

Lizgrace Llano, A; Gutierrez Escobar, M; Stable Rodríguez, A; Núñez Martínez, M.C; Masó Rivero, R.M y Rojas Rivero, B. (2016). La interdisciplinariedad: una necesidad contemporánea para favorecer el proceso de enseñanza aprendizaje. *Medisur*, 14(3). Cuba. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000300015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000300015)

López Roldan, P y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Barcelona, España: UB. Extraído de: [https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua\\_a2016\\_cap2-3.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf)

Lopis, E. J. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89. Madrid, España. Extraído de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005)

Mansilla A, M. E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*. 3 (2). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Extraído

de:

[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v03\\_n2/pdf/a08v3n2.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf)

Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía metodológica para integrar la equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud*. Versión I. Madrid, España. Extraído de: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/docs/Guia\\_metodologica\\_Equidad\\_EPAs.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf)

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Educación; Instituto Nacional de Educación Tecnológica, Organización Internacional del Trabajo. (2014). Circulo de Clerc [Imagen]. Extraído de: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos\\_aires/documents/publication/wcms\\_248685.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_248685.pdf).

Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. D.F, México: UniSon. Extraído de: [https://www.academia.edu/9509976/Francisco\\_Morales\\_Calatayud](https://www.academia.edu/9509976/Francisco_Morales_Calatayud)

Organización Internacional del Trabajo 1 (2020). *El teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 y después de ella. Guía práctica*. Ginebra, Suiza. Extraído de: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms\\_758007.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_758007.pdf)

Organización Internacional del Trabajo 2 (2020). *La COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: Impacto y respuestas de política*. Extraído de: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos\\_aires/documents/publication/wcms\\_740742.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_740742.pdf)

Organización Internacional del Trabajo 3 (2020). *El COVID-19 y el mundo del trabajo: Repercusiones y respuestas*. Extraído de:

[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefing\\_note/wcms\\_739158.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefing_note/wcms_739158.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra, Suiza. Extraído de: [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Publicación Científica y Técnica* (632). Extraído de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2005). ¿Qué es un sistema de salud? *Organización Mundial de la Salud*. Extraído de: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (2020) Preguntas frecuentes. *Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud Argentina*. Extraído de: [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142).

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Declaración conjunta de la ICC y la OMS: Un llamamiento a la acción sin precedentes dirigido al sector privado para hacer frente a la COVID-19*. Extraído de: <https://www.who.int/es/news/item/16-03-2020-icc-who-joint-statement-an-unprecedented-private-sector-call-to-action-to-tackle-covid-19>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s/f). COVID-19. Glosario sobre brotes y epidemias. Extraído de: <https://www.paho.org/es/file/64120/download?token=Q8Z0Y4r0>

Papalia, D. E; Wendkos Ols, S y Dukin Feldman R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México D.F, México: Mc Graw Hill. Extraído de: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA-2009.pdf>

Rockwell, E. (2009). *Reflexiones sobre el trabajo de campo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Extraído de: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2015/10/Rockwell-Cap-2.pdf>

Sacchi, Hausberger y Pereyra. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de

- la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*. 3(3), pp. 271-283. Buenos Aires. Extraído de: <https://www.scielosp.org/article/scol/2007.v3n3/271-283/#:~:text=El%20proceso%20salud%2Denfermedad%2Datenci%C3%B3n,de%20ayuda%20a%20bus%2Dcar>.
- Sánchez Tarragó, N. (2012). Certezas y encrucijadas del uso de internet en la salud pública. *Revista Cubana Salud Pública*, 38(5). La Habana, Cuba. Extraído de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000500008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500008)
- Solar, F; Grandón Fernández, P; Saldivia Borquez, S; Inostraza Rovegno, C y Novoa Rivera, C. (2019). Promoción y prevención en salud mental: ¿Esperanza fundada, vana ilusión o contrabando psicopatologizador? *Papeles del Psicólogo* 40(3). Extraído de: <http://www.psychologistpapers.com/pdf/2894.pdf>
- Stolkiner, A. (5 de julio de 2009). Hay alarma porque aparece un peligro que no está naturalizado. *Diario Página 12*. Buenos Aires, Argentina. Extraído de: <pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-127770-2009-07-05.html>
- Taylor S. J y Bogdan R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Extraído de: [https://iessb.files.wordpress.com/2015/07/05\\_taylor\\_mc3a9todos.pdf](https://iessb.files.wordpress.com/2015/07/05_taylor_mc3a9todos.pdf)
- Vaimberg Grillo, R. (2012). Bases de la psicoterapia e intervenciones online. *Revista Intercanvis-Intercambios*, 28. Barcelona, España. Extraído de: [http://intercanvis.eu/pdf/28/art\\_n28\\_06.pdf](http://intercanvis.eu/pdf/28/art_n28_06.pdf)
- Videla, M. (1993). *Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Cinco.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Actividad Médica Peruana*, 28(4). Lima, Perú. Extraído de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000400011#:~:text=LOS%20DETERMINANTES%20DE%20LA%20SALUD&text=Se%20denominan%20determinantes%20de%20la,individuos%20o%20de%20las%20poblaciones](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011#:~:text=LOS%20DETERMINANTES%20DE%20LA%20SALUD&text=Se%20denominan%20determinantes%20de%20la,individuos%20o%20de%20las%20poblaciones).
- Yuni, J. A y Urbano, C. A. (2006). *Técnica para investigar: Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Córdoba, Argentina: Brujas. Extraído de:

<https://bibliotecafrancisco.files.wordpress.com/2016/06/tc3a9cnicas-para-investigar-volumen-1-yuni-josc3a9-alberto-y-urbano-claudio-ariel.pdf>

Zaldúa, G. Lenta, M.M y Carlos, H. (2016). *Trabajar con niños y niñas excluidos: del sufrimiento abyecto a la potencia de lo colectivo*. En: *Cuadernos TAS: Trabajo, Actividad y Subjetividad*. Córdoba, Argentina. Extraído de: <http://tas.cba3.com.ar/images/Libros/LibroTas2016.pdf>